



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - PROFIAP

JAKELINE GOMES DA SILVA

Entre a Instituição e a Organização:

Atuação da EBSEH sob a ótica das três vertentes do Neoinstitucionalismo

JUAZEIRO-BA

2026

JAKELINE GOMES DA SILVA

Entre a Instituição e a Organização:

Atuação da EBSEH sob a ótica das três vertentes do Neoinstitucionalismo

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública da Universidade Federal do Vale do São Francisco (PROFIAP/UNIVASF), como requisito parcial para obtenção do Título de mestra em Administração Pública.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Henrique Pereira dos Santos

JUAZEIRO-BA

2026

FICHA CATALOGRÁFICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - PROFIAP

FOLHA DE APROVAÇÃO

JAKELINE GOMES DA SILVA

Entre a Instituição e a Organização:

Atuação da EBSEH sob a ótica das três vertentes do Neoinstitucionalismo

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública da Universidade Federal do Vale do São Francisco (PROFIAP/UNIVASF), como requisito parcial para obtenção do Título de mestra em Administração Pública.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Dr. Marcelo Henrique Pereira dos Santos
Universidade Federal do Vale do São Francisco (PROFIAP)
Orientador

Luan Augusto Alves Garcia
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (PROFIAP)
Examinador Interno

Irineu Francisco Barreto Junior
Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU)
Examinador Externo ao Programa

AGRADECIMENTOS

Ao Criador de todas as coisas, pelos dons concebidos e os planos definidos para mim.

Aos meus pais, pelo incentivo e apoio na minha trajetória de estudos.

Aos meus companheiros (as), encarnados e desencarnados, que me acompanharam e me acompanham em minha jornada de vida.

Aos meus colegas de classe do PROFIAP, pelo compartilhamento de aprendizados, pela paciência e pela convivência, que reafirmaram a compreensão de que, juntos, conseguimos mais do que sozinhos.

Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio, compreensão e colaboração, que contribuíram de forma significativa para meu crescimento profissional.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcelo Henrique Pereira dos Santos, pela paciência, pelas orientações, pela confiança no meu trabalho, e pelas contribuições ao longo desta jornada profissional.

A mim mesma, por ter encarado este desafio mesmo diante das dificuldades que a vida apresentou - e continua apresentando-, e pela perseverança que nem eu mesma imaginei possuir. A coragem de seguir em frente às vezes falha, mas com fé, apoio e persistência, o desafio se tornou mais brando. Então, agradeço a mim mesma por não desistir de mim e do meu crescimento profissional.

“O sertanejo é, antes de tudo, um forte”.
Euclides da Cunha

SILVA, Jakeline Gomes da. **Entre a Instituição e a Organização: Atuação da EBSEH sob a ótica das três vertentes do Neoinstitucionalismo**. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Administração Pública em Rede Nacional (Profiap) da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf). Juazeiro (BA), 2026.

RESUMO

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) atua em Rede no âmbito do território nacional por meio de 45 hospitais universitários federais, convergindo ações de assistência, ensino e pesquisa. Diante disso, se torna uma organização nacional que impacta nos resultados sociais do país, considerando as áreas de ensino e saúde. Portanto, trata-se de uma organização que merece atenção no âmbito dos estudos organizacionais brasileiros. Nesse contexto, este estudo objetiva analisar a atuação institucional da EBSEH, considerando a abordagem neoinstitucional em suas três vertentes: histórica, sociológica, e escolha racional. O estudo possui natureza exploratória e descritiva, com uma abordagem quali-quantitativa. Assim, foram construídas matrizes para análise institucional, com base no referencial teórico da pesquisa, adotando os conceitos das três vertentes do Neoinstitucionalismo. Em complemento às matrizes, adota-se também um questionário que foi aplicado com os Superintendentes dos hospitais da Rede EBSEH, de maneira online, de modo a identificar as atuações institucionais, considerando as vertentes sociológica e da escolha racional do Neoinstitucionalismo. Para o Neoinstitucionalismo Histórico utiliza-se a abordagem de pesquisa bibliográfica e documental. No âmbito dessa vertente, identificou-se que a trajetória dos hospitais universitários influencia fortemente o funcionamento da EBSEH, pois a empresa introduz direcionamentos considerados de ruptura com os padrões de outrora, bem como de continuidade na medida em que preserva características históricas dos hospitais. Em relação às abordagens Sociológica e da Escolha Racional, com a participação de 60% dos Superintendentes da EBSEH, o estudo mostra que sob influência da EBSEH Sede e da universidade vinculada ao hospital, a empresa mantém padrões mínimos de comportamento e desempenho, que refletem diretamente nos seus Superintendentes, conferindo-lhes características e práticas relativamente homogêneas: possuem determinadas características e padrões de comportamento semelhantes. Ademais, os Superintendentes agem estrategicamente, buscando maximizar resultados dentro das regras e incentivos institucionais. As suas decisões são influenciadas tanto por pressões externas quanto por interesses organizacionais. Ainda, a empresa opera com base em uma rede integrada de direcionadores estratégicos, que alinham expectativas comportamentais e de resultados em toda a Rede. Assim, os Superintendentes se veem exercendo papéis sociais demandados por normas e valores da instituição, preservando as lógicas compartilhadas dentro dos próprios hospitais da Rede EBSEH. Mesmo diante de diferenças culturais entre os hospitais, preserva-se um núcleo de identidade organizacional comum, que reverbera no papéis sociais. Assim, identificou-se o papel social dos Superintendentes da EBSEH, de maneira a dar maior visibilidade e valorização a esse ator organizacional. Por fim, a pesquisa torna possível identificar contribuições práticas na área científica e organizacional, uma vez que com a abordagem adotada no estudo, as três vertentes neoinstitucionais demonstram que as instituições influenciam os comportamentos dos atores, e esses por sua vez reagem a essa influência, tal qual seguindo e/ou remodelando as próprias instituições. Portanto, a aplicação integrada das vertentes retrata a originalidade do estudo, uma vez que historicamente essas abordagens neoinstitucionais são adotadas separadamente em diversas áreas de pesquisa. Nesse contexto, metodologicamente, o uso conjugado das três vertentes neoinstitucionais demonstrou-se viável no presente estudo, considerando os resultados e as discussões apresentadas.

Palavras-chave: EBSEH. Hospital Universitário. Estudos Organizacionais. Neoinstitucionalismo.

SILVA, Jakeline Gomes da. **Between Institution and Organization: EBSEH's Performance from the Perspective of the Three Aspects of Neoinstitutionalism**. Master's Dissertation - Postgraduate Program in Public Administration in the National Network (Profiap) of the Federal University of the São Francisco Valley (Univasf). Juazeiro (BA), 2026.

ABSTRACT

The Brazilian Hospital Services Company (EBSEH) operates as a network throughout the national territory through 45 federal university hospitals, converging actions in assistance, teaching, and research. Therefore, it becomes a national organization that impacts the country's social outcomes, considering the areas of education and health. Consequently, it is an organization that deserves attention within the scope of Brazilian organizational studies. In this context, this study aims to analyze the institutional performance of EBSEH, considering the neoinstitutional approach in its three aspects: historical, sociological, and rational choice. The study is exploratory and descriptive in nature, with a mixed-methods approach (qualitative and quantitative). Thus, matrices for institutional analysis were constructed, based on the theoretical framework of the research, adopting the concepts of the three aspects of Neoinstitutionalism. In addition to the matrices, a questionnaire was also adopted and applied online to the superintendents of the EBSEH Network hospitals in order to identify institutional actions, considering the sociological and rational choice aspects of Neoinstitutionalism. For Historical Neoinstitutionalism, a bibliographic and documentary research approach was used. Within this perspective, it was identified that the trajectory of university hospitals strongly influences the functioning of EBSEH, as the company introduces directions considered to be a break with past patterns, as well as a continuation insofar as it preserves historical characteristics of the hospitals. Regarding the Sociological and Rational Choice approaches, with the participation of 60% of EBSEH superintendents, the study shows that under the influence of EBSEH Headquarters and the university linked to the hospital, the company maintains minimum standards of behavior and performance, which are directly reflected in its superintendents, giving them relatively homogeneous characteristics and practices: they possess certain similar characteristics and behavioral patterns. Furthermore, superintendents act strategically, seeking to maximize results within institutional rules and incentives. Their decisions are influenced by both external pressures and organizational interests. Additionally, the company operates based on an integrated network of strategic drivers that align behavioral and results expectations across the entire network. Thus, superintendents find themselves fulfilling social roles demanded by the institution's norms and values, preserving the shared logic within the EBSEH Network hospitals themselves. Even in the face of cultural differences between hospitals, a core of common organizational identity is preserved, which reverberates in social roles. Therefore, the social role of EBSEH Superintendents was identified in order to give greater visibility and value to this organizational actor. Finally, the research makes it possible to identify practical contributions in the scientific and organizational fields, since, with the approach adopted in the study, the three neo-institutional perspectives demonstrate that institutions influence the behavior of actors, and these actors, in turn, react to this influence, thus following and/or reshaping the institutions themselves. Therefore, the integrated application of the perspectives reflects the originality of the study, since historically these neo-institutional approaches are adopted separately in various research areas. In this context, methodologically, the combined use of the three neo-institutional perspectives proved viable in the present study, considering the results and discussions presented.

Keywords: EBSEH. University Hospital. Organizational Studies. Neoinstitutionalism.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Evolução dos Hospitais.....	22
Quadro 2 - Divisão da história do Brasil e aspectos da saúde.....	23
Quadro 3 - Campo de atuação do SUS.....	32
Quadro 4 - Normativos relacionados aos hospitais universitários	42
Quadro 5 - Hospitais da Rede EBSEH	45
Quadro 6 - Valor de repasse pelo AOC aos Hospitais da Rede EBSEH.....	48
Quadro 7 - Papéis Gerenciais por Mintzberg	50
Quadro 8 - Competências das lideranças em saúde por Banaszak-Holl	51
Quadro 9 - Competências gerenciais dos gestores hospitalares brasileiros	51
Quadro 10 - Competências gerenciais para gestores na EBSEH.....	52
Quadro 11 - Conceitos de instituição	54
Quadro 12 - Características relacionadas ao institucionalismo.....	59
Quadro 13 - Diretrizes e críticas do comportamentalismo.....	61
Quadro 14 - Núcleo comum do Neoinstitucionalismo.....	64
Quadro 15 - Pontos comuns entre os enfoques de análise do Neoinstitucionalismo da Escolha Racional.....	69
Quadro 16 - Pilares do Neoinstitucionalismo Sociológico	71
Quadro 17 - Síntese dos Isomorfismo Institucionais	73
Quadro 18 - Perspectivas do Neoinstitucionalismo Histórico que tratam da relação entre instituições e ações	77
Quadro 19 - Matriz de análise para o estudo da política de saúde no Brasil.	78
Quadro 20 - Objetivos da pesquisa relacionados às perspectivas e métodos de análise	80
Quadro 21 - Fases e atividades da pesquisa	82
Quadro 22 - Matriz para análise institucional com base no Neoinstitucionalismo Histórico .	84
Quadro 23 - Matriz para análise institucional com base no Neoinstitucionalismo da Escolha Racional.....	86
Quadro 24 - Uso de IA na adequação do questionário	88
Quadro 25 - Fases da análise de conteúdo	91
Quadro 26 - Panorama regional dos participantes da pesquisa.....	94
Quadro 27 - auditorias que envolveram hospitais universitários	103
Quadro 28 - certificação como hospitais de ensino no âmbito da EBSEH	109
Quadro 29 - força de trabalho da EBSEH	113
Quadro 30 - Estudos que abordam regime de trabalho nos HUF.....	116
Quadro 31 - ruptura e continuidade institucional da EBSEH.....	119
Quadro 32 - Resultados questionários perspectiva Neoinstitucionalismo Sociológico	122
Quadro 33 - Análise de conteúdo: papel social do Superintendente	125
Quadro 34 - Papéis e responsabilidades das direções dos HU, segundo Caldas (2008)	127
Quadro 35 - Análise de conteúdo: atitude e comportamentos inadequados.....	128
Quadro 36 - Resultados questionários perspectiva Neoinstitucionalismo da Escolha Racional	132
Quadro 37 - Recomendações de alinhamento institucional para EBSEH.....	135

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução da medicina previdenciária no Brasil	31
Figura 2 - Diagrama da Organização como organização e instituição	57
Figura 3 - Diagrama dos paradigmas institucionalistas.....	63
Figura 4 - Estrutura da pesquisa	80
Figura 5 - Matriz para análise institucional com base no Neoinstitucionalismo Sociológico.....	86
Figura 6 - Percurso metodológico	92
Figura 7 - Dimensão institucional-formal do NH.....	104
Figura 8 - Mapa estratégico da EBSEH.....	115
Figura 10 - Sobreposição das abordagens do Neoinstitucionalismo	142

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Resultados: como você se identifica.....	94
Gráfico 2 - Resultados: como você se autodeclara.....	95
Gráfico 3 - Distribuição da população por raça ou cor no Brasil - IBGE	95
Gráfico 4 - Resultados: qual sua idade	96
Gráfico 5 - Resultados: formação de ensino superior.....	97
Gráfico 6 - Resultados: atuação antes da Superintendência	97
Gráfico 7 - Resultados: tempo de atuação na empresa EBSEH como Superintendente.....	98
Gráfico 8 - Resultados: antes de ser Superintendente da EBSEH atuou como gestor em alguma organização hospitalar? (EBSEH ou outra)	99
Gráfico 9 - Resultados da pesquisa: Neoinstitucionalismo Sociológico	121
Gráfico 10 - Resultados da pesquisa: Neoinstitucionalismo da Escolha Racional.....	131

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ABRUEM	Associação Brasileira dos Reitores das Universidades Estaduais e Municipais.
AOC	Acordo Organizativo de Compromisso
ANDIFES	Associação Nacional dos Dirigentes das instituições Federais de Ensino Superior
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Dataprev	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HE	Hospitais de Ensino
HUFs	Hospitais Universitários Federais
HUs	Hospitais Universitários
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IES	Instituição de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IVD	Índice de Valorização de Desempenho
MEC	Ministério da Educação
MES	Ministério da Educação e Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NH	Neoinstitucionalismo Histórico
NS	Neoinstitucionalismo Sociológico
NER	Neoinstitucionalismo da Escolha Racional
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNS	Plano Nacional de Saúde
PRHOSUS	Programa Nacional de Qualificação e Ampliação dos Serviços Prestados por Hospitais Universitários Federais Integrantes do Sistema Único de Saúde
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União

Sumário

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	18
1.2 OBJETIVOS	19
1.2.1 Objetivo Geral	19
1.2.2 Objetivos Específicos	19
1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA	20
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	21
2. REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 GESTÃO HOSPITALAR: EVOLUÇÃO E CARACTERÍSTICAS NO BRASIL	22
2.1.1 Hospitais de Ensino e a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH	34
2.1.2 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH	43
2.1.3 Direção hospitalar: a função e competências	49
2.2 ANÁLISE INSTITUCIONAL: EVOLUÇÃO	54
2.2.1 Institucionalismo	58
2.2.2 Comportamentalismo	60
2.2.3 Neoinstitucionalismo	62
3. METODOLOGIA	80
3.1 ESTRUTURA DA PESQUISA	80
3.2 UNIDADE DE ANÁLISE	82
3.2.1 Participantes da pesquisa	83
3.3 COLETA DE DADOS	83
3.3.1 Matrizes	84
3.3.2 Questionário	87
3.3.3 Uso de Inteligência Artificial	88
3.3.4 Garantias éticas aos participantes da pesquisa	90
3.4 ANÁLISE DE DADOS	90
4. ANÁLISE SITUACIONAL	93
4.1 NEOINSTITUCIONALISMO HISTÓRICO: O CASO DA EBSERH	100
4.2 NEOINSTITUCIONALISMO SOCIOLÓGICO: PRESSÕES INSTITUCIONAIS E ISOMORFISMO NA REDE EBSERH	121
4.3 NEOINSTITUCIONALISMO DA ESCOLHA RACIONAL: INTERESSES E/OU INCENTIVOS RACIONAIS NA TOMADA DE DECISÃO NA EBSERH	131
5. RECOMENDAÇÕES/PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO	135
6. CONCLUSÕES: ENTRE A INSTITUIÇÃO E A ORGANIZAÇÃO: ATUAÇÃO DA EBSERH SOB A ÓTICA DAS TRÊS VERTENTES DO NEOINSTITUCIONALISMO	137

Referências.....	144
-------------------------	------------

1. INTRODUÇÃO

A predominância das organizações na sociedade moderna, especialmente no que se refere à concretização de objetivos sociais, impacta de maneira significativa a qualidade de vida da população. Nesse sentido, como destaca Maximiano (2004), há poucos aspectos da vida que não sejam influenciados por algum tipo de organização. A promoção da saúde é um desses aspectos, no qual a atuação organizacional exerce influência direta sobre o bem-estar coletivo.

Rosen (1994, p. 25), destaca que “os homens tiveram sempre que enfrentar problemas de saúde nascidos de atributos e carências de sua natureza”. Ademais, de acordo com Brasil (1965, p. 7), o termo “hospital tem hoje a mesma acepção de *nosocomium*, de fonte grega, cuja significação é – tratar os doentes”. Portanto, diante de uma necessidade da vida em sociedade, houve o reconhecimento e desenvolvimento de ações para a promoção da saúde, de forma que houvesse a prevenção e o tratamento da doença, elucidando assim um conceito de Saúde Pública (Rosen, 1994).

Entretanto, ao longo da história dos hospitais, essa organização sofreu grandes mudanças relacionadas aos serviços a serem prestados, sua estrutura física, sua finalidade, e consequentemente o modo de administrá-la.

No contexto brasileiro, por exemplo, antes da chegada da família real portuguesa, os povos originários tratavam os doentes com base em costumes e tradições próprias (Baptista, 2007). Com a chegada dos padres da Companhia de Jesus, cujo objetivo era a catequização dos povos originários, houve novas formas de tratamento, uma vez que esses atores dispunham de habilidades para além do acompanhamento espiritual, tais como socorro médico (Santini e Bulcão, 2024).

Com a profissionalização progressiva da medicina e a criação da primeira faculdade de medicina em Salvador, inaugura-se um novo paradigma no campo da saúde, no qual saberes populares passam a ser substituídos por práticas sistematizadas do conhecimento científico. Ao longo do século XIX e início do XX, profundas alterações sociais e políticas do país — como a formação do Estado Imperial, o crescimento urbano e a Proclamação da República — impactaram diretamente a estrutura e a finalidade dos hospitais. As epidemias que assolavam a população trabalhadora exigiram ações estatais de grande alcance, culminando em medidas como a vacinação obrigatória e episódios marcantes, a exemplo da Revolta da Vacina, em 1904.

A ampliação da assistência médica no período republicano também esteve associada ao surgimento de políticas voltadas aos trabalhadores urbanos, como a Lei Eloy Chaves (1923), que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensões. A partir das décadas seguintes, diversas

reformulações institucionais buscaram responder às demandas sanitárias emergentes, resultando na criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), na década de 1930, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, e, posteriormente, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977. Apesar dos avanços, tais estruturas revelaram não ser adequadas para lidar com as demandas do país, uma vez que havia a complexidade crescente do sistema de saúde brasileiro (Santini e Bulcão, 2024).

Esse cenário impulsionou mobilizações populares e institucionais que culminaram, em 1988, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), configurado como um marco histórico ao estabelecer a saúde como direito universal e dever do Estado. Com essa mudança, os hospitais públicos passaram por ressignificações conceituais e organizacionais, consolidando-se como espaços de cuidados complexos. Ademais, ressalta-se que:

A transformação do hospital em espaço de cuidado em saúde é ainda recente na história da humanidade, uma vez que, só a partir de meados do século XX, os estabelecimentos hospitalares foram assumindo, paulatinamente, sua atual configuração, como lugar destinado a nascer e morrer, diagnosticar e tratar enfermidades, mas também como *locus* privilegiado para o ensino e formação, para a incorporação e adensamento tecnológico, atendendo a inúmeros interesses, corporativos e empresariais relacionados ao complexo médico industrial (Chioro, et al, 2021, p. 76).

Nessa perspectiva, defronte dessas transformações dos hospitais, demandadas por mudanças conceituais, organizacionais, sociais, políticas e até mesmo sobre a atuação do próprio médico, surge um novo papel para o hospital: o ensino (Araujo e Leta, 2014).

No Brasil, os hospitais de ensino são organizações de saúde complexas que “pertencem ou são conveniados a uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, que servem de campo para a prática de atividades de ensino na área da saúde” (Brasil, 2021). Posto isso, Medici (2001) apresenta algumas características que reafirmam essa complexidade: possuem um papel importante no atendimento médico, possuem envolvimento em atividades de ensino e pesquisa, possibilitam a atração de altos recursos financeiros, bem como físicos e humanos, e podem exercer um papel político importante na comunidade que está inserido.

Diante da forte influência recebida dos norte-americanos no Brasil, no âmbito da área educacional, a partir de 1964, um acordo firmado entre o Ministério da Educação (MEC) e a *United States Agency for International Development* (Usaid)¹ possibilitou liberação de verbas

¹ Em português: Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional. Criada em 1961, para coordenar os recursos destinados pelo governo norte-americano à promoção do desenvolvimento internacional. A USAID passou a centralizar recursos destinados à assistência internacional à América Latina, sem, contudo, restringir sua atuação a essa região. A explicação para o surgimento dessas iniciativas de cooperação técnica reside no fato de que tais ações integraram um esforço mais amplo de construção de um comando internacional para o comércio e para os fluxos de investimento. Na prática, esses mecanismos viabilizariam a

para modernização e estímulo do setor privado no país, de modo a impactar consideravelmente a criação de novas faculdades de medicina: em 1960 eram 29 mil estudantes, e em 1969, 162 mil formados (Santini e Bulcão, 2024). Nessa conjuntura, a criação de faculdades de medicina intensificou também o surgimento de hospitais universitários.

Barbosa Neto (2008) explica que diante da criação de muitos desses hospitais, com ausência de definição das origens dos recursos para sua manutenção, houve a necessidade de algumas adequações institucionais. Carmo et al (2007), menciona uma delas: redução dos recursos destinados ao HUs, uma vez que demandavam altos custos para sua manutenção.

Diante desse cenário, Barros (2013) explica a situação como uma crise vivida pelos hospitais universitários, quando as dificuldades de manutenção dos hospitais se agravaram, atrelados ainda mais com a sua inserção no SUS. A necessidade de atendimento das demandas do sistema, as tentativas de suprir as deficiências da rede assistencial, aumentaram os problemas relacionados ao custeio desses hospitais, bem como as ações para o ensino.

Desse modo, em meio ao quadro evolutivo das instituições e organizações hospitalares no Brasil, circunda alguns aspectos históricos nacionais, já aludidos: envolvendo a diversidade cultural do povo brasileiro, envolto nas suas mais variadas religiões, desde a formação do Brasil; desafios educacionais, considerando a necessidade de qualificação diante das dinâmicas comerciais, industriais e tecnológica que o país viveu e vive; regimes políticos diversos com atuações impactantes nas mais variadas áreas, inclusive na saúde; desafios financeiros, ocasionados pela demanda de novos serviços e consequentemente novas estruturas, dentre outros.

Assim, dado a história brasileira no âmbito da evolução da área da saúde no próprio país, sobretudo relacionadas aos hospitais de ensino, um ponto de modificação institucional emergiu como resposta aos desafios ora vivenciados: a criação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), instituído pelo Decreto 7.082, de 27 de janeiro de 2010. É no âmbito do processo de reestruturação dos hospitais federais que surge uma organização pública: A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

A EBSERH integra um conjunto de medidas que foram e são adotadas pelo Governo Federal para a reestruturação dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior. Por ser uma empresa pública federal que administra os hospitais universitários, que estão vinculados universidades federais do país, a EBSERH possui características próprias e um modelo de gestão único, pois precisa se adaptar ao ambiente regional do hospital a ser

incorporação de uma ampla periferia de países pobres e/ou subdesenvolvidos à esfera de influência dos Estados Unidos, no contexto da ordem internacional estabelecida durante a Guerra Fria (Jacobs, 2004).

gerenciado, sem perder, entretanto, sua característica de uma única empresa que atua em Rede, uma vez que administra 45 hospitais universitários (Brasil, 2025a).

Portanto, a EBSEERH apresenta uma complexidade gerencial que demanda atuações e interligações institucionais dentro da própria Rede EBSEERH, e fora dela, proporcionando os mais variados resultados sociais para o país, seja na saúde, seja na educação.

Ao considerar os resultados sociais, estes podem ser compreendidos tanto como produto das condutas individuais, quanto como reflexo de determinadas estruturas institucionais. Nesse sentido, a abordagem neoinstitucionalista evidencia a necessidade de articular a agência, (compreendida como a capacidade dos indivíduos em transformar e modificar as estruturas), com a estrutura social, como forma de explicar os resultados sociais, os quais abrangem não apenas a dimensão social, mas também as esferas política e econômica (Nascimento, 2009).

Apesar de ser um tema abordado pela ciência política, o Neoinstitucionalismo é também adotado nas demais ciências sociais, uma vez que permite compreender quais tipos de regras podem nortear as ações dos indivíduos, como são construídas e em quais circunstâncias são alteradas. Portanto, a vida em sociedade se torna regulada por instituições, e a compreensão da relação que se dá entre os indivíduos passa por essa análise (Barbosa, 2018).

Nesse contexto, a presente pesquisa objetiva estudar a EBSEERH sob a ótica de uma abordagem institucional, de maneira a considerar as atuações da e na instituição. Portanto, a abordagem que possibilita essa ação é o chamado Neoinstitucionalismo. Trata-se de um enfoque que possibilita analisar os fenômenos sociais (Menezes e Fonseca, 2010) de maneira a considerar as instituições como objeto central de estudo, além de buscar o rigor metodológico, orientação empírica e preocupação com a cientificidade (Peres, 2008).

Para Hall e Taylor (2003) o Neoinstitucionalismo não se apresenta como uma corrente única, mas sim múltipla. Para estes autores, três são as abordagens neoinstitucionais: o Neoinstitucionalismo histórico (NH), o Neoinstitucionalismo sociológico (NS) e o Neoinstitucionalismo da escolha racional (NER). O NH gira em torno da visão da instituição como estruturas formais e seus impactos ao longo dos anos, perfazendo uma estruturação fruto de uma dependência de trajetória histórica; o NS, por sua vez, considera as crenças, valores e modelos cognitivos, ou seja, para essa vertente as instituições internalizam alguns elementos culturais e princípios normativos (Nascimento, 2009), que podem ser moldados por meio de pilares sociológicos (Scott, 2014) e/ou isomorfismos institucionais (DiMaggio e Powell, 2005). No âmbito do NER, o foco está nas regras do jogo, as quais são associadas às estruturas materiais dos cenários e aos interesses dos atores em aspectos racionais, ou seja, não seria

importante o que são as instituições, mas o que elas representam para os atores (Nascimento, 2009).

Diante disso, o presente estudo apresenta análises das atuações institucionais da EBSEH, considerando as três abordagens do Neoinstitucionalismo. Por meio do uso de matrizes teóricas, construídas com base em pesquisas anteriores dessas três vertentes, e um questionário online aplicado com os Superintendentes dos hospitais universitários gerenciados pela EBSEH, a pesquisa apresenta os resultados frente a dependência de trajetória da EBSEH, considerando o contexto histórico dos hospitais universitários (NH), os comportamentos dos Superintendentes da EBSEH, diante das pressões institucionais e do isomorfismo (NS), e as ações frente aos interesses e incentivos racionais que esses atores recebem no âmbito da Rede EBSEH (NER).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A EBSEH é uma empresa pública que gerencia 45 Hospitais Universitários Federais (HUFs) que estão vinculados às universidades federais de ensino superior. Os hospitais da Rede EBSEH atuam eminentemente como centros de referência para o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenhando um papel de destaque na sociedade. Considerando que os hospitais estão vinculados às universidades federais, a EBSEH possui ainda uma peculiaridade: além de prestar atendimento por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), apoia a formação de profissionais de saúde e o desenvolvimento de pesquisas (Brasil, 2020a).

Nesse sentido, por exigir um modelo de gestão hospitalar diferente dos demais hospitais públicos brasileiros, considerando suas variáveis inerentes e específicas, os HUFs demandam atuações gerenciais e institucionais que possam se adequar ao perfil de atendimento ao usuário SUS e às universidades, bem como às expectativas institucionais de sua criação. Portanto, a configuração institucional da EBSEH é oriunda da necessidade de adequações organizacionais para gerenciar os hospitais universitários do país, considerando os desafios inerentes a prestação de cuidado e a formação superior, e a história dos hospitais universitários brasileiros.

Além disso, por ser uma Rede de Hospitais, a EBSEH trabalha com várias realidades distintas, na medida em que gerencia hospitais localizados nas diversas regiões do país. Portanto, cada Superintendente hospitalar administra uma realidade de serviços, ensino e pesquisa que podem ser semelhantes ou diferentes em relação aos outros hospitais da Rede.

Para além desses aspectos, a EBSEH ainda apresenta desafios relacionados à cultura organizacional, uma vez que ao administrar hospitais criados e desenvolvidos em realidades

brasileiras diferentes, que demandam serviços e atuações diversas, os elementos cognitivos e culturais, sobretudo aqueles expressos pelos líderes organizacionais, tornam-se relevantes. Desse modo, apesar de gerenciar várias unidades hospitalares, a EBSEERH permanece sendo uma única empresa pública, o que cria um desafio de articulação frente as diferentes culturas organizacionais sob uma estrutura de gestão centralizada.

Portanto, ao inserir um novo modelo de atuação institucional e organizacional no Brasil, que impacta a saúde pública e a educação superior, a EBSEERH se torna um objeto de interesse por parte de estudos nas mais variadas ciências, inclusive na administração pública. Dessa forma, diante da complexidade dos resultados que podem ser gerados por ela e dentro dela, faz-se necessário uma análise para além de aspectos centrados exclusivamente em abordagens tecnicistas de eficiência gerencial e assistencial.

Desse modo, o Neoinstitucionalismo, ao abordar aspectos relacionados a análise histórica, comportamentos dos atores e cultura das instituições, possibilita um referencial analítico abrangente e multidimensional, capaz de identificar os aspectos da estrutura, funcionamento e legitimidade.

Posto isso, para o presente estudo, considerando a natureza da EBSEERH e a abordagem metodológica que será utilizada, a seguinte indagação direcionará a pesquisa: **Como se desenvolve a atuação institucional da EBSEERH sob a ótica das três vertentes do Neoinstitucionalismo?**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar como é desenvolvida a atuação institucional da EBSEERH sob a ótica das três vertentes do Neoinstitucionalismo.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- a) Mostrar a dependência da trajetória da EBSEERH no âmbito da atual configuração institucional.
- b) Examinar como a EBSEERH, no cerne dos hospitais universitários, atua frente às pressões institucionais e o isomorfismo.

- c) Identificar se a tomada de decisão, dentro da própria Rede EBSEERH, no âmbito dos Superintendentes dos hospitais universitários, é influenciada por interesses e incentivos racionais.
- d) Elaborar relatório técnico conclusivo que possibilite orientar a EBSEERH no âmbito de atuações institucionais da organização, frente aos próprios hospitais da Rede.

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA

No estudo da Administração, Santos (2017) defende a existência de dois campos: os estudos administrativos, cujo objeto científico é a gestão das relações sociais de produção, distribuição e consumo; e os estudos organizacionais, cujo objeto científico é a própria organização. Nesse contexto, o autor conceitua a matriz de estudos organizacionais como todo “conhecimento produzido na tentativa de descrever, interpretar e explicar o comportamento das e nas organizações, tendo por referência teórica as produções oriundas da psicologia, da sociologia, da antropologia, da economia, da ciência política, entre outras” (Santos, 2017, p. 216).

As organizações hospitalares são estruturas que merecem atenção no âmbito dos estudos organizacionais, pois segundo Lobato e Giovanella (2012), o bem-estar das pessoas é fator importante para a sociedade para além de cura de doenças, pois a falta de condições de saúde e bem-estar causa fragilidades nos indivíduos, e dessa forma acaba por comprometer a própria sociedade. Desse modo, as necessidades de saúde não podem ser vistas apenas como produtos a serem negociados por preços e atenções individuais, mas sim uma responsabilidade de todos e consequentemente do Estado.

Nessa perspectiva, as organizações hospitalares são polos centrais que merecem atenção que deve ser inerente aos estudos da administração pública, pois, nas palavras de Braga Neto et al (2012, p. 577), “é nessas instituições que a maior parte das pessoas continua a nascer, a receber assistência em situações mais graves e também a morrer”.

Assim, a EBSEERH desempenha um papel crítico na gestão de hospitais universitários e na promoção da saúde pública no Brasil. No entanto, a complexidade das suas operações e a diversidade dos contextos sociais em que atua exigem uma análise aprofundada para entender como opera institucionalmente no âmbito da própria Rede.

Nesse contexto, estudar a EBSEERH pela ótica do Neoinstitucionalismo, considerando as suas três vertentes (histórico, sociológico e escolha racional), permite abordar um conhecimento científico a ser aplicado nos estudos organizacionais, mais precisamente em uma organização brasileira. Ressalta-se que apesar de algumas vertentes do Neoinstitucionalismo serem

desenvolvidas e abordadas com maior frequência em outras ciências, tais como a ciência política, no estudo das organizações é possível a aplicação das mais variadas referências teóricas.

Nas palavras de Santos (2017, p. 210) “quando se fala de ciência pós-moderna, não existe dicotomia entre ciências naturais e ciências sociais, muito menos entre ciência e arte. Essa distinção só se assenta em uma visão mecanicista da ciência”. Desse modo, todo o conhecimento científico, no âmbito das ciências sociais torna-se ao mesmo tempo natural e social, local e global, filosófico e popular (Santos, 2017).

Diante disso, é possível estruturar as seguintes contribuições a partir dessa pesquisa:

- a) Acadêmicas: possibilidade de aplicação integrada das vertentes do Neoinstitucionalismo, de maneira a apoiar o avanço teórico-metodológico dos estudos institucionais no campo da administração pública e nos estudos organizacionais;
- b) Campo social e prático: permitir a compreensão crítica da EBSEH, identificando sua história de criação no âmbito do país, bem como sua gestão interna em Rede, considerando os diversos líderes e suas realidades organizacionais;
- c) Para a própria empresa: oferecimento de subsídios teóricos e empíricos para debates em governança hospitalar, no âmbito da abordagem neoinstitucional.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

A pesquisa está organizada em 6 itens, sendo eles: o primeiro, relacionado aos aspectos até aqui abordados: introdução, problema de pesquisa, objetivos e justificativas.

O segundo item, aborda o referencial teórico, onde são apresentadas a evolução histórica dos hospitais universitários no Brasil até a criação da EBSEH, e a evolução da análise institucional, tendo como ponto de destino as três abordagens do Neoinstitucionalismo.

O terceiro item, descreve os procedimentos metodológicos adotados na presente pesquisa.

O quarto item, a análise situacional, apresenta os resultados da pesquisa e as discussões feitas através da utilização de cada abordagem neoinstitucional adotada (histórico, sociológico e escolha racional).

O quinto item, expõe as recomendações para a EBSEH, com base nos resultados da pesquisa. Essas recomendações também estão dispostas no relatório técnico conclusivo.

E por último, as conclusões da pesquisa, destaca a análise integrada das três vertentes do neoinstitucionalismo, no âmbito dos resultados da pesquisa.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico do estudo compreende duas grandes divisões: a história dos hospitais no Brasil, a partir da apresentação de aspectos importantes que impactaram a assistência à saúde ao longo dos anos, até a construção da maior Rede de Hospitais Universitários do país, a EBSEH; e num segundo momento são apresentados os aspectos do Neoinstitucionalismo Histórico, Sociológico e da Escolha Racional.

2.1 GESTÃO HOSPITALAR: EVOLUÇÃO E CARACTERÍSTICAS NO BRASIL

Embora os hospitais tenham origens em tempos muito antigos, foi com as ações associadas à religião cristã, no âmbito do cuidado da alma e do espírito, que houve um impulso de novas iniciativas relacionadas aos serviços da assistência à saúde (Brasil, 1965). Nesse contexto, Brasil (1965, p. 29), explica que nos tempos remotos, após o cristianismo, a prática da medicina incorporava-se com a prática religiosa: “os hospitais confundiam-se com os santuários que se erigiam na vizinhança dos mosteiros sob inspiração e direção religiosa”.

McKee e Healy (2002) descrevem que a evolução dos hospitais ao longo dos anos partiu de mudanças sociais e políticas, além das próprias alterações no conhecimento da medicina. Os autores mencionam que o conceito de hospital pairava na estrutura física de um edifício, no qual os doentes e feridos eram tratados. Com o passar dos anos, a instituição hospital sofreu alterações nas suas características físicas (na própria infraestrutura do hospital), bem como nos serviços ofertados. O quadro 1 mostra uma breve síntese das mudanças que marcaram o hospital:

Quadro 1 - Evolução dos Hospitais

Papel central	Tempo	Divisão da História	Características
Cuidar da saúde	Século IV a VII	Idade Antiga a Alta Idade Média	Tratamento geralmente em mosteiros, e demais abrigos de doentes. Geralmente os tratamentos eram baseados em termos mágicos e religiosos
Cuidado espiritual	Séculos X a XVII	Alta e Baixa Idade Média	Hospitais vinculados a fundações religiosas
Isolamento de pacientes infecciosos	Século XII a XIV		Auge de doenças infecciosas (Por exemplo, hanseníase). Atuações para refúgio de doentes que ameaçavam a saúde pública
Assistência médica para pessoas pobres/carentes	Século XVII	Idade Moderna	Instituições filantrópicas e estatais
Assistência médica: curar e ensinar a doença	Século XVIII e XIX	Final da Idade Moderna e início da Idade Contemporânea	Assistência médica e cirúrgica (alta mortalidade); medicalização do hospital; assistência-ensino
Centros cirúrgicos, ensino, busca da cura, sistemas de saúde	Século XX	Idade Contemporânea	Transformação tecnológica dos hospitais; expansão dos departamentos ambulatoriais; natureza biológica da

centrados em hospitais, Hospital geral de distrito (DGH).			doença; especialização; assistência-ensino-pesquisa; Grandes hospitais; ascensão do hospital geral distrital, hospitais locais, secundários e terciários; cuidados de curta duração; centros de cirurgia ambulatorial.
Busca da cura, ensinar e melhorias nos sistemas nacionais de saúde	Século XX e XXI	Idade Contemporânea	Assistência-ensino-pesquisa, sistema nacional de saúde; interdisciplinariedade e humanização.

Fonte: Adaptado de Rosen (1994); McKee e Healy (2002)

No âmbito da América do Sul, o primeiro hospital surgiu na cidade do México, em 1524, e o hospital mais antigo do Brasil é a Santa Casa de Santos, fundada por Braz Cubas, em 1543, e que posteriormente passou a se chamar Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos. Nesse percurso, várias foram as influências nos avanços da vida do hospital como instituição, tais como motivações políticas e religiosas (Brasil, 1965).

Assim, ao considerar o Brasil, o quadro 2 apresenta de maneira geral, alguns fatores históricos do país relacionados com a saúde, que serão abordados logo em seguida.

Quadro 2 - Divisão da história do Brasil e aspectos da saúde

Divisão Histórica do Brasil	Tempo	Acontecimentos no País relacionados à saúde
Período Pré-Colonial	1500 a 1532	Medicina era exercida por poucos médicos, cirurgiões e boticários de formação europeia, que atendiam aos membros da elite. Aos pobres e escravos cabiam as atuações de curandeiros, pajés e ordens religiosas.
Brasil Colônia	1500 a 1822	
Brasil Império	1822 a 1889	Independência do Brasil. Primeiras ações governamentais de saúde: restritas aos aglomerados urbanos e a algumas doenças. Surgimento das primeiras clínicas privadas.
Primeira República	1889 a 1930	Estabelecimento da vacinação obrigatória. Havia doenças pestilenciais, tais como febre amarela, varíola, peste, e doenças de massa, tais como tuberculose e sífilis. Criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs).
Era Vargas	1930 a 1945	Regulação das relações de trabalho transformando as políticas de saúde, de modo a incluir os trabalhadores. Implantação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Havia a predominância de endemias rurais, tais como doença de Chagas e malária.
Terceira República	1946 a 1964	Criação do Ministério da Saúde e incorporação da assistência médica. Havia as chamadas doenças ‘modernas’, tais como doenças crônicas degenerativas, e acidentes de trabalho e de trânsito.
Regime Militar	1964 a 1985	Reforma e construções de hospitais privados; Extensões da oferta de atenção à saúde aos sindicatos e instituições filantrópicas; crise da previdência; movimentos populares. Havia a predominância da morbidade moderna, doenças infecciosas, principalmente no Nordeste, Norte e Centro-Oeste do país.

		Unificação dos Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP) com Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) Criação do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência (INAMPS).
Nova República	1985 - Presente	Reforma Sanitária, Nova Constituição Federal com a Criação do Sistema Único de Saúde. Extinção do INAMPS.

Fonte: Adaptado de Escorel e Teixeira (2012); Paim et al (2011).

No período pré-colonial, as Santas Casas eram tidas não necessariamente como um hospital, mas podiam ser também “uma ‘roda dos expostos’ - local de recebimento de crianças que eram abandonadas-, um lugar de ensino ou uma hospedaria para náufragos, viajantes e idosos” (Santini e Bulcão, 2024, p. 33).

Para Santini e Bulcão (2024), a medicina no Brasil ganhou um novo estágio, quando a partir de 1549 os padres da Companhia de Jesus desembarcaram no país, com o objetivo de catequizar os povos originários. Além do acompanhamento espiritual, os encarregados também desempenharam outras funções no cuidado à saúde: por possuírem conhecimentos básicos de atendimento médico de urgência, prestavam assistência à saúde, tais como: atendimento durante as epidemias de varíola e sarampo; abriram enfermarias próximas a boticas (estabelecimentos que comercializam medicamentos e outros produtos); drenaram pântanos, pois demonstraram preocupações com as questões de higiene e alimentação; etc. Com isso, passaram a ser respeitados e ganharam prestígio junto às comunidades (Santini e Bulcão, 2024).

Até então, segundo Baptista (2007), a população brasileira era formada por imigrantes europeus, principalmente os portugueses, indígenas e negros escravizados, e dessa forma, cada um desses povos era detentor de cultura, costumes e tradições próprias, de modo a haver conhecimentos próprios das doenças e como tratá-las. Assim, a autora menciona que muitas doenças desconhecidas pelos médicos europeus foram surgindo no país, tais como febre amarela e malária, além da peste, cólera e varíola, que foram trazidas pelos estrangeiros.

No período colonial e com a chegada da família real ao Brasil, em 1808, houve a preocupação com as condições de vida nas cidades. Diante desse cenário, foi possível a chegada de mais médicos, a profissionalização da prática médica e novos projetos de institucionalização do setor de saúde. É nesse contexto que foi inaugurada a primeira faculdade de medicina em Salvador-BA, a Escola médico cirúrgica, para o estabelecimento de programas de ensino e a regulamentação da prática médica de acordo com os padrões europeus (Baptista, 2007).

Baptista (2007) explica que com a regulamentação do ensino e da prática médica, houve maior controle das práticas populares de cuidado, além de gradativamente ocorrer a substituição dos religiosos nas direções dos hospitais, até então predominantes no país. Ademais, a autora

menção que outra consequência dessa regulamentação foi a criação de hospitais públicos para o atendimento de doenças, tais como tuberculose e hanseníase, além de doenças mentais (Costa, 1989 apud Baptista, 2007).

Para Baptista (2007), após a chegada da família real e as atuações de regulamentação da prática médica e o surgimento de faculdades de medicina, o interesse pela saúde e a própria regulamentação da prática profissional, possuía aspectos relacionados ao interesse político e econômico do Estado na garantia da sustentabilidade e produção de riqueza. Assim, a autora explica que as primeiras ações voltadas para saúde pública no Brasil Colônia foram focalizadas em:

- a) Proteger e sanear as cidades responsáveis pela comercialização e circulação de produtos exportados;
- b) Controlar e observar os doentes, doenças e os ambientes;
- c) Construção de teorias e conhecimentos sobre as doenças, e adoção de práticas para o seu controle.

Para Santini e Bulcão (2024), o maior desafio da medicina no Brasil, e consequentemente para os médicos, foi a mudança das práticas populares pelas práticas oriundas do saber científico. A dificuldade se tornava evidente quando na época existiam apenas duas faculdades de medicina (uma em Salvador e outra no Rio de Janeiro), e com isso “caberia, portanto, de forma exclusiva à comunidade médica, convencer a sociedade de sua importância, tendo em vista que a população colonial era basicamente analfabeta e inculta” (Santini e Bulcão, 2024, p. 40).

No Brasil Império, as ações de assistência médica estavam centradas nas entidades filantrópicas, como as Santas Casas, e ao Estado cabia as internações de doentes graves. Nesse contexto, foi instituído um modelo mais centralizado de atenção à saúde, em que as normatizações dos serviços cabiam ao poder Central e aos locais cabiam a execução das ações. Porém, essa configuração se mostrou inapta, haja vista que o Governo Central pouco auxiliava as Províncias na manutenção das atividades locais, mesmo nos períodos epidêmicos, com exceção do município da Corte (Escorel e Teixeira, 2012).

Ademais, Santini e Bulcão (2024) explicam que os médicos no Brasil, no final do século XIX, começaram a enxergar possibilidades de negócio na profissão médica, e assim começaram a surgir as primeiras clínicas privadas. Brasil (1965) esclarece que eram chamadas de “casas de saúde”, e possuíam hospitalizações de luxo. “Era uma espécie de plano de saúde, pois os clientes faziam um pagamento anual de 50 mil-réis e, assim, teriam direito a hospitalização e assistência médica cirúrgica” (Santini e Bulcão, 2024, p. 44). Também existiam as Ordens

Terceiras, casas de providências, que eram pequenas e moderadas, ditas mórnicas (Brasil, 1965).

Com o fim da escravidão, a Proclamação da República e o início da industrialização do país, houve atuações sanitárias, uma vez que muitas pessoas estavam adoecendo e morrendo por conta das doenças, tais como a febre amarela, peste bubônica e a varíola (Santini e Bulcão, 2024). Com essas transformações no país, atreladas por exemplo ao fortalecimento da burguesia cafeeira, surgia a demanda por mão de obra, e esse cenário de epidemias estava acometendo os trabalhadores (Baptista, 2007).

Escorel e Teixeira (2012) explicam:

O rápido crescimento populacional suplantava rapidamente as iniciativas de controle sanitário e as tentativas de ampliação de serviços médicos. Ao mesmo tempo que se intensificava o ritmo da imigração, surgiam epidemias e elevavam-se os índices de doenças, muitas vezes desconhecidas (Escorel e Teixeira, 2012, p. 287).

Assim, a partir de 1902, a busca por ações na área de saúde oportunizou a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), os incentivos para pesquisas nas faculdades de medicina e a criação de institutos de pesquisa, tais como o Soroterápico Federal, que tempos depois passou a ser intitulado como Instituto Oswaldo Cruz (Baptista, 2007).

Escorel e Teixeira (2012) esclarecem que nos primeiros anos da República, as atuações de saúde pública no país estavam voltadas para o combate às epidemias e ordenação da vida urbana, de modo a manter um estado de salubridade. Assim, ao considerar essas ações para a ordenação, as atividades eram voltadas para fiscalização das residências, da venda de alimentos e de bebidas alcoólicas.

Quanto às epidemias, o médico Oswaldo Cruz assumiu a direção da DGSP com a promessa de cessar as três principais doenças infecciosas: a febre amarela, a peste bubônica e a varíola (Escorel e Teixeira, 2012). Em 1904, foi realizado o planejamento para um novo código sanitário, cujos trabalhos envolviam a desinfecção, a demolição de prédios considerados prejudiciais à saúde, a prática de notificações de casos de febre amarela, varíola e peste bubônica, atuações da polícia sanitária, e a vacinação obrigatória (Baptista, 2007, p. 33).

Santini e Bulcão (2024) elucidam como se deu a evolução das tentativas de combate às epidemias e como foram as reações da população frente às ações de Oswaldo, ao ponto de ocasionar a revolta conhecida como Revolta da Vacina. Algumas campanhas sanitárias foram realizadas: em relação a febre amarela, identificou-se que o responsável pela transmissão era o mosquito *Aedes aegypti*, e, portanto, “foram criadas brigadas uniformizadas de mata-mosquitos investidas de muitos poderes, como a permissão para entrar na casa das pessoas” (Santini e Bulcão, 2024, p. 47). Buscava-se acabar com o ciclo da epidemia “impedindo a contaminação

dos mosquitos pelos doentes infectados, que seriam isolados em hospitais, destruindo os focos de mosquitos na cidade e mantendo forte vigilância sobre os casos isolados ou importados (Escorel e Teixeira, 2012, p. 290).

Quanto à peste, considerando que sua transmissão era ocasionada pela pulga de rato, foi estimulada uma atuação de caçar ratos e vendê-los para as autoridades sanitárias, assim como feito em outros países:

Ficou estabelecido o preço de 300 réis por animal. A campanha foi motivo de chacota e ainda criou um falso mercado de ratos: alguns eram capturados em barcos estrangeiros, outros vinham de cativeiros, e ainda existiam os oriundos dos estados vizinhos. Apesar de tudo, ainda em 1906, os casos de peste bubônica simplesmente caíram a zero (Santini e Bulcão, 2024, p. 47).

Em relação à varíola, a ideia era o controle pela vacina na população, e um novo regulamento sanitário, de modo a tornar a vacinação obrigatória (Escorel e Teixeira, 2012; Santini e Bulcão, 2024). Escorel e Teixeira (2012) apresentam um resumo desse regulamento:

Os artigos da regulamentação prescreviam multas aos rebeldes e a exigência do atestado de vacinação para matrículas nas escolas, empregos públicos, casamentos, viagens etc. Em 9 de novembro, o regulamento veio a público. Logo uma intensa agitação tomou as ruas do centro do Rio reunindo uma grande massa de descontentes com a medida, incentivados pelo Centro das Classes Operárias, pelo Apostolado Positivista e pela Liga contra a Vacinação Obrigatória. A lei que regulamentava a vacina serviu de estopim para um grande levante que entrou para a história com o nome de Revolta da Vacina (Escorel e Teixeira, 2012, p. 291).

Nesse cenário, Santini e Bulcão (2024) apresentam o contexto:

Correram boatos de que quem fosse vacinado poderia morrer ou ficar com cara de bezerro. Depois, surgiram rumores de que a vacina era feita com o sangue dos ratos comprados pelas autoridades. A prática também foi tachada de “despudorada” e de “código de tortura”, pois a vacina era aplicada no braço nu – à época ainda considerado um estímulo sexual – com um tipo de lanceta. Por fim, para agravar a situação, a vacinação obrigatória foi politizada. Os políticos falaram em liberdade individual, despotismo sanitário, invasão da propriedade privada (o corpo do vacinado), arbitrariedade que deveria ser combatida por todos os meios, inclusive à bala. A classe operária também não viu a obrigatoriedade como condição para conseguir o emprego com bons olhos e, através de suas entidades de classe, reagiu contra a vacina (Santini e Bulcão, 2024, p. 47).

Posto isso, a obrigatoriedade da vacina foi revista, e a varíola continuou sendo uma doença causadora de várias mortes ao longo dos anos, haja vista que a revolta impulsionou a resistência da população, o que ocasionou vários surtos (Escorel e Teixeira, 2012). Contudo, gerou-se um impacto tão severo que a própria sociedade passou a buscar espontaneamente por postos de vacinação (Santini e Bulcão, 2024).

Em 1923 foi promulgada a Lei Eloy Chaves, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), que estavam vinculadas às grandes empresas. O objetivo recaía no oferecimento de aposentadoria, pensões, assistência social e médica para os trabalhadores que

contribuíam mensalmente, e seus dependentes (Chioro et al, 2021). Assim, houve um deslocamento de atenção das campanhas de saúde pública, para a assistência à saúde do trabalhador.

Para Santini e Bulcão (2024), ao assumir a Presidência da República, após a Revolução de 30, Getúlio Vargas, engendrou fortes mudanças no sistema previdenciário brasileiro ao criar o Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que estendeu a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos. Porém, tratar a saúde não era o objetivo principal dos IAPs, apesar de ter impulsionado a construção de hospitais próprios. Sua finalidade envolvia o pagamento das aposentadorias, pensões e outros benefícios. Segundo Baptista (2007), os IAPs incluíram toda uma categoria profissional, para além das empresas, e contou com a participação do Estado na administração, controle e até financiamento. Assim, estavam excluídos: o trabalhador rural, os profissionais liberais, trabalhadores que exercessem profissões não reconhecidas pelo Estado.

Nesse período do regime de Vargas, houve também novas diretrizes de racionalidade administrativa e fortalecimento do poder central. Especificamente na área da saúde, em novembro de 1930, o governo de Vargas atendeu uma demanda antiga dos sanitaristas para criação de um ministério para a área, instituindo o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Em 1937, durante o período do Estado Novo, a chamada Reforma Capanema deu início a uma nova estruturação ao ministério, passando a se chamar Ministério da Educação e Saúde (MES), o que modificou seu funcionamento: criando delegacias federais de saúde. Ademais, várias outras ações foram desenvolvidas nesse período, e dentre elas, a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde (Escorel e Teixeira, 2012).

No período de 1940 a 1950 surgiram no país os hospitais modernos, sendo na maioria previdenciários. Esses hospitais estavam iniciando uma configuração que no exterior chamavam de hospitalocêntrico, e, portanto, indicavam a necessidade de altos custos de manutenção (Escorel e Teixeira, 2012).

Em 1951, Vargas salientou em mensagem enviada ao Congresso Nacional, que o problema da saúde pública no Brasil dependia da estrutura econômica. Ademais, o presidente também reforçou sobre a organização dos serviços sanitários, ressaltando o alto nível técnico do trabalho, uniformização e articulação nacional (Escorel e Teixeira, 2012).

Nesse contexto, alguns acontecimentos desse período são tidos como importantes na história de saúde brasileira, tais como: criação do Ministério da Saúde, em 1953, havendo o desmembramento do MES (Escorel e Teixeira, 2012); reorganização dos serviços nacionais de controle das endemias rurais; políticas de saúde com ênfase na prevenção de doenças

transmissíveis, além de política de saúde previdenciária, com ênfase no cuidado curativo (Baptista, 2007).

Nesse cenário, as ações voltadas para a assistência à saúde se tornaram ferramentas do Estado, para além do controle no espaço de circulação dos produtos e de trabalhadores, mas também pelos recursos financeiros ora administrados; a mobilização das industriais, tais como de medicamentos e equipamentos; o próprio ensino médico; os hospitais, e outros (Baptista, 2007).

Para Escorel e Teixeira (2012), a elevação das despesas, sem solucionar os problemas vididos no país quanto à arrecadação de recursos, já se mostravam presentes nesse período. Os autores explicam que esses elementos constituíram posteriormente a chamada crise da previdência: a legislação era generosa na ampliação dos benefícios e dos gastos, porém não havia tratamento da dívida, que crescia da União e dos empregadores com a previdência.

Com o governo de Juscelino Kubitschek, de 1956-1960, considerando as transformações econômicas promovidas, alguns marcos foram alcançados na área da saúde: criação do departamento nacional de endemias rurais, o mosquito *Aedes aegypti* foi declarado oficialmente erradicado, criação de campanhas de erradicação da malária, e combate à lepra, criação de planos de erradicar a varíola, aprovação da lei orgânica da previdência social em 1960, dentre outros (Escorel e Teixeira, 2012).

Com o início do regime militar, em 1964, algumas ações foram desenvolvidas com a finalidade de reorganizar o sistema de saúde, tais como a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), concentrando as áreas de saúde dos IAPs (Santini e Bulcão, 2024). A nova forma de organização do Estado Brasileiro apresentou significativas mudanças nesse setor, tais como: o crescimento do setor privado, e uma maior abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário (Baptista, 2007).

Contudo, para Baptista (2007) o período do regime militar teve um investimento precário para a área de saúde pública: doenças que haviam sido erradicadas retornaram para assolar a população, doenças que estavam controladas acabaram por ocasionar surtos epidêmicos, poucas atuações em relação ao saneamento e as políticas de habitações populares, a pobreza e a desigualdade social aumentaram.

Para Escorel (2012), apesar de ter sido aprovado o decreto-lei 200, de 1967, que atribuía ao Ministério da Saúde competência para formulação da política nacional de saúde, não houve investimento necessário para a concretização das ações. Nesse cenário, do próprio Ministério da Saúde surgiu a ideia de privatização do sistema nacional de saúde:

Foi a partir do próprio Ministério da Saúde que surgiu a proposta mais privatizante do Sistema Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Saúde (PNS), conhecido como Plano Leonel Miranda, que, em 1968, era o ministro da Saúde. Esse plano pretendia que todos os hospitais governamentais fossem vendidos para a iniciativa privada, transformando-os em empresas privadas. O Estado ficaria apenas com o papel de financiar os serviços privados, que seriam, também, custeados em parte pelos próprios pacientes, que exerceriam a livre escolha dos profissionais e dos serviços. Isso possibilitaria, segundo o plano, a universalização do acesso à assistência médica e sua integração sob a égide do Ministério da Saúde (Escorel, 2012, p. 329).

Entretanto, a implantação do plano encontrou resistências e entrou em conflito com o próprio corpo técnico na previdência social (Escorel, 2012). Ademais, o INPS não estava sendo suficiente para abarcar os problemas de saúde enfrentados no país, e, portanto, o governo realizou nova formulação: a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977 (Santini e Bulcão, 2024).

Para Paiva e Teixeira (2014) o período do regime militar teve algumas características: buscaram abater qualquer iniciativa que tivesse viés com as ideias socialistas, considerando que se tratava de um período de intensificação da Guerra Fria, em que o mundo estava dividido em potências capitalistas e socialistas. Na área econômica, o regime militar possibilitou abertura da economia ao capital estrangeiro, seguida de contenção de salários e proibição de greves. No âmbito social e político, os autores mencionam a cassação dos direitos políticos de opositores e a reformulação do sistema político, de modo a proporcionar a criação do bipartidarismo e a submissão do Congresso Nacional aos interesses do Poder Executivo. Nesse campo, houve também a reestruturação do sistema eleitoral, havendo a extinção do pluripartidarismo reduzindo a apenas duas legendas, o que permitiu que o governo tivesse vantagem nas eleições majoritárias, ou seja, Prefeituras e Senado.

Embora o país tenha atingido expressivo crescimento econômico no período militar, esse crescimento não proporcionou melhores condições de vida para a maior parte da população: houve concentração de renda, a perda do poder aquisitivo do salário mínimo, a crise nos serviços públicos de transporte e saúde, aumento dos preços, etc. Houve também a crise econômica internacional do petróleo, que afetou consideravelmente o Brasil, de modo que o crescimento econômico do país foi decaindo, favorecendo ainda mais a ampliação das tensões sociais e o surgimento de outras mobilizações populares em busca de transformações políticas e das condições sociais (Paiva e Teixeira, 2014).

Nesse contexto, Paiva e Teixeira (2014) esclarecem que diante da necessidade do desenvolvimento de ações na área da saúde, para melhorar o atendimento e diminuir os gastos, ocorreu a demanda por profissionais técnicos-científicos não disponíveis nas agências do Estado. Assim, essa ausência de pessoal qualificado abriu oportunidade para que profissionais

médicos, de ideias progressistas e inovadoras pudessem se inserir nas instituições de saúde (Escorel, 1999).

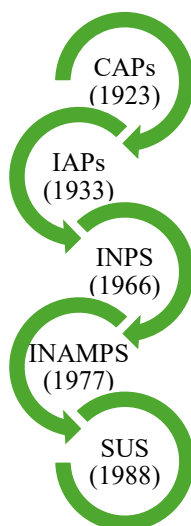
Em 1985, houve o processo de redemocratização do país, com as eleições indiretas para a Presidência da República. Foram eleitos Tancredo Neves e o vice José Sarney. Entretanto, diante da morte de Tancredo, José Sarney assumiu como presidente da Nova República. Muitas medidas autoritárias foram revistas, dentre elas: ocorreram eleições diretas para prefeitos nas capitais, e o Congresso Nacional ficou encarregado de criar uma constituição que proporcionasse ao país uma democracia. Esse processo ficou conhecido como redemocratização (Paiva e Teixeira, 2014).

Nessa conjuntura, a Presidência da República, a pedido do Ministério da Saúde, em 1986, “convocou técnicos, gestores de saúde e usuários para uma discussão aberta sobre a reforma do sistema de saúde, realizando, assim a VIII Conferência Nacional de Saúde” (Baptista, 2007, p.49). Dentre os temas abordados na conferência constaram: dever do Estado e direito do cidadão quanto à saúde, reformulação do sistema nacional de saúde e seu financiamento, participação popular, dentre outros (Paiva e Teixeira, 2014).

As propostas da Conferência, entretanto, não foram implementadas de imediato. O relatório serviu como um instrumento para pressão política na Nova República, além de ter sido referência para a Assembleia Nacional Constituinte. Houve a aprovação da nova Constituição Federal por meio da Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88, e com isso a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Baptista, 2007).

Diante de todas as mudanças, a figura 1 sintetiza a evolução da medicina previdenciária no Brasil.

Figura 1 - Evolução da medicina previdenciária no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Com o novo marco na saúde pública do Brasil, ocasionado pela criação do SUS, houve a promulgação da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamentou em todo o território nacional as ações e serviços de saúde (Brasil, 1990). A lei apresenta, em seu artigo segundo, a seguinte consideração quanto ao dever do Estado:

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1990).

Nesse contexto, o SUS se apresenta como um conjunto de ações e serviços:

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada (Brasil, 2011a).

O campo de atuação do SUS envolve vários tópicos, conforme sintetizado no quadro 3:

Quadro 3 - Campo de atuação do SUS

Tópico	Descrição
Execução de Ações	Vigilância sanitária, Vigilância epidemiológica, Saúde do trabalhador, Assistência terapêutica integral (inclusive farmacêutica), Saúde bucal
Saneamento Básico	Participação na formulação e execução das ações de saneamento básico
Recursos Humanos	Ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde
Alimentação e Nutrição	Vigilância nutricional e orientação alimentar
Meio Ambiente	Colaboração na proteção do meio ambiente, incluindo o local de trabalho
Medicamentos e Insumos	Formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos, e participação na produção
Controle de Produtos e Substâncias	Fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde
Segurança Alimentar	Fiscalização de alimentos, água e bebidas para consumo humano
Substâncias Perigosas	Controle e fiscalização de substâncias psicoativas, tóxicas e radioativas (produção, transporte, guarda e uso)
Ciência e Tecnologia	Incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde
Política do Sangue	Formulação e execução da política de sangue e seus derivados
Intoxicações	Formulação e execução da política de informação e assistência toxicológica, de logística de antídotos e medicamentos utilizados em intoxicações

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (1990)

Diante dessa gama de atuações, o SUS apresenta uma organização em diferentes níveis de atenção e assistência à saúde, proporcionando o agrupamento dos serviços de acordo com o grau de complexidade das demandas da população. Portanto, os níveis de atenção estão estruturados em dois: atenção primária e atenção especializada (Ministério da Saúde, 2022).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção e uma das portas de entrada no SUS. É constituída por equipes multidisciplinares que cobrem toda a população, integram e coordenam o cuidado. A atuação é feita pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS),

denominados de postos de saúde, realizando atendimentos voltados à prevenção e promoção de saúde (Ministério da Saúde, 2022).

Brasil (2011b) esclarece que as portas de entrada são os serviços de atendimento inicial à saúde, que o usuário recebe no SUS. Dessa forma, além da APS, existem outras portas de entrada: atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto. Contudo, essas não são de caráter taxativo, pois mediante justificativa técnica, os entes federativos possuem legitimidade para criar novas portas de entrada às ações e serviços de saúde (Brasil, 2011b).

No âmbito da atenção especializada, tem-se a divisão em dois elementos: atenção secundária e terciária, que são denominados, respectivamente de média e alta complexidade (ambulatório e especializada hospitalar). A média complexidade abrange serviços especializados disponíveis em hospitais e ambulatórios, além de envolver atendimentos voltados para pediatria, ortopedia, cardiologia, dentre outras especialidades. Atuação também é feita por meio das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Quanto à alta complexidade, geralmente os serviços são ofertados por meio de hospitais de grande porte, hospitais universitários, possuindo leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), centros cirúrgicos complexos, dentre outras características. As atuações nesses níveis são geralmente voltados para tratamento de casos que não puderam ser atendidos na atenção primária ou na média complexidade, justamente por ser mais singulares e/ou complexos (Ministério da Saúde, 2022).

Diante dessa complexidade de rede, e considerando os aspectos de organização do SUS, sendo organizado de forma regionalizada, a direção do sistema é exercida em cada esfera do governo: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; nos Estados e Distrito Federal, pela Secretaria de Saúde, ou órgão equivalente; e nos municípios, a direção é exercida pela Secretária de Saúde ou órgão equivalente (Brasil, 1990).

Para conseguir suprir todos esses pontos de atendimento a população, a gestão do SUS está fundamentada na distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios. Portanto, cabe as três esferas de governo, conjuntamente, a definição de meios de controle e avaliação dos serviços. No âmbito do planejamento, o governo utiliza de alguns instrumentos para sua consecução: o Plano Nacional de Saúde, que abrange as políticas e compromissos de médio prazo do setor da saúde, com duração de 4 anos; o programa anual da saúde, que operacionaliza e anualiza as intenções que foram previstas no plano nacional de saúde; o relatório quadrimestral de prestação de contas, que acompanha e monitora a execução da programação anual da saúde; e o relatório anual de gestão, que possibilita o gestor apresentar os resultados alcançados na execução da programação anual (Ministério da saúde, 2025).

Para a operacionalização da reforma da saúde, impulsionada pela criação do SUS, houve a necessidade de transformações político-institucionais e organizacionais. Nesse contexto, além da necessidade de promover a descentralização, as pressões de outros atores, seja defendendo o SUS, seja contrário a ele, também moldaram o sistema para a configuração que se tem hoje. Uma das características atuais do sistema de saúde, é o caráter híbrido do sistema, havendo a coexistência entre os sistemas público e privado. Assim, na prática, a construção do SUS não eliminou a estrutura híbrida do sistema de saúde brasileiro, de modo que atualmente coexistem a assistência pública e privada, convergindo numa ampliação dos mecanismos de financiamento público do setor privado, tais como contratos com prestadores e incentivos fiscais aos planos de saúde (Menicucci, 2006).

Diante dessa conjuntura, o financiamento do SUS é realizado por meio do orçamento da seguridade social, de origem da União, dos estados e dos municípios, além de outras fontes (Brasil, 1990). Desse modo, por meio da emenda constitucional nº 29, de 2000, a Constituição Federal disciplinou que cada ente federativo deve aplicar um valor mínimo em ações e serviços públicos de saúde. No âmbito da União, a aplicação mínima recai em 15% da receita corrente líquida; os Estados e o Distrito Federal, 12% da arrecadação de impostos (transmissão causa mortis e doação de quaisquer bens ou direitos, circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, propriedade de veículos automotores), deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios; e aos municípios cabem a aplicação mínima de 15% da arrecadação de impostos de propriedade predial e territorial urbana, de transmissão de bens imóveis – intervivos, e de serviços de qualquer natureza (Brasil, 2007).

2.1.1 Hospitais de Ensino e a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH

No Brasil Colônia, em meados do século XVIII, funcionavam quatro academias no país: Academia Brasílica dos Esquecidos, Academia dos Felizes, Academia dos Seletos e Academia das Ciências e de História Natural. Em relação ao ensino médico, o ponto de início para o estudo sobre os hospitais de ensino no Brasil remete à chegada da Corte Portuguesa ao país, em 1808. As duas escolas médicas da época, uma em Salvador, e outra no Rio de Janeiro, estabeleceram inicialmente currículos autônomos (Santini e Bulcão, 2024).

Após a Proclamação da Independência, em 1822, os cursos de medicina transformaram-se em faculdades, e com o fortalecimento das províncias, as faculdades passaram a ter autonomia para modificação dos cursos. Com isso, houve algumas alterações: currículos se

tornaram mais extensos com a criação de mais 18 disciplinas, criação de laboratórios e oficinas farmacêuticas, e instituição de pré-requisitos linguísticos para estudar medicina, tais como saber francês, latim e inglês (Santini e Bulcão, 2024).

Com o passar do tempo, estava se tornando evidente o atraso na educação do país, especialmente na área da saúde. A necessidade de aumentar o número de faculdades era cada vez mais clara. Entretanto, os mestres das faculdades de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro se posicionavam contra a expansão desse ensino. O que houve na realidade foi a criação, em 1884, de cursos anexos ao de medicina, sendo eles farmácia, odontologia, obstetrícia e ginecologia. No final do século XIX, a revolução tecnológica da medicina, e a Proclamação da República no país proporcionaram mudanças no contexto social. Contudo, o ensino médico seguia sendo elitizado e formando um número reduzido de profissionais. Somente em 1898 que foi inaugurada a terceira faculdade de medicina, localizada em Porto Alegre (Santini e Bulcão, 2024).

Paralelo a esses processos no Brasil, nos Estados Unidos, em sentido contrário, havia a preocupação com a proliferação de faculdades de medicina e o nível de qualidade dessas faculdades (Santini e Bulcão, 2024). Na época, não existia a necessidade de autorização estatal para o exercício da medicina, haja vista tal permissão ter sido cancelada em meados do século XIX. Portanto, existia nos Estados Unidos uma proliferação de escolas médicas, com abordagens diferentes. Dessa forma, as escolas médicas eram criadas indiscriminadamente e sem padronização, podendo ou não estar vinculadas às universidades, possuindo ou não equipamentos, dentre outras diversidades (Pagliosa e Da Ros, 2008). Diante disso, a Fundação Carnegie foi contratada para avaliar tal situação, designando o educador Abraham Flexner para realizar a investigação e análise nas 155 escolas médicas americanas (Santini e Bulcão, 2024).

Após suas avaliações, o relatório de Flexner apresentou várias proposições, dentre elas: redução do número de faculdades de ensino; educação baseada na ciência: as escolas médicas deveriam possuir vínculos com as universidades; valorização dos docentes, por meio da dedicação exclusiva; divisão do currículo em disciplinas de acordo com a segmentação do organismo; instrução clínica em hospitais, ou seja, treinamento clínico dos estudantes em hospitais filiados às faculdades de medicina; inclusão da pesquisa nos programas de ensino médico; exigência de laboratórios e instalações adequadas e fortalecimento dos mecanismos para o licenciamento dos médicos, dentre outras (Pagliosa e Da Ros, 2008; Santini e Bulcão, 2024).

Dois anos após a publicação do relatório de Flexner, em 1912, no Brasil abria-se a quarta faculdade de medicina no Paraná, e outra escola de medicina no Rio de Janeiro. No ano seguinte

abria-se também uma faculdade de medicina em São Paulo. Ademais, o pós-guerra, que coincidiu com o pós gripe espanhola, marcou a criação de novas faculdades de medicina em várias localidades do Brasil, tais como em Minas Gerais, Pará, Pernambuco e Rio de Janeiro (Santini e Bulcão, 2024).

Entretanto, mesmo com esses avanços, o total de universidades no país continuava baixo, em relação a sua demanda. Quanto à qualidade daquelas que existiam, a partir de 1926, foram realizadas algumas investigações para fins de apuração da realidade do ensino. O diagnóstico foi o seguinte: o ensino estava desconectado da realidade do Brasil, sem compromisso democrático; as universidades formavam os alunos baseados em premissas: o exame, a formatura e a carreira; faltava professores com conhecimentos do Brasil, e não demonstravam possuir interesse público pelas questões gerais, além de demonstrar pouco envolvimento com a pesquisa científica; as universidades não possuíam estruturas adequadas, haja vista possuírem salas cheias e poucos recursos (Santini e Bulcão, 2024).

Ao considerar a década de 1930, houve um crescimento do ensino médico, ao passo que houve também mudanças nos contextos econômicos e sociais do Brasil e do mundo. Ocorreu a quebra da bolsa de valores em Nova York, o fim da Velha República e o início da Era Vargas. Esses acontecimentos culminaram em várias alterações no cenário do Brasil, inclusive no próprio ensino: houve influências acentuadas norte-americanas, principalmente por meio da Fundação Rockefeller que passou a financiar os estudos médicos nas universidades e centros de pesquisas, baseadas nos estudos de Flexner (Santini e Bulcão, 2024).

A partir de 1964, um acordo firmado entre o Ministério da Educação (MEC) e a *United States Agency for International Development* (Usaid) possibilitou liberação de verbas para modernização e estímulo no setor privado no Brasil. Os efeitos foram visíveis, pois houve o surgimento de novas faculdades de medicina, impactando consideravelmente a quantidade de alunos formados: em 1960 eram 29 mil estudantes, e em 1969, 162 mil (Santini e Bulcão, 2024). Nesse contexto, para Braga Neto et al (2012), no final da década de 1960, o Brasil incorporou o modelo de atenção médico hospitalocêntrico.

Barbosa Neto (2008) reflete que a criação de muitos hospitais escolas na década de 1960, com ausências de definição das origens dos recursos para manutenção, demandou atuações no próprio legislativo do país, ao ponto de haver a criação do Decreto-Lei nº 63.341 de 1968, que disciplinava sobre as construções de novos hospitais de clínicas, e a criação da Comissão de Especialistas do Ensino Médico, no âmbito do Ministério da Educação (MEC), cujo objetivo recaiu na análise da situação do crescimento exacerbado do número de escolas médicas.

O surgimento de várias faculdades de medicina a partir da década de 1970 impulsionou

também o surgimento de hospitais universitários. Diante disso, ocorreram várias reformas institucionais, sendo duas delas: a criação do ministério da previdência e assistência social (MPAS), e a formalização de Convênio entre o Ministério da Educação e o MPAS, cujo objetivo era integrar os hospitais de ensino na rede de assistência médica da previdência social (Barbosa Neto, 2008; Carmo et al, 2007).

Nos anos 1980, com a crise econômica, política e social, o regime miliar começou a mostrar os sinais do seu declínio. A desassistência se tornou maior quando o setor privado, progressivamente, deixou de receber os pacientes do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) - que era responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuía com a previdência social -, e passou a se dedicar à oferta de seus serviços às operadoras de planos de saúde. Dessa forma, aos desassistidos cabia os serviços dos hospitais públicos e filantrópicos, que eram insuficientes, subfinanciados e superlotados, haja vista o crescente processo de urbanização e crescimento demográfico do país (Chioro et al, 2021).

Ainda nos anos 1980, o setor de saúde do Brasil vivia duas realidades diferentes: de um lado a crise na previdência com o INAMPS, e por outro os avanços do Ministério da Saúde (Santini e Bulcão, 2024). Nesse cenário, além dessas reformas institucionais desenvolvidas no país, com o fim do financiamento por orçamentação por meio do MEC, “esforços para a manutenção dos HUs foram redirecionados para a crescente venda de serviços para o setor público e suplementar de saúde” (Carmo et al, 2007, p. 388). Desse modo, com a crise econômica desse período, houve uma redução dos recursos destinados aos HUs, haja vista que demandavam altos custos para sua manutenção, e dessa forma transformaram-se em justificativas causadoras da crise financeira das universidades às quais estavam vinculados (Carmo et al, 2007).

Para Carmo et al (2007), o declínio do modelo assistencial privatista (1960-1980), a celebração de convênios entre os HUs com o MPAS (1982), repercutiram nos HUs, de forma que grande parte do financiamento hospitalar desses hospitais passou a ter como contrapartida a prestação de serviços assistenciais: o pagamento se tornou conforme a produção de serviços e não mais por orçamentação global.

A Portaria Interministerial MEC/MPAS nº 15, de 22 de maio de 1987, estabeleceu no âmbito do Convênio MEC/MPAS, alguns critérios e parâmetros para a aplicação do índice de Valorização de Desempenho (IVD) exclusivo para os hospitais de ensino. Tal avaliação consistia em incentivos para os hospitais de ensino realizarem atividades externas, integração à rede regional de serviços, incorporação tecnológica e avaliação tecnológica em saúde (Barbosa

Neto, 2008).

Portanto, com as orientações elencadas nas novas legislações, dentre elas a própria Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080 de 1990, que disciplinou em seu artigo 45º que:

Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (Brasil, 1990).

Houve mudança na forma de manutenção dos hospitais universitários, de modo que “a celebração de contratos e convênios com a rede prestadora de serviços passou a ser de responsabilidade dos municípios, substituindo os antigos contratos do INAMPS, dentre eles os convênios com os HUs” (Carmo et al, 2007, p. 389). Diante do novo marco constitucional, de novas leis e normas, essas estratégias foram traçadas para fins de operacionalização do SUS, e reestruturação dos hospitais de ensino. Entretanto, o parque tecnológico hospitalar brasileiro apresentava um conjunto de problemas:

Predominância de hospitais de médio e pequeno porte; baixa capacidade para atender, de forma resolutiva, ao conjunto das necessidades em saúde vigentes; concentração expressiva de hospitais nos principais centros urbanos do país, com grandes vazios assistenciais; composição majoritária de leitos privados; e, baixa participação do Estado como ente contratante de leitos hospitalares, em função da competição por esses mesmos leitos exercida diretamente pela saúde privada (Chioro et al, 2021, p. 36-37).

Nesse cenário, em 2003, movimentos liderados pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), cuja criação ocorreu em 1989 (Carmo et al, 2007), e o apoio da Frente Parlamentar da Saúde, possibilitaram a realização de várias audiências públicas com o propósito de solucionar o problema da crise dos hospitais de ensino (Lampert et al, 2013). Nessa esteira, o contexto político, econômico, e social, aliado com esses movimentos, possibilitou aproximação de ministérios e demais entidades para construção de soluções frente à problemática vivida nos hospitais (Barbosa Neto, 2008).

Nesse contexto, em 2003, foi criada uma Comissão Interinstitucional, por meio da Portaria Interministerial nº 562 firmada pelos ministros da Educação, da Saúde, do Planejamento, Orçamento e Gestão, e da Ciência e Tecnologia, para avaliar e diagnosticar a situação dos HUs e dos Hospitais de Ensino, cuja finalidade seria para reorientar e/ou reformular a política nacional para o setor. Além dos ministros, outros atores fizeram parte dessa Comissão, tais como: representantes do Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Associação Brasileira de Hospitais Universitários de Ensino (Abrahue), Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior

(Andifes), dentre outros. Como resultado, foi apresentada proposta de uma política abrangente para a rede de hospitais de ensino, denominada Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (Barbosa Neto, 2008). Outro resultado foi a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004, que estabeleceu as bases para o Programa dispondo sobre a certificação dos hospitais como hospitais de ensino (Lampert et al, 2013).

No âmbito dessa certificação, Barros (2013) explica que se trata de um processo de avaliação e qualificação dos hospitais de ensino adotada pelos Ministérios da Educação e da Saúde. Desse modo, para um hospital ser certificado como hospital de ensino, deve ser submetido a esse processo de certificação, necessitando atender a alguns requisitos, além de realizar inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como um campo de prática de atividades curriculares na área de saúde. Dentre os requisitos para a certificação, alguns são: desenvolver regularmente atividades de pesquisa e avaliação de tecnologias; possuir comissões assessorias e obrigatórias, tais como de documentação médica, de controle de infecção hospitalar, de óbito, entre outras; regular e manter sob regulação do gestor local do SUS os serviços conveniados ou contratados; dentre outros (Barros, 2013).

Os ministérios da Educação e da Saúde instituíram o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS, por meio da Portaria Interministerial nº 1.006/MEC/MS, em maio de 2004, e o Ministério da Saúde criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 1.702 GM/MS, em agosto de 2004 (Nogueira et al, 2014). O Programa pressupôs algumas ações estratégicas que envolviam: definição do perfil e papel assistencial da instituição e a sua inserção no SUS, a definição do papel da instituição no desenvolvimento da pesquisa e da avaliação de tecnologias em saúde e gestão hospitalar, e a definição do papel do hospital na educação permanente e na formação dos profissionais de saúde (Brasil, 2012).

É nesse contexto que outro programa foi criado com fins de aprimorar os hospitais de ensino: a contratualização com o gestor SUS.

Esse processo de contratualização dos hospitais de ensino visou o aprimoramento e a inserção destes hospitais no SUS: os hospitais certificados como estabelecimentos hospitalares de ensino, habilitaram-se a realizarem a contratualização (Brasil, 2012). A Portaria Interministerial nº 1.006/MEC/MS apresenta o conceito dessa contratualização:

Entende-se processo de contratualização como o meio pelo qual as partes, o representante legal do hospital de ensino e o gestor local do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos (Brasil, 2004).

Assim, o programa previu a contratualização dos hospitais com os gestores do SUS, com fundamento em estratégias de atenção, de modo a levar em consideração os aspectos relacionados à gestão, formação e educação, pesquisa e inovação tecnológica (Carmo et al, 2007). A contratualização com o gestor SUS possibilitaria uma flexibilização da gestão, aumento da transparência das atividades governamentais, fornecimento de parcerias e ações com a rede de saúde, dentre outros (Barros, 2013).

Nesse sentido, essas duas ferramentas (certificação e contratualização), ancoradas em estratégias de gestão por resultados, foram ações de impulso para a otimização do gerenciamento dos hospitais e a distribuição de recursos proporcionais à produção de cada HU. Entretanto, não foram suficientes para solucionar os problemas dos hospitais universitários. Os seus gestores começaram movimentos para aumentar sua flexibilidade de atuação, agilidade e autonomia. Como consequência, os HUs se tornaram unidades orçamentárias independentes das universidades, de modo que houve uma redução no controle normativo e uma maior responsabilização dos gestores desses hospitais (Barros, 2013).

Santos e Oliveira Junior (2016) explicam que apesar dos hospitais universitários estarem recebendo recursos dos Ministérios da Educação e da Saúde, o investimento não foi suficiente para enfrentar os problemas então vivenciados. Para estes autores, a crise dos hospitais estava disposta em seis dimensões: política, gerencial, assistencial, financeira, acadêmica e social. Além disso, em 2009, o Tribunal de Contas da União (TCU) realizou auditoria operacional nos hospitais universitários vinculados às instituições federais de ensino superior, com a finalidade de produção de diagnóstico da situação existente, além de avaliar a coordenação e acompanhamento pelos ministérios supervisores das áreas, e oferecer aos poderes Legislativo e Executivo propostas para o aperfeiçoamento da gestão administrativa e das atividades de extensão, de ensino, de pesquisa e de assistência à saúde (Brasil, 2009).

Diante disso, foi proferido o acórdão 2813/2009 – Plenário, cujas recomendações perpassaram por vários ministérios, tais como: à Casa Civil da Presidência da República e ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, com recomendações de: criação de programas orçamentários próprios para os HUs; realização de estudos para elaboração de lei relativa à criação de um contrato de desempenho institucional; aos Ministérios da Educação, da Saúde e da Ciência e Tecnologia, recomendações para: ações de incentivo à pesquisa nos hospitais universitários; ao Ministério da Educação: agrupamento de hospitais vinculados a mesma instituição federal, com criação de complexos hospitalares com administração única, elaboração de normativo que institua plano ou programa de reestruturação dos HUs, instituição de padrões mínimos de produção e qualidade e registro de indicadores nos instrumentos de

planejamento estratégico, implantação de sistema permanente de *benchmarking* entre os hospitais universitários; aos Ministérios da Educação e da Saúde, recomendações de: pactuação com os hospitais universitários, à luz de afinidades acadêmicas e interesses comuns existentes, de metas de ensino e pesquisa, a serem acompanhadas periodicamente, regulamentação clara da responsabilidade de cada Ministério no custeio dos hospitais universitários, dentre outros (Brasil, 2009).

Nesse contexto, diante da nova conjuntura dos HUs, o novo modelo de gestão que se formava para essas organizações, o programa passa a ser chamado de Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), criado por meio do Decreto nº 7.082 de 2010, que além de instituir o programa, disciplinou sobre o financiamento compartilhado dos HUFs entre as áreas da educação e saúde. Entretanto, apesar de haver essa nova estruturação, outro problema ainda permanência por solucionar: a força de trabalho dos hospitais universitários, que se encontrava em déficit, e a maioria era terceirizada (Barros, 2013).

Diante disso, novas ações institucionais foram sendo desenvolvidas com a participação dos ministérios da Educação e Planejamento, Orçamento e Gestão. De posse dos dados dos hospitais, em que demonstravam o fechamento de leitos e a diminuição de procedimentos, fruto da ausência de pessoal nos HUFs, os dois ministérios (Educação e Planejamento, Orçamento e Gestão) emitiram uma Exposição de Motivos Interministerial, EMI nº 00383/2010/MP/MEC, submetendo ao Presidente da República um projeto de lei que autorizava o Poder Executivo a criar uma empresa para prestação dos serviços administrativos e médico-hospitalares pelos hospitais universitários, sendo ela a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Essa ação motivou a Medida Provisória nº 520 de 2010, que autorizou o Poder Executivo a criar a referida empresa pública (Barros, 2013).

Após a publicação da Medida Provisória, houve várias discussões entre os reitores, representações da sociedade, sindicatos e conselhos, principalmente, sobre a alteração da identidade dos HUFs, já que impactava consideravelmente as relações de poderes entre os hospitais, as universidades e a empresa que seria criada. Apesar das discussões, o projeto seguiu para a Câmara, perdendo sua validade em 2011, sem a devida avaliação pelo Senado. Nesse contexto, considerando ainda a necessidade de solução para o problema ora enfrentado, foi apresentado novamente outra exposição de motivos pelos mesmos ministérios (Educação e Planejamento, Orçamento e Gestão), dessa vez pela então Presidenta da República, Dilma Rousseff, a EMI de nº 00127/2011/MP/MEC, cujo teor tratava da mesma matéria, a criação da EBSERH. Diante disso, a Presidenta emitiu mensagem ao Congresso Nacional, nº 236, em que

submetia o Projeto de Lei 1.749/2011, ocorrendo a sua aprovação pela Câmara e Senado. Em dezembro de 2011 houve a sanção da lei nº 12.550 de 2011, que autorizou o Poder Executivo a criar a EBSEH (Barros, 2013).

O quadro 4 apresenta alguns dos normativos criados ao longo dos anos que impactaram consideravelmente as atuações dos HUs.

Quadro 4 - Normativos relacionados aos hospitais universitários

Normativo	Assunto
Portaria Interministerial MEC/MPAS nº 15/1987	Estabelecimento de um Índice de Valorização de Desempenho (IVD), para os Hospitais Universitários e de Ensino, no âmbito do Convênio MEC/MPAS
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.
Portaria MS/SNAS nº 15, de 08 de janeiro de 1991	Extinção do Índice de Valorização de Desempenho (IVD). Criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS.
Portaria MEC/GM nº 375, de 04 de março de 1991	Estabelece conceituação de hospital de ensino
Portaria MS/MEC nº 01, de 16 de agosto de 1994	Dispõe sobre a alteração dos itens que classificam os hospitais de ensino
Portaria Interministerial MEC/MS nº 22 de 11 de janeiro de 1999	Dispõe sobre a efetivação de créditos do Sistema Único de Saúde - SUS a Hospitais Universitários vinculados no Ministério da Educação
Portaria Interministerial nº 562/MS-MEC-MCTMPOG, de 12 de maio de 2003	Criação da Comissão Interinstitucional para avaliar e diagnosticar a situação dos Hospitais Universitários e de ensino no Brasil, reorientar e formular uma nova política para o setor
Portaria Interministerial MEC/MS nº 1000 de 15 de abril de 2004	Dispõe sobre a certificação de Hospital de Ensino.
Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.005 de 27/05/2004	Elenca os documentos para verificação do cumprimento dos requisitos obrigatórios relacionados aos incisos I a XVII do art. 6º da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004.
Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.006 de 27 de maio de 2004	Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS.
Portaria GM/MS nº 1.702, de 17 de agosto de 2004	Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências
Portaria GM/MS nº 2.352, de 26 de outubro de 2004	Regulamenta a alocação dos recursos financeiros destinados ao processo de contratualização constante do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências
Portaria interministerial MEC/MS nº 2.378, de 26 de outubro de 2004	Certifica 28 unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.
Portaria GM/MS nº 775, de 24 de maio de 2005	Definir que os recursos financeiros oriundos do Ministério da Saúde referentes ao Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários
Portaria GM/MS nº 1.082 de 04 de julho de 2005	Extingue o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e a Pesquisa Universitária em Saúde - FIDEPS
Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.091 de 21 de outubro de 2005	Certifica 16 unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.

Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.400 de 02 de outubro de 2007	Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.
Portaria Interministerial n.º 41, de 8 de janeiro de 2010	Designar os membros da Comissão Interinstitucional, instituída pela Portaria Interministerial nº 40/MS/MP/MEC/MCT, de 8 de janeiro de 2010, com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e formular a política nacional para o setor.
Decreto 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.
Portaria Interministerial n.º 883, de 05 de julho de 2010	Regulamenta o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos Hospitais Universitários Federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais (Define como unidade executiva do programa a Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde – DHR).
EMI nº 00383/2010/MP/MEC	Exposição de Motivos: Projeto de Lei que autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH.
Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010	Autoriza o Poder Executivo a criar empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH.
EMI de nº 00127/2011/MP/MEC	Exposição de Motivos: Projeto de Lei que autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH.
Lei nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011	Autoriza o Poder Executivo a criar empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH.
Portaria GM/MS nº 3.410 de 30 de dezembro de 2013	Revoga a Portaria GM/MS nº 1.702, de 17 de agosto de 2004, revoga a Portaria GM/MS nº 2.352, de 26 de outubro de 2004 e estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).
Portaria Interministerial n.º 285, de 24 de março de 2015	Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE).
Decreto nº 11.674 de 30 de agosto de 2023	Institui o Programa Nacional de Qualificação e Ampliação dos Serviços Prestados por Hospitais Universitários Federais Integrantes do Sistema Único de Saúde (PRHOSUS).

Fonte: elaborado pela autora (2025)

2.1.2 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH

Considerando que o Brasil possui uma organização político-administrativa que compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, a implementação de políticas de saúde de abrangência nacional se torna complexa. Souza (2002) relata alguns fatores inerentes à área da saúde no Brasil:

Diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades, capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde (no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros) que frequentemente tensionam a estruturação de um sistema calcado na concepção de saúde como um direito de cidadania (Souza, 2002, p. 10).

Para Braga Neto et al (2012), ao considerar as reformas dos sistemas de saúde, as

mudanças pelas quais os hospitais perpassaram ao longo dos anos são bastante visíveis, de modo que tais mudanças abarcam não somente o papel da própria assistência, mas também a organização interna dos estabelecimentos:

No âmbito assistencial, mediante a incorporação de novas tecnologias e adequação do espaço físico interno, observam-se a implantação e a difusão de novas formas de prestação de cuidados – por exemplo, a cirurgia ambulatorial e o hospital-dia. Na esfera administrativa, as preocupações em torno do uso mais eficiente dos recursos disponíveis têm-se traduzido em um forte movimento em prol de uma maior profissionalização da gestão desses estabelecimentos, acompanhado pela adoção de novas técnicas e ferramentas gerenciais e de modernos sistemas de informação (Braga Neto et al, 2012, p. 577-578).

Para Lobato e Giovanella (2012), os sistemas de saúde possuem determinados componentes: a cobertura populacional, o financiamento, a força de trabalho, a rede de serviços, os insumos, a tecnologia e o conhecimento, e as organizações. No âmbito das organizações, para os autores, estas são alicerces para a condução, regulação, gestão e administração dos sistemas. Ainda ressaltam:

Todos os sistemas, mesmo os mais privatizados ou mais frágeis na presença do Estado (como alguns países africanos muito pobres, onde os serviços de saúde são quase inexistentes e dependem das agências de ajuda internacional), dispõem de organizações públicas responsáveis pelas ações de saúde (...) E como as atribuições dos sistemas são muitas e cada vez mais complexas, mesmo nos sistemas mais unificados, com administrações centralizadas, diversificam-se suas funções em mais de uma organização. O que importa para a efetividade de um sistema, na sua garantia de condições cada vez melhores de saúde para a população, é menos a diversidade de organizações e mais como elas se relacionam e em que medida são capazes de operar no sentido dessa efetividade (Lobato e Giovanella, 2012, p. 106-107).

Medici (2001) apresenta os hospitais universitários como instituições que possuem determinadas características: prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde, proporciona treinamento universitário na área da saúde, são submetidos à supervisão de autoridades e proporcionam atendimento médico de maior complexidade a uma parcela da população. Ademais, o autor menciona características levantadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), quando esta realizou um seminário internacional, em 1995, que buscou avaliar o “estado da arte” dos hospitais universitários. As características apresentadas foram: possuem um papel importante no atendimento médico de nível terciário, apresentam fortes envolvimento com atividades de ensino e pesquisa, atraem recursos físicos, humanos e financeiros em saúde, e exercem papel político importante na comunidade onde está inserido.

Diante disso, a EBSEH se apresenta como uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, que busca atender as diversas necessidades de saúde da população brasileira (oferecendo diversos tipos de ações e serviços), agregando a incorporação de tecnologias sejam elas no âmbito assistencial ou administrativo, manifestando-se suas atuações

por meio dos vários HUFs que se encontram disseminados pelas unidades da federação, os quais estão inseridos nos sistemas de saúde do país. Para além dessas características, cabe ressaltar também que as necessidades ora atendidas por essa empresa não se restringem aos aspectos de saúde da população, mas também na formação de profissionais de saúde, ou seja, a empresa se torna mais complexa na medida em que busca o cuidado do paciente, a formação multiprofissional, e o desenvolvimento de pesquisas.

Portanto, a EBSEH possui a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino, os serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, e à formação de pessoas no campo da saúde pública. Portanto, a EBSEH atua de forma complementar ao SUS, não sendo responsável pela totalidade dos atendimentos de saúde das regiões em que os hospitais estão inseridos, mas se destacando pelas atuações nos procedimentos de média e alta complexidades (Brasil, 2020a).

Dentre as atribuições da EBSEH ao gerenciar os HUFs, estão também a coordenação e avaliação das atividades desses hospitais. Nesse sentido, a EBSEH se torna uma Rede de HUFs, contando atualmente com 45 hospitais, com as mais diversas especialidades, conforme quadro 5:

Quadro 5 - Hospitais da Rede EBSEH

Universidade	Sigla Hospital	Hospital
Região Centro-Oeste		
Universidade Federal e Goiás	HC-UFG	Hospital das Clínicas
Universidade de Brasília	HUB-UnB	Hospital Universitário de Brasília
Universidade Federal de Mato Grosso	HUJM-UFMT	Hospital Universitário Júlio Muller
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	Humap-UFMS	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
Universidade Federal da Grande Dourados	HU-UFGD	Hospital Universitário da Grande Dourados
Região Nordeste		
Universidade Federal do Ceará	CH-UFC	Complexo Hospitalar composto por: Hospital Universitário Walter Cantídio e Maternidade-Escola Assis Chateaubriand
Universidade Federal de Pernambuco	HC-UFPE	Hospital das Clínicas
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Huab-UFRN	Hospital Universitário Ana Bezerra
Universidade Federal de Campina Grande	HUAC-UFCG	Hospital Universitário Alcides Carneiro
Universidade Federal de Campina Grande	HUJB-UFCG	Hospital Universitário Júlio Bandeira
Universidade Federal de Sergipe	HUL-UFS	Hospital Universitário de Lagarto
Universidade Federal da Paraíba	HULW-UFPB	Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Huol-UFRN	Hospital Universitário Onofre Lopes
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	MEJC-UFRN	Maternidade Escola Januário Cicco

Universidade Federal de Alagoas	HUPAA-Ufal	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
Universidade Federal da Bahia	Hupes-UFBA	Hospital Universitário Professor Edgar Santos
Universidade Federal da Bahia	MCO-UFBA	Maternidade Climério de Oliveira
Universidade Federal do Maranhão	HU-UFMA	Hospital Universitário da UFMA
Universidade Federal do Piauí	HU-UFPI	Hospital Universitário do Piauí
Universidade Federal de Sergipe	HU-UFS	Hospital Universitário da UFS
Universidade Federal do Vale do São Francisco	HU-Univasf	Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros
Região Norte		
Universidade Federal do Pará	CHU-UFPA	Complexo Hospitalar composto por: Hospital Bettina Ferro de Souza e Hospital João de Barros Barreto
Universidade Federal do Tocantins	HDT-UFT	Hospital de Doenças Tropicais
Universidade Federal do Amazonas	HUGV-Ufam	Hospital Universitário Getúlio Vargas
Universidade Federal de Roraima	HU-UFRR	Hospital universitário da Universidade Federal de Roraima
Universidade Federal do Amapá	HU-Unifap	Hospital Universitário da Unifap
Região Sudeste		
Universidade Federal do Rio de Janeiro	CH-UFRJ	Complexo Hospitalar composto por: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, e Maternidade Escola.
Universidade Federal de Minas Gerais	HC-UFMG	Hospital das Clínicas da UFMG
Universidade Federal do Triângulo Mineiro	HC-UFTM	Hospital das Clínicas da UFTM
Universidade Federal de Uberlândia	HC-UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
Universidade Federal Fluminense	Huap-UFF	Hospital Universitário Antônio Pedro
Universidade Federal do Espírito Santo	Hucam-Ufes	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	HUGG-Unirio	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
Universidade Federal de Juiz de Fora	HU-UFJF	Hospital Universitário da UFJF
Universidade Federal de São Carlos	HU-UFSCar	Hospital Universitário da UFSCar
Região Sul		
Universidade Federal do Paraná	CHC-UFPR	Complexo Hospitalar composto por: Hospital das clínicas e Hospital Vitor do Amaral
Universidade Federal de Pelotas	HE-Ufpel	Hospital Escola da UFPel
Universidade Federal do Rio Grande	HU-Furg	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.
Universidade Federal de Santa Maria	HUSM-UFSM	Hospital Universitário de Santa Maria
Universidade Federal de Santa Catarina	HU-UFSC	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

A adesão de um HUF à Rede EBSEH é realizada por meio de uma ferramenta administrativa: os Contratos de Gestão. Cada universidade federal que possui hospital universitário pode contratar a EBSEH para gerenciar o HUF em busca da melhoria da gestão dessa unidade hospitalar. Assim, para haver essa adesão é necessário a formalização desse Contrato de Gestão que disciplina as obrigações de ambas as partes, com indicadores e metas, prazos de execução de atividades, e uma sistemática de acompanhamento e avaliação das atividades pactuadas (Brasil, 2025a). Nesse contexto, a implementação de um hospital

universitário deve estar integrada ao planejamento loco regional de saúde, com a participação coordenada dos três entes federados, o município, o estado e a União, de modo a articular com as demandas acadêmicas da universidade vinculada.

No âmbito do seu financiamento, é necessário considerar que a EBSEH é uma empresa pública dependente, vinculada ao MEC, estando, portanto, seu capital social integralmente sob propriedade da União (Brasil, 2011a). Assim, os recursos da EBSEH são:

Art. 8º Constituem recursos da EBSEH:

I - recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União;

II - as receitas decorrentes:

a) da prestação de serviços compreendidos em seu objeto;

b) da alienação de bens e direitos;

c) das aplicações financeiras que realizar;

d) dos direitos patrimoniais, tais como aluguéis, foros, dividendos e bonificações; e

e) dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais;

III - doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado; e

IV - rendas provenientes de outras fontes (Brasil, 2011a).

Nesse contexto, a forma de financiamento da EBSEH recai sobre:

- a) Orçamento específico da EBSEH previsto na Lei Orçamentária Anual (LOA), que faz parte do orçamento geral do Ministério da Educação (consta no volume V da LOA de cada exercício, alocado na Unidade Orçamentária da EBSEH, identificada pelo código nº 26443);
- b) Demais aportes orçamentários do MEC destinados aos HUFs por previsão em LOA ou descentralização de créditos, que contemplam principalmente o financiamento da folha de servidores estatutários (Lei nº 8.112/90), concursados pelas universidades que atuam nos hospitais, o pagamento das bolsas de residência médica e multiprofissional, além de outros aportes eventuais;
- c) Aportes orçamentários do Ministério da Saúde destinados à EBSEH por descentralização de crédito, decorrentes dos Instrumentos Formais de Contratualização junto aos gestores locais de saúde (ou seja, Convênio/contratualização com o Gestor SUS, com base na produção assistencial realizada pelos hospitais (Brasil, 2024a));
- d) Alguns programas específicos que podem ser citados são o REHUF (Brasil, 2010) e o Programa Nacional de Qualificação e Ampliação dos Serviços Prestados por Hospitais Universitários (PRHOSUS), instituído por meio do Decreto 11.674, de 30 de agosto de 2023, (Brasil, 2023). Ademais, há também a descentralização de créditos por meio do Fundo Nacional de Saúde (Brasil, 2012).
- e) Emendas Parlamentares (Brasil, 2024a);

f) Fonte Própria (Brasil, 2024a).

Diante disso, para o alcance da sustentabilidade financeira da empresa, foi instituído o Acordo Organizativo de Compromissos (AOC), entre a Administração Central e cada HUF da Rede EBSEH. O objetivo do AOC é proporcionar condições materiais e institucionais para que cada hospital da rede EBSEH possa aprimorar suas atividades relacionadas ao ensino, pesquisa, inovação, extensão e saúde no âmbito do SUS (Brasil, 2024b). Esse instrumento também estabelece compromissos e obrigações das partes, os tetos orçamentários previstos e os valores planejados para a estruturação física e tecnológica, bem como indicadores e metas para cada HUF. Assim são descritos os valores a serem descentralizados pela Administração Central a cada hospital, com base no orçamento disponível e as necessidades relatadas.

Nesse contexto, o quadro 6 apresenta os valores previstos nos AOC dos HUFs da Rede EBSEH para o ano de 2025, considerando o teto orçamentário previsto em sua totalidade de receitas (corrente e capital):

Quadro 6 - Valor de repasse pelo AOC aos Hospitais da Rede EBSEH

Sigla Hospital	Hospital	Qtd. Leitos	Valor de Repasse
Região Centro-Oeste			
HC-UFG	Hospital das Clínicas	279	R\$ 76.064.540,73
HUB-UnB	Hospital Universitário de Brasília	239	R\$ 126.091.183,56
HUJM-UFMT	Hospital Universitário Júlio Muller	105	R\$ 81.883.815,44
Humap-UFMS	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	203	R\$ 86.808.250,74
HU-UFOD	Hospital Universitário da Grande Dourados	183	R\$ 84.960.295,84
Região Nordeste			
CH-UFC	Complexo Hospitalar composto por: Hospital Universitário Walter Cantídio e Maternidade-Escola Assis Chateaubriand	383	R\$ 189.317.175,87
HC-UFPE	Hospital das Clínicas	276	R\$ 109.536.676,87
Huab-UFRN	Hospital Universitário Ana Bezerra	62	R\$ 26.274.319,63
HUAC-UFCG	Hospital Universitário Alcides Carneiro	131	R\$ 36.408.296,41
HUJB-UFCG	Hospital Universitário Júlio Bandeira	49	R\$ 9.607.383,90
HUL-UFS	Hospital Universitário de Lagarto	104	R\$ 60.621.134,40
HULW-UFPB	Hospital Universitário Lauro Wanderley	169	R\$ 212.048.669,88
Huol-UFRN	Hospital Universitário Onofre Lopes	241	R\$ 123.922.659,76
MEJC-UFRN	Maternidade Escola Januário Cicco	130	R\$ 43.047.755,35
HUPAA-Ufal	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes	200	R\$ 71.011.864,29
Hupes-UFBA	Hospital Universitário Professor Edgar Santos	262	R\$ 144.576.796,39
MCO-UFBA	Maternidade Climério de Oliveira	66	R\$ 34.034.032,44
HU-UFMA	Hospital Universitário da UFMA	427	R\$ 185.618.682,82

HU-UFPI	Hospital Universitário do Piauí	197	R\$ 84.526.313,95
HU-UFS	Hospital Universitário da UFS	134	R\$ 77.833.723,38
HU-Univasf	Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros	148	R\$ 73.763.157,92
Região Norte			
CHU-UFPA	Complexo Hospitalar composto por: Hospital Bettina Ferro de Souza e Hospital João de Barros Barreto	264	R\$ 117.732.935,54
HDT-UFT	Hospital de Doenças Tropicais	49	R\$ 12.824.809,89
HUGV-Ufam	Hospital Universitário Getúlio Vargas	113	R\$ 63.594.503,03
HU-UFRR	Hospital universitário da Universidade Federal de Roraima	115	R\$ 51.169.383,55
HU-Unifap	Hospital Universitário da Unifap	90	R\$ 51.217.610,78
Região Sudeste			
CH-UFRJ	Complexo Hospitalar composto por: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, e Maternidade Escola.	331	R\$ 178.189.804,62
HC-UFMG	Hospital das Clínicas da UFMG	445	R\$ 266.682.271,20
HC-UFTM	Hospital das Clínicas da UFTM	300	R\$ 160.580.627,12
HC-UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	508	R\$ 262.677.173,58
Huap-UFF	Hospital Universitário Antônio Pedro	199	R\$ 112.523.381,21
Hucam-Ufes	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes	240	R\$ 128.247.410,33
HUGG-Unirio	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	152	R\$ 49.986.515,09
HU-UFJF	Hospital Universitário da UFJF	114	R\$ 235.396.877,11
HU-UFSCar	Hospital Universitário da UFSCar	81	R\$ 53.131.796,22
Região Sul			
CHC-UFPR	Complexo Hospitalar composto por: Hospital das clínicas e Hospital Vitor do Amaral	409	R\$ 212.048.669,88
HE-Ufpel	Hospital Escola da UFPel	168	R\$ 88.341.080,77
HU-Furg	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.	205	R\$ 37.389.142,42
HUSM-UFMS	Hospital Universitário de Santa Maria	380	R\$ 217.958.266,26
HU-UFSC	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago	226	R\$ 106.270.339,12
Totais:		8.377	R\$ 4.343.919.327,29

Fonte: Elaborado pela autora com base nos resultados da pesquisa (2025)

2.1.3 Direção hospitalar: a função e competências

Maximiano (2004) apresenta os dirigentes como protagonistas do processo administrativo, sendo responsáveis pelo trabalho de outros funcionários nas organizações. Mintzberg (1973), em sua pesquisa, analisou as atividades comuns aos gerentes e consolidou essas atividades em 3 categorias, aglutinando neles papéis desempenhados pelos dirigentes. Para o autor, papéis seria um conjunto de comportamentos que pertencem a uma função ou

posição. Ressalta, contudo, que a personalidade individual do dirigente pode afetar a forma como a função/papel é desempenhado, porém, não o fato dela ser desempenhada.

Nesse contexto, para Mintzberg (1973) as atividades gerenciais podem ser divididas em três categorias, que possuem determinadas atividades dentro delas. O quadro 7 sintetiza os papéis gerenciais defendidos pelo autor:

Quadro 7 - Papéis Gerenciais por Mintzberg

Categorias	Papéis
Interpessoais: Representam as relações com outras pessoas e organizações. Demonstra como o administrador interage com as pessoas e influencia seus subordinados	Líder de Proa/Representação Dirigente atua como representante da organização: assina documentos, participa de cerimônias etc.
	Líder/Liderança Envolve habilidades interpessoais de influência, seja com os colaboradores, parceiros, ou outros atores. Atua motivando, orientando, e demais atuações relacionadas com a liderança.
	Ligação Representa os relacionamentos que o dirigente deve possuir e manter, vinculando sua equipe com outras e fazendo o intercambio de informações.
Informacionais: Representam as atividades de manutenção e desenvolvimento de uma rede de informações dentro e fora da organização.	Monitor O dirigente recebe ou procura informações que lhe permitem conhecer e entender a situação da organização. Envolve capacidade de lidar com muitas informações.
	Disseminador Atuação de expandir e publicitar as informações para os colaboradores da organização.
	Porta-voz Relacionado a transmissão de informações de dentro para fora da organização, seja para a sociedade, fornecedores, dentre outros.
Decisorial: Demonstram situações que o dirigente deve fazer uma escolha, elucidando como o gestor utiliza a informação, ou ausência dela, em suas decisões.	Empreendedor O dirigente é planejador das mudanças controladas pela organização. São mudanças almejadas pelo próprio dirigente. Inicia projetos, identifica novas ideias etc.
	Controlador de distúrbios/Solução de conflitos Atuação do dirigente frente a eventos imprevistos, crises ou conflitos. Toma ação corretiva, adapta o grupo a crises e mudanças etc.
	Administrador de recursos Envolve atuações relacionadas a três elementos essenciais: administrar o próprio tempo, programar o trabalho do subordinado, e autorizar decisões de terceiros. Os recursos a serem administrados, não são apenas financeiros.
	Negociador Atuação relacionada a negociações que fogem da rotina, seja com outras organizações ou indivíduos.

Fonte: Mintzberg (1973); Maximiano (2004)

No âmbito hospitalar, Banaszak-Holl et al (2012) apresentam que os resultados de desempenho na área da saúde são classificados em três categorias principais: relacionados ao paciente, a equipe e a gestão. No âmbito da gestão, estão relacionados nessa categoria os indicadores de desempenho frente a produtividade, eficácia, e desempenho financeiro. Posto isso, para os autores, há forte ligação entre a liderança e os resultados de gestão.

Quatro são as áreas de competências abordadas como essenciais para a liderança eficaz no setor de saúde: conhecimento do setor, habilidades técnicas, habilidades analíticas/conceituais e habilidades interpessoais/de comunicação (Banaszak-Holl et al, 2012). O quadro 8 apresenta uma síntese dessas competências.

Quadro 8 - Competências das lideranças em saúde por Banaszak-Holl

Competência Central	Descrição
Conhecimento do setor	Conhecimento do sistema de saúde e do ambiente em que as organizações de saúde operam
Habilidades técnicas	Capacidade de aplicar os princípios e disciplinas essenciais de gestão, tais como finanças, operações, marketing, recursos humanos, planejamento estratégico etc.
Habilidades analíticas/conceituais	Capacidade de organizar, manipular e usar dados, informações e conhecimentos para avaliar situações, identificar cursos alternativos de ação, e atingir objetivos.
Habilidades interpessoais/de comunicação	Capacidade de estabelecer, manter e facilitar interações construtivas com indivíduos dentro das equipes. Necessário para interações construtivas é a capacidade de se comunicar de forma clara e persuasiva, verbal e escrito com públicos diversos.

Fonte: Banaszak-Holl et al (2012)

Ao considerar o setor de saúde no Brasil, Silveira e Villardi (2022) desenvolveram um estudo de levantamento das competências para os gestores de hospitais brasileiros. Para tanto, utilizaram de uma abordagem metodológica de revisão integrativa de literatura nas variadas bases de estudo (Spell, scielo, Lilacs, Scopus e Medline). Como resultado, os autores evidenciaram as competências mais frequentes apresentadas nos trabalhos analisados. O quadro 9 apresenta um esboço dos resultados encontrados pelos autores:

Quadro 9 - Competências gerenciais dos gestores hospitalares brasileiros

Competências Gerenciais dos Gestores Hospitalares Brasileiros				
Análise de informações com pensamento crítico	Apresentação de ideias	Constituição e manutenção de uma base de poder	Estabelecimento de metas e objetivos	Gerenciamento do tempo e do estresse
Monitoramento do desempenho individual	Gerenciamento de projetos	Gerenciamento do desempenho e processos coletivos	Gerenciamento multidisciplinar	Uso de um processo decisório participativo
Gerenciamento de conflitos	Tomada de decisão	Relacionamento interpessoal	Comunicação eficaz	Planejamento e organização
Compreensão de si próprio e dos outros	Desenvolvimento da equipe	Gerenciamento da mudança	Liderança	Atualização profissional

Fonte: Adaptado de Silveira e Villardi (2022)

No âmbito da EBSEH, frente aos hospitais universitários, a gestão hospitalar é desenvolvida pelo Superintendente e os Gerentes administrativo, de atenção à saúde e de ensino e pesquisa. Nas atuações do Superintendente, a portaria nº 125, de 11 de dezembro de 2012 disciplina as competências deste gestor em 4 categorias: gestão administrativa, gestão orçamentária e financeira, gestão de pessoas e gestão documental. Cada categoria apresenta atuações eminentemente administrativas, tais como exercer funções de ordenador de despesas, no âmbito da gestão administrativa, elaborar proposta orçamentária, na área da gestão orçamentária e financeira, gerenciar a força de trabalho do hospital, no âmbito da gestão de pessoas, e proceder com o acompanhamento documental, no âmbito da gestão documental (EBSEH, 2012).

Na EBSEH não são apresentadas quais competências necessárias um profissional deve possuir para ser designado Superintendente. São descritas, contudo, as competências essenciais para os gestores de maneira geral, conforme quadro 10.

Quadro 10 - Competências gerenciais para gestores na EBSEH

Competência	Conhecimentos, Habilidades e Atitudes Essenciais	
Tomada de decisão	Negociação	Celeridade
	Análise de contexto e riscos	Objetividade
	Assertividade	Orientação para resultados
Gestão de Processos	Planejamento estratégico	Técnica de elaboração e monitoramento de metas e indicadores
	Foco em resultados	Planejamento e gestão de processos
Liderança	Estilos e liderança	Gestão de equipes para resultados
	Comunicação não-violenta	Técnicas de feedback e reconhecimento
	Tolerância	Inteligência emocional
Relacionamento com <i>stakeholders</i>	Políticas, valores e diretrizes organizacionais	Zelo pela imagem institucional
	Equilíbrio emocional	Segurança de suas ações
Planejamento participativo	Empatia e agregação de equipes	Delegação de tarefas
	Gestão de conflitos	Priorização das ações
Negociação e Resolução de Conflitos	Estilos de Negociação	Estabelecimento de parcerias estratégicas
	Desenvoltura	Perseverança

Fonte: EBSEH (2024a, p. 49)

Diante disso, depreende-se que as competências relatadas no quadro 10 pela EBSEH, também são consideradas no âmbito da função de Superintendente. Nesse contexto, consta no regimento interno da empresa, as diretrizes relacionadas ao cargo de Superintendente:

- a) Serão indicados pelo (a) Reitor (a) da Universidade vinculada (considerando critérios de titulação acadêmica e comprovada experiência em gestão na área da saúde);

- b) Terão mandato de 4 anos, prorrogável por mais 4 anos (após ultima prorrogação, a nova indicação para ocupar o mesmo cargo ficará vedada até o cumprimento de um interstício de 2 anos, sendo possível, contudo, a ocupação de outros cargos de direção ou chefia no mesmo HUF, ou HUF diverso) (EBSERH, 2025a).

Contudo, apesar de gerenciar os HUFs de maneira centralizada, os hospitais da Rede EBSERH apresentam características de atuação distintas. Um exemplo claro recai justamente no âmbito de designação dos Superintendentes hospitalares, uma vez que apesar de haver essa previsão de que a designação desse gestor incida sobre a competência da Universidade vinculada, hospitais da Rede EBSERH aderiram a uma metodologia de consulta à comunidade.

O complexo hospitalar das clínicas (CHC-UFPR), no ano de 2025, realizou consulta à comunidade para escolha do novo Superintendente. Adotou critérios de elegibilidade para os candidatos, tais como: possuir título de doutor, ser do quadro ativo da área de ciências da saúde da Universidade, possuir experiência mínima de 3 anos em gestão pública no campo da saúde. Os votantes foram servidores da universidade, servidores da EBSERH, alunos dos cursos de medicina e demais área da saúde, e os residentes atuantes no complexo (Brasil, 2025b).

Além desse exemplo, tem-se também o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), que procedeu também com uma consulta pública para Superintendência da unidade hospitalar, adotando como critérios de indicação os mesmos adotados para reitoria da universidade, sendo um dos requisitos a vinculação ao quadro permanente da universidade vinculada (Brasil, 2024c).

Pelo fato de existir diversidade no modo de escolha dos Superintendentes hospitalares da EBSERH, tem-se a possibilidade desses atores possuírem desenvolvimentos diferentes daqueles demandados pela organização e/ou até mesmo pela própria comunidade, seja ela hospitalar, acadêmica e/ou social. Diante disso, considerando as funções que são desempenhadas pelos gestores, conforme defendido por Mintzberg (1973), as habilidades e conhecimentos necessários dos gestores da área da saúde defendidos por Banaszak-Holl et al (2012), e as competências elencadas por Silveira e Villardi (2022) no âmbito do setor hospitalar brasileiro, os Superintendentes da EBSERH desempenham atuações que vão além de atividades técnicas elencadas na portaria nº 125, de 11 de dezembro de 2012.

Dessa forma, as atuações desses atores influenciam diretamente os HUFs, e consequentemente toda a Rede EBSERH. Nesse cenário, para uma análise organizacional no contexto da EBSERH, pode-se levar em consideração as percepções desses agentes públicos, uma vez que ocupam posições de liderança e exercem o mais alto nível de gestão nos hospitais

da Rede. Suas decisões e ações têm impacto direto tanto no funcionamento interno de cada hospital quanto na Rede EBSEH como um todo.

2.2 ANÁLISE INSTITUCIONAL: EVOLUÇÃO

Para Hodgson (2006) não é possível realizar qualquer análise empírica ou teórica sobre instituições ou organizações sem ao menos haver uma concepção adequada do que seriam ambas.

Nesse sentido, em relação às organizações, Sobral e Peci (2013) as conceituam como grupos estruturados de pessoas que se unem para alcançar os objetivos em comum. Ou seja, para os autores, as organizações na realidade surgem para proporcionar o alcance de metas que seriam impossíveis de serem atingidas se os indivíduos atuassem separadamente, considerando a complexidade das tarefas inerentes ao trabalho.

Em outra visão, Selznick (1957) apresenta a organização como um instrumento técnico que mobiliza energia humana e a direciona para o alcance dos objetivos propostos. Portanto, trata-se de um sistema de atividades conscientes e coordenadas.

Quanto às instituições, Selznick (1957), descreve-as como um produto das necessidades e pressões sociais, se tornando um organismo responsivo e adaptável. Para Hodgson (2006), o conceito gira em torno das interações sociais. Assim, as instituições seriam como sistemas de relações sociais estabelecidas e prevalentes que estruturariam as relações. Por exemplo, a linguagem, o dinheiro, as leis, os modos à mesa, e algumas organizações seriam instituições. Melges et al (2019) construiu um quadro conceitual apresentando os principais conceitos de instituição abordados por diferentes autores, conforme quadro 11:

Quadro 11 - Conceitos de instituição

Autor	Conceito
Veblen (1899)	Hábitos mentais compartilhados por determinada comunidade: o consumo para ostentação, o vestuário, a linguagem, a emulação pecuniária, as regras de gosto, crenças etc. Essas instituições são resultantes de um processo de seleção natural dos hábitos mais aptos que modelam os tipos dominantes.
Commons (1931)	Ação coletiva de controle, liberação e expansão da ação individual.
Hamilton (1932)	Modo de pensar ou de agir que possuem certa prevalência e permanência, que está incorporada nos hábitos de um grupo ou nos costumes de um povo.
North (1991)	Restrições humanamente concebidas que estruturam a interação política, econômica e social.
Theret (2003)	Mediações entre as estruturas sociais e os comportamentos individuais.
Hodgson (2006)	Sistema de regras sociais estabelecidas e predominantes que estruturam as interações sociais. Linguagem, dinheiro, leis, sistemas de pesos e medidas, maneiras à mesa e as firmas (e outras organizações).

Ostrom; Ahn (2007)	Prescrições que especificam quais ações (ou resultados) são necessárias, proibidas ou permitidas e quais sanções devem ser aplicadas caso tais regras não sejam seguidas.
--------------------	---

Fonte: Melges et al, 2019.

Algumas instituições são consideradas formais, tais como regras constitucionais, e outras informais, tais como as regras culturais. Nesse sentido, as instituições tornam-se atuantes nos aspectos de interação social, uma vez que a sua ausência impossibilitaria a constituição de organizações, da política organizada, e até mesmo da comunicação, já que os indivíduos seriam obrigados a ‘criar’ uma forma de comunicação toda vez que fosse interagir com outro indivíduo. Assim, ao estudar as instituições, perpassa-se por aspectos sociais, haja vista que o institucionalismo possibilita examinar as maneiras que as instituições estruturam e moldam o comportamento social e político (Steinmo, 2015).

Portanto, depreende-se que ao estudar as instituições, o pesquisador também está estudando a sociedade em suas ações. Nesse contexto, Hodgson (2006), apresenta as instituições como duráveis sistemas de regras sociais estabelecidas e incorporadas que estruturam as interações sociais, ou seja, são um sistema de regras sociais. Não simplesmente regras, mas sim, regras sociais, pois esse conceito acomoda a informalidade de todo comportamento estruturado e durável.

O termo ‘regra’ pode ser amplamente compreendido como uma norma que é socialmente transmitida e costumeira. Assim, incluem normas de comportamentos e convenções sociais que podem ser transmitidas socialmente ou culturalmente, com potencial conteúdo normativo. Uma regra pode ser considerada, reconhecida ou seguida sem muito esforço, uma vez que a transmissão social de comportamentos e convenções significa uma replicação de tais regras, no contexto de uma cultura socialmente desenvolvida (Hodgson, 2006).

Ao considerar que as instituições são um sistema de regras socialmente incorporado, fica evidente que as organizações são um tipo especial de instituição, com algumas características adicionais: envolvem critérios para o estabelecimento de seus limites e para distinguir os seus membros daqueles que não o são; apresentam relações de subordinação entre os membros, ou seja, uma hierarquia; existem cadeias de comando que delineiam as responsabilidades dentro das organizações, dentre outros (Hodgson, 2006).

Ao tratar as organizações como atores sociais, reconhece-se um potencial conflito interno dentro da própria organização, haja vista a sua constituição por atores com expectativas diferentes (Hodgson, 2006). Dessa forma, ao tratar a organização como um ator social, abstrai-se os conflitos internos, para tratamento como apenas um ator/jogador no sistema institucional,

porém a abstração não se deve tornar um princípio fixo, de modo que bloqueie as considerações dos conflitos internos de sua própria estrutura.

Portanto, remetemo-nos aos estudos de Zucker (1987), que adota uma abordagem de explicação, ao apresentar uma organização como instituição. A autora defende que os elementos institucionais podem surgir dentro da própria organização ou quando ela atua imitando outras organizações semelhantes, e não, exclusivamente surgidos do poder ou processos coercitivos do Estado. Para a autora, os atos e estruturas das organizações são mais facilmente institucionalizados do que aqueles inseridos em estruturas alternativas de coordenação social. Dessa forma, as organizações se tornam fontes de institucionalização de novas ações, e diante de elementos institucionalizados, elas podem propagar outros elementos como forma de legitimidade de suas ações. Assim, os elementos institucionais acabam por ser facilmente transmitidos para os recém-chegados e mantidos por longos períodos, alguns até sem justificativas ou elaborações adicionais, ocasionando até resistências à mudança.

Nesse contexto, Zucker (1987) reforça que a estabilidade resultante da institucionalização aumenta a eficácia organizacional, quando vinculada aos objetivos da organização, de modo a criar rotinas que reduzem os custos de busca e avaliação. Contudo, a estabilidade pode diminuir a eficácia se algumas formas mais eficientes de estruturação forem ignoradas, ou até mesmo despercebidas. Assim, a autora apresenta três princípios:

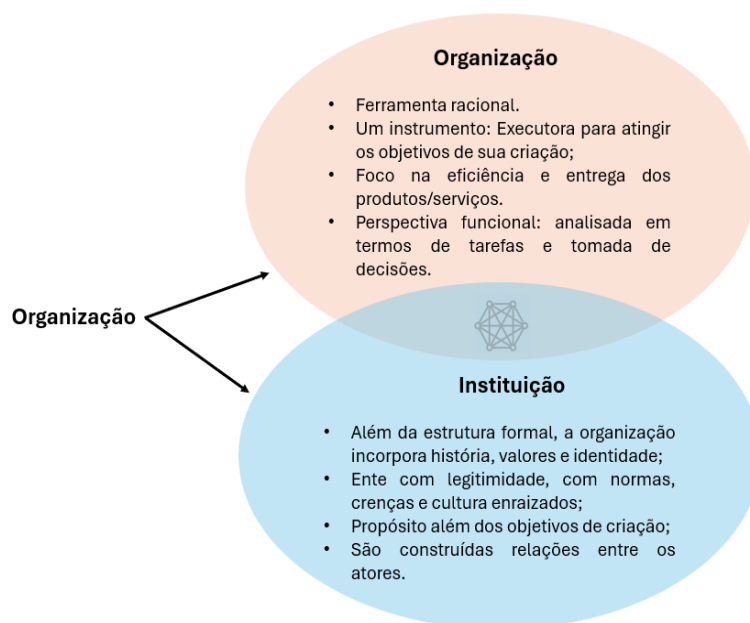
- a) Os elementos institucionais surgem principalmente de processos de pequenos grupos ou de outras organizações;
- b) A estrutura organizacional é formalizada e processos organizacionais tendem a ser institucionalizados;
- c) A institucionalização aumenta a estabilidade, proporcionando rotinas que aprimoram o desempenho organizacional, exceto quando alternativas mais eficientes são ignoradas.

As organizações envolvem estruturas ou redes, e estas não podem funcionar sem regras de comunicação, pertencimento ou hierarquia. A existência inevitável de regras dentro das organizações significa que devem ser consideradas um tipo de instituição. Afinal, os agentes individuais agem dentro do sistema de regras organizacionais. Por sua vez, sob algumas condições, as organizações podem ser tratadas como atores dentro de outros sistemas de regras e instituições abrangentes. São vários níveis, nos quais as organizações fornecem regras institucionais para os indivíduos, e possivelmente, por sua vez, essas organizações também podem ser tratadas como atores dentro de uma esfera mais ampla de quadros institucionais (Hodgson, 2006).

Nesse contexto, essa distinção remete apenas a uma questão de análise e não de descrição direta, pois se trata de misturas complexas de comportamento e ações. Por exemplo, quando se estuda uma organização sob a ótica de uma instituição, o foco de análise recai sobre a história e a forma que ela foi influenciada pelo ambiente social, como ela se adapta aos centros de poder existentes na comunidade, de quais estratos sociais seus líderes são extraídos e como isso afeta os caminhos da organização, dentre outros (Selznick, 1957). Portanto, ao abordar uma visão de instituição frente a uma organização, é possível analisar os problemas e experiências que não seria adequadamente abordadas numa análise administrativa restrita.

Diante disso, depreende-se que quando uma organização atua de fato como organização, ela se apresenta mais tecnicamente e até mesmo como um instrumento de ação. Porém, ao ver uma organização como instituição, é possível vislumbrar para além das atuações técnicas, mas também a história, valores, cultura, relações sociais externas e até mesmo internas na própria organização. A figura 2 ilustra essa percepção.

Figura 2 - Diagrama da Organização como organização e instituição



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Diante desse cenário, remete-se aos estudos das instituições com algumas escolas de pensamento institucionalista: um considerado o velho institucionalismo, cujo trabalho foi base para as ciências sociais entre a segunda metade do século XIX e a primeira do século XX, e o novo institucionalismo, que emergiu após a segunda Guerra Mundial (Peters, 2003). O hiato

entre as duas abordagens foi marcado pelo behaviorismo (comportamentalismo), cujo enfoque estava centrado nos comportamentos individuais dos atores (Immergut, 2006).

2.2.1 Institucionalismo

No âmbito das análises das instituições, os estudos são tão antigos que remontam à época de Aristóteles (384 a.C.-322 a.C.), com sua análise das constituições atenienses, posteriormente sistematizadas com o contratualismo moderno de Locke (1632-1704), e em seguida aprimoramentos de Montesquieu (1689-1755). Outros atores protagonizaram a valorização das instituições, tais como Tocqueville (1805-1859) que realçou a importância das instituições sociais e políticas como variáveis explicativas da Democracia dos Estados Unidos. No âmbito da sociologia, as instituições também passaram a ser unidade de análise por alguns autores, tais como Émile Durkheim (1858-1917), que passou a considerar as instituições sociais em suas análises, cogitando-as em termos estáticos e termos históricos (Peres, 2008).

Para Carvalho et al (1999), ao citar Chanlat (1989), o enfoque institucional foi desenvolvido considerando três orientações distintas: a econômica, a política e a sociológica. Na orientação econômica, o foco era colocar em evidência os aspectos que ficaram relegados na própria teoria econômica, que seriam as instituições econômicas, tais como as empresas, os mercados, as relações contratuais, etc. Ou seja, houve a introdução da estrutura social como um fator determinante dos processos econômicos (Carvalho et al, 2012).

No âmbito da orientação política, o foco inicial estava centrado no direito constitucional e na filosofia moral, de modo a direcionar atenção aos aspectos legais e normativos das estruturas governamentais (Carvalho et al, 1999). Ademais, os estudos estavam voltados para análises das leis de cada nação com o propósito de alterá-las com base em princípios frutos do pensamento racional, de modo a considerar os efeitos de melhor e pior, de vantagens e desvantagens dos modelos constitucionais, para o alcance dos objetivos nobres para a humanidade. Assim, nessa área, a preocupação estava centrada em estabelecer modelos prescritivos de concepção constitucional, considerando uma visão normativa do que deveria ser, em detrimento da análise de dados empíricos da dinâmica real dos atores sociais (Peres, 2008).

Considerando a terceira orientação, a sociológica, tem-se o destaque nos sistemas simbólicos, de conhecimento, de crença e da autoridade moral, tendo como um dos principais influenciadores Émile Durkheim (Carvalho et al, 1999). Assim, essa vertente sociológica apresenta a relação organização e ambiente como centro de análise (Carvalho et al, 2012).

Assim, depreende-se que cada vertente oferece entendimentos dos fenômenos sociais no âmbito da abordagem institucional, considerando seus respectivos âmbitos de conhecimento e trabalho. Desse modo, para além dessas orientações, algumas outras características do velho institucionalismo moldaram as abordagens metodológicas de outrora, as quais estavam ancoradas em outras linhas teóricas subjacentes. Peters (2003) apresenta algumas delas, conforme apresentado no quadro 12:

Quadro 12 - Características relacionadas ao institucionalismo

Teorias subjacentes	Característica do velho institucionalismo
Legalismo	A lei ocupa o papel central na atividade governamental: a lei é o elemento fundamental do exercício do poder; é a estrutura fundamental do setor público para influenciar o comportamento dos cidadãos.
Estruturalismo	A estrutura determina o comportamento social, de modo a modificar os acontecimentos governamentais. Baseava-se nos termos constitucionais e formais, sem, contudo, elaborar conceitos que pudessem captar outros aspectos estruturais de um sistema, tais como o corporativismo ou o societarismo.
Holismo	Os estudos comparativos se sobressaíam de maneira a possibilitar o exame dos sistemas integrados, em detrimento de análises de instituições individuais. Assim, tendia-se a uma análise comparativa entre os descritivos dos países, em vez dos países em si, ou seja, sem um confronto direto com a realidade dos outros meios.
Historicismo	Para compreender a maneira como a política era praticada em determinado país, o estudioso deveria investigar o desenvolvimento que havia sido produzido naquele sistema. Portanto, a análise dos sistemas era introduzida no desenvolvimento histórico, cultural e socioeconômico. Ademais, a função da história coletiva estava centrada na compreensão do comportamento individual, que estava voltada para o comportamento das elites. Portanto, as ações do Estado influenciavam a sociedade na mesma medida em que a sociedade moldou o Estado.
Análise normativa	Forte preocupação com as normas e os valores. Assim, as declarações descritivas institucionalistas centravam-se nas normativas do que seria um 'bom governo'.

Fonte: Adaptado de Peters (2003)

Entretanto, esses modelos se apresentavam de maneira formalista e normativa, e não estavam sendo suficientes para explicar novos fenômenos políticos que surgiram a partir da década de 1930, tais como o nazismo, o fascismo, as crises do liberalismo e da representação política, etc. Desse modo, após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), os estudos passaram a focalizar a dinâmica empírica da política, de modo a incorporar técnicas de análises estatísticas e abranger mais países (Peres, 2008).

Portanto, o foco em análises empíricas dos anos 1930 proporcionou a ocorrência de uma abordagem essencialmente comportamentalista: a ênfase passa a ser a análise do comportamento do indivíduo, havendo um deslocamento de atenção das estruturas e normas para o próprio comportamento (Carvalho et al, 2012).

2.2.2 Comportamentalismo

Os estudiosos há tempos se interessavam pelas instituições. Entretanto, nas ciências sociais, as abordagens eram mais descritivas do que analíticas. Nos anos posteriores à Segunda Guerra Mundial, cientistas buscaram tornar o estudo mais ‘científico’, de modo a descobrir as leis e as forças fundamentais que moldam a ação. Nessa esteira, as perspectivas behavioristas, funcionalistas e marxistas tomaram a liderança na construção de teorias das ciências sociais durante as décadas de 1960 e 1970. A visão funcionalista estava centrada na ideia de que as instituições eram vistas como organizações criadas para atender às necessidades sistêmicas da sociedade. Na visão dos behavioristas e marxistas, as instituições eram interpretadas como arenas nas quais batalhas políticas eram travadas. Entretanto, nenhuma das perspectivas teóricas atentou-se para a estrutura ou o caráter das próprias instituições (Steinmo, 2015).

Desse modo, tem-se o comportamentalismo. O termo comportamentalismo é na realidade uma tradução de behaviorismo, abordagem cujo enfoque defende a utilização de métodos mais científicos e objetivos, de forma a abandonar especulações subjetivas. Portanto, a adoção desse paradigma mostrou-se como um movimento de rejeição ao institucionalismo (Peres, 2008).

Para além da rejeição dos aspectos formalistas e a necessidade de maior cientificidade nos estudos, o surgimento do comportamentalismo também está atrelado a outros fatores, tais como: a desvalorização de trabalhos de cientistas políticos institucionalistas, pelo governo norte-americano; a incapacidade de os teóricos institucionalistas explicarem a sistemática de fenômenos como o nazismo, o fascismo e o socialismo; a inaplicação do modelo da democracia com capitalismo em países não-industrializados; e a influência de pesquisadores e teóricos europeus que passaram a atuar nas universidades americanas, proporcionando novas perspectivas analíticas, aptidões em estatística e visões multidisciplinares (Peres, 2008).

Em resumo, essa ‘revolução comportamentalista’ possui dois pontos característicos principais: posição contrária à abordagem institucionalista predominante até então, de forma a propor uma abordagem voltada para análises mais empíricas e mais rigorosas em relação aos conceitos, e uma proposta mais programática de utilização de abordagens metodológicas de outras ciências. Assim, o comportamentalismo busca uma posição de maior cientificidade e reconhecimento social. Desse modo, 6 pontos estão relacionados a essa abordagem, sendo eles: descrições mais objetivas, generalizações empíricas, presença de métodos sistemáticos e diferenciais, utilização de material empírico, quantificação e a multidisciplinariedade de teorias e metodologias (Peres, 2008).

Entretanto, essa atenção ao comportamento possibilitou perdas de detalhes institucionais, tais como: discussões normativas e filosóficas, distanciamento das subáreas consolidadas da ciência política e da teoria política, desconsideração do contexto institucional, de modo a ocasionar insuficiência analítica ao focar estritamente na ação dos indivíduos (Barbosa, 2018).

Segundo Peres (2008), assim como outras abordagens, o comportamentalismo também recebeu críticas. Basicamente, essas críticas estavam centradas nas insuficiências analíticas, relacionadas a necessidade de explicação dos fenômenos políticos, e o ecletismo teórico, cujo foco estava na multidisciplinariedade.

Nesse contexto, algumas críticas centrais foram sendo sistematizadas contra esse movimento. O quadro 13 apresenta algumas diretrizes e críticas ao movimento comportamentalista:

Quadro 13 - Diretrizes e críticas do comportamentalismo

Diretrizes Metodológicas do Comportamentalismo	Críticas ao Comportamentalismo
Somente uma Ciência Política com orientação empírica e positiva é capaz de explicar cientificamente os fenômenos políticos.	A negação de que a Ciência Política pudesse vir a ser uma ciência capaz de estabelecer leis como as ciências naturais.
O cientista político deve se ocupar apenas de fenômenos observáveis, evitando qualquer especulação dedutiva.	O comportamento seria apenas uma das dimensões do fenômeno político.
Os dados analisados devem ser quantitativos ou, então, quantificados.	A impossibilidade da quantificação de todos os dados relevantes à análise política.
A pesquisa deve ser orientada e dirigida por uma teoria conceitualmente rigorosa.	A discrepância entre as pretensões teóricas do comportamentalismo e os resultados de suas pesquisas.
A análise deve ser pautada pela neutralidade axiológica.	A necessidade da adoção de algum tipo de pesquisa aplicada.
As pesquisas devem ter caráter analítico [padrões e correlações estatísticas] e não meramente descritivo.	A necessidade de comprometimento moral do pesquisador com a pesquisa realizada, o que afastaria ou pelo menos relaxaria a premissa comportamentalista da radical neutralidade axiológica.
É recomendável utilizar abordagens multidisciplinares, uma vez que a Ciência Política com tal orientação seria apenas uma das ciências do comportamento.	A necessidade de uma redução dos enfoques multidisciplinares, a fim de manter a especificidade da análise da Ciência Política.
Adoção do máximo de rigor metodológico, seguindo a lógica do sistema de inferência indutivo.	Um excesso de rigor metodológico e teórico, o que poderia levar à anulação da criatividade do pesquisador e, conseqüentemente, à estagnação teórica e metodológica [uma clara preocupação com o “contexto da descoberta” e não apenas com o “contexto da justificativa”, segundo os termos popperianos].

Fonte: Adaptado de Peres (2008)

Peres (2008) ainda esclarece que a abordagem comportamentalista entrou em crise especialmente porque não se revelou bem-sucedida teoricamente e empiricamente, considerando que suas proposições foram sendo submetidas a testes de refutações, tanto factuais quanto lógicos.

Portanto, a análise do comportamento como um dado básico foi criticado ao ponto de ser declarado insuficiente para explicar os fenômenos que estavam surgindo. Ademais, esse movimento não deixava inteiramente claro quais métodos, teorias e tópicos de pesquisa, essa análise comportamental abrangia (Immergut, 2006).

Nesse cenário, sob duras críticas, o comportamentalismo enfraqueceu e no final dos anos 1960, o paradigma institucionalista é retomado, com a premissa básica de que as instituições devem ser o centro de análise, porém com aperfeiçoamentos de forma a aderir às preocupações com a cientificidade, do comportamentalismo. Assim, surge o novo institucionalismo, ou Neoinstitucionalismo, que se apresenta como uma rejeição ao behaviorismo, contudo, aderindo a algumas de suas características, bem como uma síntese do antigo institucionalismo, ou seja, uma abordagem que condensa os dois paradigmas anteriores (Peres, 2008).

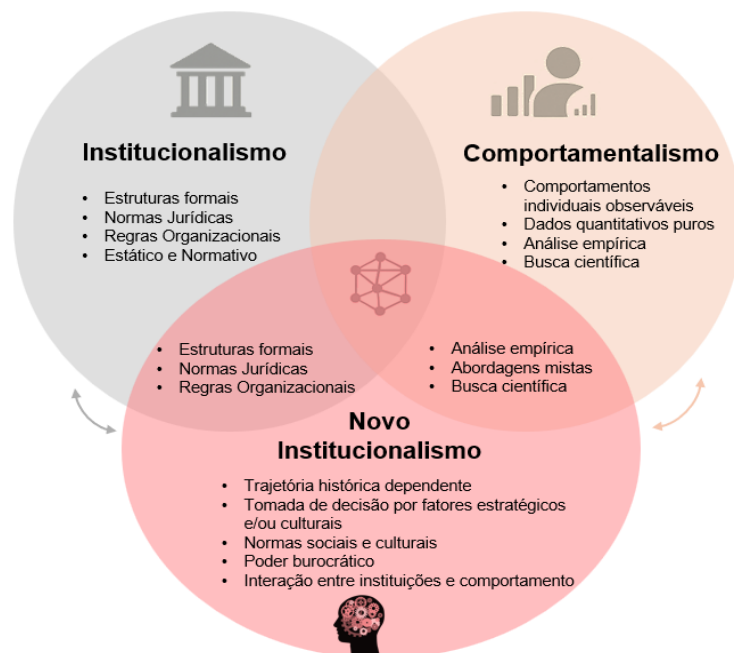
2.2.3 Neoinstitucionalismo

Para Menezes e Fonseca (2010), o novo institucionalismo se apresenta como uma perspectiva teórica que possibilita analisar fenômenos sociais, que não são possíveis de serem explicados a partir das perspectivas teóricas mais convencionais ou que não conseguiam explicar, dado o seu nível de análise, as especificidades dos fenômenos, seus processos de estruturação e funcionamento.

Os neoinstitucionalistas rejeitam a observação do comportamento como um dado básico de análise, pois não acreditam que ele seja suficiente para explicar todos os fenômenos, visão, portanto, contrária ao panorama comportamentalista. Portanto, o comportamento ocorre no contexto das instituições e só pode ser entendido nesse âmbito, pois podem existir uma série de razões pelas quais, sob um conjunto de circunstâncias, uma pessoa pode fazer escolhas (Immergut, 2006).

Nesse sentido, o Neoinstitucionalismo retoma as instituições como objeto central (institucionalismo), mas também busca o rigor metodológico, a orientação empírica e a preocupação com a cientificidade (comportamentalismo) (Peres, 2008). Nesse contexto, a figura 3 ilustra esse novo paradigma e suas características em relação aos movimentos anteriores.

Figura 3 - Diagrama dos paradigmas institucionalistas



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Peters (2003) considera que o novo institucionalismo apresenta muitas das características do velho institucionalismo, porém apresenta diversos aspectos teóricos e empíricos. Entretanto, para o autor existem fortes tensões dentro do campo, uma vez que várias abordagens buscam para si o título de Neoinstitucionalismo. Assim, o novo institucionalismo não se torna uma abordagem única, mas sim um gênero que contém diversas espécies.

Para Hall e Taylor (2003), parte dessa confusão cessa quando se considera que de fato não se trata de uma corrente única, mas multifacetada. Peters (2003), por exemplo, elenca sete versões do Neoinstitucionalismo, sendo elas: o institucionalismo normativo, o institucionalismo da escolha racional, o institucionalismo histórico, o institucionalismo empírico, o institucionalismo sociológico, o institucionalismo de representação de interesses e o institucionalismo internacional.

Hall e Taylor (2003), contudo, consideram apenas três vertentes: o Neoinstitucionalismo histórico (NH), o Neoinstitucionalismo sociológico (NS) e o Neoinstitucionalismo da escolha racional (NER). Os autores explicam que todas elas se desenvolveram como uma reação às perspectivas comportamentalistas que vigoraram nos anos 60 e 70, porém seus desenvolvimentos foram de modo independente umas das outras. É justamente na divisão defendida por Hall e Taylor (2003) que a presente pesquisa está estruturada.

Ademais, vale a pena ressaltar que as três abordagens neoinstitucionalistas partem do pressuposto de características relacionadas ao conceito de instituição. Nesse novo paradigma,

o conceito de instituição vai além daquele abordado pelo velho institucionalismo, que considera as instituições como estruturas materiais, transcendendo os aspectos normativos de regras e demais orientações legais.

Desse modo, para cada vertente neoinstitucional, uma abordagem de instituição é circundada: para o Neoinstitucionalismo da escolha racional o foco está nas regras do jogo, às quais são associadas as estruturas materiais dos cenários e aos interesses dos atores, ou seja, não seria importante o que são as instituições, mas o que elas representam. O Neoinstitucionalismo sociológico, por sua vez, considera as crenças, valores e modelos cognitivos, ou seja, para essa vertente as instituições internalizam alguns elementos culturais e princípios normativos. Já no caso do Neoinstitucionalismo histórico, a preocupação de alguns estudiosos gira em torno da visão da instituição como estruturas formais e seus impactos ao longo dos anos (Nascimento, 2009).

Entretanto, ambas vertentes abordadas por Hall e Taylor (2003) possuem um núcleo teórico comum entre elas: “todos os três ramos veem a instituição como a única e mais importante variável para a explicação da política” (Nascimento, 2009, p. 115). Immergut (2006) apresenta um esboço sintético sobre o núcleo comum do Neoinstitucionalismo, conforme demonstrado no quadro 14:

Quadro 14 - Núcleo comum do Neoinstitucionalismo

Neoinstitucionalismo	Instituição	Preferências	Agregação	Normativo
Escolha Racional	Instituições = regras de decisão	A escolha estratégica é diferente do ordenamento de preferências	Ciclo de preferências: a escolha imposta pelas instituições; Resultados são explicados por regras; Há riscos de nenhum resultado, e de resultados subótimos	Impossibilidade dos padrões normativos; O padrão utilitário surge novamente
Sociológico/Teoria das Organizações	Instituições = rotinas de processamento de informações e sistemas de classificação	A racionalidade é limitada, e as estruturas são interpretativas	Padrão de procedimentos operacionais	Rejeita o padrão utilitário; A busca pelo padrão processual é igual ao aprendizado organizacional
Histórico	Instituições = regras, procedimentos, normas e legados	Racionalidades alternativas, e a construção de interesses	Representação de interesses; Possibilidade de contestação/poder; Lógica contextual de causalidade; Contingências possíveis	Rejeita o padrão utilitário; Presença de padrão estrutural social; A busca pelo padrão processual é igual à deliberação

Fonte: Adaptado de Immergut (2006)

Nesse sentido, ao abordar como as instituições moldam/afetam a ação, Nascimento (2009) apresenta algumas explicações frente as três vertentes do Neoinstitucionalismo: por meio do modelo de dependência de trajetória (*path dependency*), que refere à relevância causal de estágios precedentes a partir de uma sequência temporal – associada ao Neoinstitucionalismo histórico. As instituições oferecem oportunidades e impõem restrições, na medida em que os resultados afetam os indivíduos nas decisões coletivas – perspectiva presente no Neoinstitucionalismo da escolha racional. Ideias, cultura e normas são internalizadas por atores, ao passo que a ação está situada dentro de um contexto sociológico que vai além da racionalidade dos cálculos utilitários, onde são envolvidos valores, identidades e hábitos – associado ao Neoinstitucionalismo sociológico (Nascimento, 2009).

Em resumo, a ideia básica do Neoinstitucionalismo perpassa por um núcleo epistemológico e metodológico de análises voltadas para fenômenos, nos quais “os atores respondem estratégica ou moralmente a um conjunto de regras formais ou informais que são circunscritas às instituições” (Peres, 2008, p. 65). Portanto, as instituições moldam, condicionam, e/ou induzem os atores a atuarem de certa forma, e isso acaba por explicar a dinâmica dos movimentos políticos e sociais (Peres, 2008).

Assim, o Neoinstitucionalismo se torna um projeto teórico, e seu objetivo não circunda apenas na compreensão das instituições e como elas funcionam, mas antes de tudo, busca explicar a produção dos resultados na tentativa de produzir generalizações. Ademais, não há consenso entre os estudiosos dessa abordagem sobre como se processa a análise institucional e sobre a extensão com a qual a formulação de proposições gerais é possível. O que há na realidade, são formas de análises atreladas a cada uma de suas abordagens (Nascimento, 2009).

Desse modo, serão abordadas adiante as características das três vertentes do Neoinstitucionalismo, elucidando seu surgimento e suas implicações para a análise das instituições.

2.2.3.1 Neoinstitucionalismo da Escolha Racional (NER)

O Neoinstitucionalismo da Escolha Racional (NER) parte do princípio de que as instituições são recursos de um contexto estratégico, que impõem restrições e moldam o comportamento auto interessado. Portanto, a decisão tomada não expressa necessariamente a escolha do interessado, mas sim uma união da escolha e da estratégia. Desse modo, a função da instituição seria prover benefícios públicos e/ou coletivos a seus membros (Barbosa, 2018).

Para Barbosa (2018), a compreensão de uma instituição ou organização dentro dessa vertente está atrelada aos interesses dos jogadores. Ou seja, o sentimento de agregação dos jogadores está envolto no princípio de identidade de interesses individuais comuns, predominando a percepção de que juntos seria possível o alcance de mais benefícios, o que separados não seria possível.

Esse retorno do foco nas instituições, como variáveis que explicam a dinâmica política de atores, deve-se a dois processos: o primeiro, relacionado à controvérsia teórica no campo da Economia, cuja análise volta-se para o problema da tomada de decisões num contexto de escolhas coletivas. O interesse, nesse campo, está centrado em premissas relacionadas às motivações e preferências dos indivíduos, e de seu modo de racionalidade na tomada de decisão frente a opções excludentes (Peres, 2008). Assim, estudos foram sendo realizados ao longo dos anos para compreensão dos fenômenos sociais, tais como o retorno ao ‘paradoxo de Condorcet’, que trata dos métodos de decisões coletivas, relacionadas às agregações dos votos e/ou preferências. Esse paradoxo também é conhecido como ‘paradoxo do voto’, que foi apresentado originalmente por Nicolas de Caritat, o Marquês de Condorcet (1743-1794), considerado o pioneiro na aplicação da matemática a um fenômeno político (Peres, 2008).

Num trabalho publicado em 1785, Condorcet conseguiu demonstrar matematicamente a cíclica transitividade de preferências, considerando um contexto de decisões coletivas, tais como nas assembleias. A consequência da sua demonstração, é que numa decisão coletiva, considerando a regra majoritária, não é possível encontrar uma única e invariável maioria num processo de escolha entre as alternativas possíveis (Peres, 2008).

Epstein (1997), explica a chamada maioria cíclica: a ordem da votação pode alterar o resultado, pois a determinação do vencedor dependerá da formação da agenda, que indicará qual a primeira disputa. Peres (2008) apresenta um exemplo dessa constatação:

Numa decisão qualquer em relação às alternativas A, B e C, por exemplo, a maioria pode, em sucessivas votações, preferir A a B, depois, B a C, e, depois, C a A, quebrando, assim, o requisito lógico da coerência – em que se $A > B$ e $B > C$, logo $A > C$ – e evidenciando que não há uma única maioria relativa a dado tema, mas sim diversas maiorias cíclicas e logicamente incoerentes (Peres, 2008, p. 62).

Para Epstein (1997), o efeito de Condorcet denuncia a irracionalidade (intransitividade), da decisão coletiva, que é apurada da contagem da soma das decisões individuais. O autor explica que a intransitividade presente nesse efeito ocorre na decisão coletiva, mas não na individual, pois a dimensão predominante no espaço de escolha varia de eleitor para eleitor, mas se torna invariável no eleitor individual. Assim, “a intransitividade que pode ocorrer

quando se computa a decisão coletiva através da soma dos votos dos indivíduos coloca um ranço de irracionalidade no resultado do procedimento” (Epstein, 1997, p. 281).

Kenneth Arrow, em 1951 retomou esse paradoxo, aprofundando-o analiticamente. O autor apresentou a necessidade de se evidenciar outras variáveis para além do comportamento dos atores na explicação dos processos políticos. Isso porque ele descobriu que em um contexto de decisão coletiva, mesmo considerando o caso de todos os indivíduos envolvidos serem racionais, em termos de cálculo estratégico, seguindo a regra da maioria, as escolhas coletivamente seriam irracionais (transitivamente incoerentes e instáveis), ou seriam injustas (porque abarcaria apenas uma maioria possível entre outras maiorias possíveis) (Peres, 2008).

Portanto, houve dificuldade de adaptação de um modelo de tomada de decisão no plano individual/micro de matriz econômica, para a tomada de decisão no plano coletivo/macro. Acontece que, no modelo neoclássico da Economia, as decisões no plano individual, consideradas aqui egoístas, teriam um componente altruísta, uma vez que gerariam, de maneira residual, o equilíbrio coletivo das alocações de recursos. Contudo, a simulação matemática realizada por Arrow (1951), na qual foi admitida a racionalidade plena dos indivíduos, demonstrou que a racionalidade individual, não necessariamente produziria racionalidade no plano coletivo. Na realidade seria justamente o contrário, pois as escolhas racionais tomadas individualmente (sob certas condições de racionalidade), produziriam instabilidade coletiva, assim, conduziriam à irracionalidade do ponto de vista social. Portanto, esse foi o problema nitidamente político ao qual o comportamentalismo econômico, baseado na ortodoxia da ideia da ‘escolha racional’ individual, não podia responder, nem do ponto de vista teórico (já que o modelo não contemplaria a irracionalidade), nem do ponto de vista empírico (considerando que no mundo real, as decisões coletivas são tomadas com certo grau de estabilidade, ao contrário do que se poderia deduzir do modelo teórico) (Peres, 2008).

No que se refere ao segundo processo que impulsionou o retorno das instituições como foco central de análise, este está relacionado às consequências teóricas e metodológicas que essa controvérsia produziu nos estudos sobre o Congresso Norte-americano, pois uma variável foi identificada no envolvimento do processo da tomada de decisões: as próprias instituições (Peres, 2008).

A discrepância entre a demonstração de Arrow (1951), uma vez que as decisões coletivas seriam cíclias e irracionais, e assim, as assembleias teriam dificuldade em chegar a decisões efetivas (já que as decisões seriam instáveis), e os dados empíricos das pesquisas do congresso norte-americano (que mostravam que os parlamentares, votando por regra majoritária,

tomavam decisões sem enfrentar o problema dos ciclos irracionais previstos pelo autor), levantou o seguinte questionamento: estaria incorreto a ideia de Arrow? (Peres, 2008).

Hall e Taylor (2003) explicam o contexto de estudos sobre os comportamentos do Congresso Norte-americano. Com base na escolha racional, em relação às votações de leis no Congresso, deveriam ocorrer em forma de ciclos, de modo que a cada novo grupo de maioria haveria a invalidação das leis aprovadas anteriormente. Entretanto, foi observado que havia uma considerável estabilidade, e esse acontecimento foi justamente o que impulsionou os estudos. Assim, as pesquisas se voltaram para o lado das instituições, de modo que os estudiosos passaram a identificar que as instituições do congresso “diminuem os custos de transação ligados à conclusão de acordos, de modo a propiciar aos parlamentares os benefícios da troca, permitindo a adoção de leis estáveis” (Hall e Taylor, 2003, p. 203).

A ideia de Arrow (1951), portanto, estaria correta, e o problema seria a não consideração da variável que garantiria a estabilidade das decisões: as instituições. Pois, as regras que moldam o processo decisório seriam também as estabilizadoras dessas decisões. Assim, as instituições estariam no centro da análise uma vez que estruturaram/moldam e constroem/restringem o comportamento dos indivíduos, tanto por meios formais como informais, haja vista que limitam os cursos de ação e estabelecem uma escala de racionalidade. Portanto, a ideia de Arrow (1951) acaba por fazer parte de uma abordagem institucionalista que considera as instituições como premissa central de análise: o Neoinstitucionalismo (Peres, 2008).

Hall e Taylor (2003) mencionam que diante das condições desses estudos sobre o Congresso dos Estados Unidos, outros trabalhos foram desenvolvidos sobre o Poder Legislativo Norte-americano. E de maneira geral, a maioria das pesquisas buscou explicar como “os regulamentos do Congresso afetam o comportamento dos legisladores e porque foram adotados” (Hall e Taylor, 2003, p. 204). Ademais, a partir dos anos 90 outros teóricos direcionaram suas pesquisas para tentativas de explicação de outros fenômenos políticos, tais como: o comportamento das coalizões; desenvolvimento histórico das instituições políticas e a intensidade dos conflitos étnicos; transições para a democracia, de acordo com a teoria dos jogos; explicações sobre a ascensão ou queda de regimes internacionais. Enfim, vários debates foram desenvolvidos no âmbito desse novo institucionalismo (Hall e Taylor, 2003).

Portanto, trata-se de uma vertente que analisa as instituições sob a ótica dos interesses dos atores, colocando como seu principal objetivo o fornecimento de benefícios coletivos e/ou seletivos, não enfatizando os aspectos culturais, nem históricos (Barbosa, 2018).

Ressalta-se ainda que a perspectiva da escolha racional pode ser definida como a análise das escolhas feitas por atores racionais sob condições de interdependência. Em outras palavras, é o estudo da ação estratégica de atores racionais, que usam algumas ferramentas estratégicas, tais como exemplo a teoria dos jogos (Immergut, 2006). Dessa forma, as instituições influenciam a ação dos atores, na medida em que possibilitam espaços para a realização de cálculos sobre as próprias decisões e as decisões dos demais envolvidos.

Sartini et al (2004) apresentam a teoria dos jogos como uma teoria matemática, que foi criada para modelar fenômenos observáveis quando dois ou mais atores tomadores de decisão interagem entre si, fornecendo uma linguagem para a descrição dos processos de decisão conscientes e os objetivos que envolvem mais de um indivíduo. Ou seja, se torna um modelo matemático que estuda a escolha de decisões ótimas sob condições de conflito. Os autores explicam com mais clareza como funciona:

O elemento básico em um jogo é o conjunto de jogadores que dele participam. Cada jogador tem um conjunto de estratégias. Quando cada jogador escolhe sua estratégia, temos então uma situação ou perfil no espaço de todas as situações (perfis) possíveis. Cada jogador tem interesse ou preferências para cada situação no jogo. Em termos matemáticos, cada jogador tem uma função utilidade que atribui um número real (o ganho ou *payoff* do jogador) a cada situação do jogo (Sartini et al, 2004, p. 5-6).

Enfim, mesmo diante do extenso debate envolto das mais variadas pesquisas que abordam essa vertente, Hall e Taylor (2003) conseguiram identificar pontos comuns entre os enfoques de análise, consolidando em quatro propriedades presente na maioria delas, conforme quadro 15:

Quadro 15 - Pontos comuns entre os enfoques de análise do Neoinstitucionalismo da Escolha Racional

Pontos comuns	Descrição
Características de pressupostos comportamentais	Os atores pertinentes compartilham um conjunto determinado de preferências ou de gostos, e se comportam de maneira inteiramente utilitária para satisfazer suas preferências de modo frequente, consolidando-se em uma abordagem estratégica
Consideram a vida política como uma série de dilemas de ação coletiva	Os indivíduos que agem de modo a maximizar a satisfação de suas preferências o fazem com o risco de produzir resultado subótimo para a coletividade, ou seja, um padrão abaixo de ótimo. Assim, esses arranjos institucionais impedem que cada ator adote uma linha de ação preferível no plano coletivo
Interação estratégica na determinação das situações políticas	O comportamento de um ator é determinado pelo cálculo estratégico, e este é influenciado pela expectativa do ator relativo ao comportamento provável dos outros atores. Assim, as instituições estruturam essa interação ao fornecerem informações ou mecanismo de adoção que reduzem a incerteza no tocante ao comportamento dos outros. Trata-se, portanto, de um enfoque ‘calculador’, que será mais explicado no neoinstitucionalismo histórico
Ganho obtido pela cooperação	Um acordo voluntário é realizado, e assim a criação e a forma de organização da empresa se explica por referência ao modo como ela minimiza os custos de transação, de produção e de influência para os atores envolvidos. Ou seja, a instituição/organização é criada de modo a possuir uma seleção competitiva, e assim desde cedo sua sobrevivência se deve ao fator de oferecimento de mais benefícios aos atores interessados, em relação às instituições/organizações concorrentes.

Fonte: Adaptado de Hall e Taylor (2003).

2.2.3.2 Neoinstitucionalismo Sociológico/Teoria das Organizações (NS)

Para além do Neoinstitucionalismo abordado na Ciência Política, tais como da escolha racional, o Neoinstitucionalismo Sociológico (NS) se desenvolveu na Sociologia, no âmbito da teoria das organizações (Hall e Taylor, 2003).

Para Carvalho et al (1999), a partir da década de 50 o foco de estudos empíricos centrou-se nas organizações considerando uma perspectiva estrutural e comportamental do institucionalismo. Ao considerar os excessos da revolução comportamentalista, foi renovado o empenho pela busca de respostas para as dúvidas relacionadas sobre o modo como as escolhas sociais eram estruturadas e conduzidas pelas instituições (Fonseca, 2003).

Desde a época de Weber as estruturas burocráticas foram consideradas pelos sociólogos como um produto do esforço de elaboração de estruturas eficazes, moldadas para o cumprimento de tarefas formais das organizações, e assim, a forma organizacional dessas estruturas foram praticamente a mesma, considerando a racionalidade ou eficácia a elas inerentes para o cumprimento de suas tarefas. Portanto, a cultura parecia algo que não estaria envolta dessa realidade. Contudo, perspectivas neoinstitucionalistas começaram a sustentar que muitas das formas e dos procedimentos adotados pelas organizações não seriam obrigatoriamente atuações racionais de busca por eficácia, mas uma consequência de um processo de transmissão de cultura. Assim, para essa vertente, as práticas que aparentemente seriam burocráticas, na realidade poderiam ser explicadas em termos culturalistas (Hall e Taylor, 2003).

Nesse contexto, a abordagem institucional, cujo enfoque considera uma perspectiva sociológica no âmbito dos estudos organizacionais, foi identificada, tendo como seu precursor o pesquisador Philip Selznick (Fonseca, 2003).

Selznick introduziu um modelo institucional de interpretação das organizações “como uma ‘expressão estrutural da ação racional’ que, ao longo do tempo são sujeitas às pressões do ambiente social e transformam-se em sistemas orgânicos” (Carvalho et al, 1999, p. 1). Ou seja, na sua abordagem de análise das organizações, o autor as considera um tipo diferenciado de sistema social, de modo que rejeita uma concepção racionalista e considera as instituições como variáveis independentes, e assim as organizações seriam as expressões dos valores sociais, de modo a se relacionar com o ambiente (Fonseca, 2003).

Para Carvalho et al (2012) a vertente sociológica possui enfoque de análise nas relações organização-ambiente, que na base do velho institucionalismo, recaia nas interações informais, relações de poder e no processo de constituição das instituições. Com o novo institucionalismo,

nessa abordagem sociológica, as relações de poder não estão tão evidenciadas como outrora. Passa-se a evidenciar os requisitos de conformidade e padrões institucionais legitimados, de modo a enfatizar a homogeneidade entre as organizações. Portanto, há uma ampliação do nível de análise das organizações.

Assim, entende-se que essa vertente parte da teoria das organizações, e que efetua uma análise das instituições sob uma perspectiva cultural, para compreender as ideias e os padrões que as constituem. Aborda aspectos cognitivos e culturais, de modo a afirmar que os indivíduos não agem de forma autointeressada o tempo todo, mas que as instituições podem ser mecanismos de cooperação social, possibilitando a construção de laços de confiabilidade entre os atores (Barbosa, 2018).

Portanto, as instituições acabam sendo vistas em termos de normas, valores, cultura e ideias. Desse modo, a tradição sociológica está voltada sobre uma dimensão cognitiva, que é internalizada pelos atores (Nascimento, 2009).

Para Scott (2014) há três sistemas que são ingredientes vitais das instituições, de modo que constituem e as apoiam. Esses três sistemas são estruturados pelo autor em pilares: regulador, normativo e cognitivo-cultural. As principais características estão dispostas no quadro 16:

Quadro 16 - Pilares do Neoinstitucionalismo Sociológico

	Regulador	Normativo	Cognitivo
Bases de conformidade	Conveniência	Obrigação social	Dado como certo. A compreensão é compartilhada
Mecanismos	Coercitivo	Normativo	Mimético
Lógica	Instrumentalidade	Adequação	Ortodoxia
Indicadores	Regras, leis, sanções	Certificação, Acreditação	Prevalência de crenças comuns, lógicas compartilhadas de ação, isomorfismo
Ocasional	Medo, culpa/inocência	Vergonha/honra	Certeza/confusão
Bases de legitimidade	Sancionada legalmente	Governada moralmente	Sustentada culturalmente, compreensível

Fonte: Adaptado de Scott ((2014)

O pilar regulatório aborda as instituições como modelos de restrição e regularização do comportamento. Assim, os processos regulatórios abordam a capacidade de estabelecer regras, inspecionar a conformidade dos outros com base nas regras estabelecidas, e conforme necessário a aplicação de sanções e recompensas como tentativas de influenciar comportamentos futuros. Vale ressaltar que os processos de sanções podem ser aplicados tanto formalmente, por meio de atores especializados e competentes, como informalmente, por meio de humilhações e rejeições profissionais e/ou sociais. Apesar disso, esse pilar regulatório

confere capacitações e empoderam determinados atores na prática de ações e exercício de poderes e benefícios (Scott, 2014).

Ao abordar o pilar normativo, os estudos estão voltados para análise dos valores das normas, tais como elementos institucionais que acabam por introduzir uma dimensão prescritiva, avaliativa e de obrigatoriedade no contexto social e organizacional (Fonseca, 2003).

Assim, as normas e valores se transformam em papéis, sejam formais ou informais, que devem ser desempenhados pelos indivíduos ocupantes de posições específicas, sendo elas concepções de objetivos e atividades adequadas para determinados indivíduos que ocupam essas posições. Portanto, os valores se tornam concepções do que seria preferível ou desejável, e as normas deixam claro o que devem ser feitos e definem os meios legítimos para consecução. Desse modo, alguns valores e normas se aplicam a todos os membros, outros se aplicam apenas a alguns atores. Assim, essas crenças acabam por se tornar prescrições, expectativas de comportamentos para determinados atores (Scott, 2014).

Consequentemente, ao seguir esses normativos no cotidiano e repetidamente, os valores e normas se tornam interiorizados e com o passar do tempo obrigatórios, ou moralmente aceitos (Fonseca, 2003). Assim, as expectativas são mantidas por outros atores envolvidos, e, portanto, vivenciadas como pressões. Nesse contexto, esse pilar demonstra que os sistemas normativos impõem determinados comportamentos sociais, mas também possibilitam a ação social, na medida em que conferem direitos e responsabilidades, privilégios e deveres (Scott, 2014).

No pilar cognitivo, o foco são os aspectos simbólicos das ações. Assim, as organizações ao estarem inseridas em um ambiente que é formado por regras, crenças, valores e redes de relações, refletem ações institucionais que são fruto das interpretações desses fatores (Fonseca, 2003; Scott, 2014).

Portanto, os símbolos, sendo eles palavras, sinais, gestos, possuem um efeito que moldam os significados que são atribuídos aos objetos e as atividades. Esses significados surgem justamente na interação e são mantidos e transformados na medida em que os empregados vão dando sentido ao fluxo dos acontecimentos. Assim, para compreender e/ou explicar a ação, deve-se levar em consideração não apenas as condições objetivas, mas também uma interpretação subjetiva que o ator está fazendo dela (Scott, 2014).

Nesse contexto, a conformidade ocorre em muitas situações: determinados tipos de comportamento não são aceitos, as rotinas são seguidas porque são consideradas como a forma correta de fazer as coisas, e a lógica que predomina é empregada para justificar a conformidade da ortodoxia, a correção e a solidez das ideias percebidas. Assim, os papéis sociais são interpretados de maneira diferente, quando se compara com o pilar normativo, pois em vez de

ênfatisar a força das obrigações que acabam se reforçando mutuamente, esse pilar aponta para o poder dos modelos, os tipos específicos dos atores e os roteiros de atuação (Scott, 2014).

Portanto, para uma organização sobreviver, não basta apenas a sua capacidade de se adaptar a situações ambientais técnicas e financeiras, mas também buscar a conformidade com os valores normativos e legitimidade. Os princípios de eficiência e competitividade, ou até mesmo o de busca de maximização de preferências individuais, acabam por se ajustar dentro de uma realidade que é construída socialmente (Fonseca, 2003).

Por conseguinte, as pessoas terminam por obedecer às leis não apenas por causa das sanções envolvidas, mas também porque os sistemas jurídicos podem adquirir a força da legitimidade moral e o apoio moral de outros atores (Hodgson, 2006).

Diante das particularidades dos pilares dessa abordagem neoinstitucional, tem-se que as características que são consideradas burocráticas, por seu caráter normativo e regulador, acabam por se tornar mandamentos institucionalizados numa sociedade, tornando-se algo legitimado e influenciando o funcionamento das organizações. Assim, Fonseca (2003) explica que embora haja incerteza no ambiente onde as organizações atuam, elas acabam por buscar recursos, consumidores e legitimidade institucional para se manter e se desenvolver.

Nessa esteira, se modela então uma disputa de práticas organizacionais, que por seguirem determinados padrões semelhantes, dadas os mandamentos socialmente aceitos, acabam por se tornar cada vez mais homogêneas, ou isomórficas. Assim, emergem dois tipos de isomorfismo: o isomorfismo competitivo, oriundo das pressões do mercado e das relações entre os integrantes dos espaços organizacionais, e o isomorfismo institucional, que adentra na busca pela legitimidade (Fonseca, 2003).

DiMaggio e Powell (2005) explicam que o isomorfismo institucional se torna uma ferramenta que possibilita compreender a política e o cerimonial que rodeiam a vida organizacional. Assim, os autores consideram que há três mecanismos que possibilitam as mudanças isomórficas institucionais: Isomorfismo coercitivo, isomorfismo mimético e o isomorfismo normativo. O quadro 17 sintetiza esses mecanismos:

Quadro 17 - Síntese dos Isomorfismo Institucionais

Isomorfismo Coercitivo	Isomorfismo Mimético	Isomorfismo Normativo
Resultam de pressões formais e informais que são exercidas sobre as organizações por outras organizações ou pelas expectativas da sociedade.	Diante da incerteza, as organizações tomam outras organizações como modelo. Assim, a organização imitada serve como fonte de práticas copiáveis. Portanto, as organizações tendem a tomar	Deriva da profissionalização. Assim, as categorias profissionais precisam se comprometer com outras categorias, chefes ou reguladores.

As pressões podem ser consideradas como coerção, persuasão ou convite.	como modelo outras organizações que elas percebem ser mais legítimas ou bem-sucedidas.	
Como moldam as organizações		
Leis que exigem controles organizacionais, tais como mudanças em relação a ciclo orçamentário, exigências de relatórios, realização de contratos	O modelo pode ser difundido involuntariamente, por meio da transferência ou rotatividade de funcionários, ou explicitamente por organizações, tais como empresas de consultoria.	Dois aspectos: primeiro relacionado à educação formal e legitimação em uma base produzida por especialistas universitários. O segundo é o crescimento e constituição de redes de profissionais que perpassam as organizações por meio dos quais os modelos são difundidos. Portanto, um grupo de indivíduos é criado, e acabam por ocupar posições semelhantes numa gama de organizações.
Resultados alcançados		
As organizações se tornam mais homogêneas dentro de determinados domínios e mais organizadas em torno de rituais de conformidade.	Homogeneidade nas estruturas organizacionais. Assim, é possível que a determinação de arranjos estruturais seja adotada não por evidências de maiores eficiências, mas por ser creditada à universalidade de processos.	Na medida em que gerentes são escolhidos das mesmas universidades, ou da mesma categoria profissional, há uma propensão de possuir atributos comuns, tendendo a enxergar problemas da mesma maneira, considerando normas, procedimentos, estruturas e políticas, e acabam por tomar decisões semelhantes.

Fonte: Adaptado de DiMaggio e Powell (2005)

Ademais, importa ressaltar que, ao considerar o aspecto culturalista, o NS adota duas dimensões numa perspectiva de análise relacionada na associação de instituições e ações dos atores. Para Hall e Taylor (2003), essas dimensões são normativas e cognitivas.

Na dimensão normativa, ao considerar a socialização dos indivíduos, estes acabam por desempenhar papéis específicos fruto da internalização de normas, e assim sofrendo influência das instituições nos seus comportamentos. Na dimensão cognitiva, a influência da instituição na ação do indivíduo gira em torno de esquemas, categorias e modelos cognitivos que não são dispensáveis no comportamento, considerando que sem essas informações não seria possível a interpretação do mundo e do comportamento de outros atores. Assim, as instituições estimulam o comportamento ao fornecer esses modelos aos indivíduos, de maneira que influenciam seu comportamento (Hall e Taylor, 2003).

Portanto, as instituições instigam ações não só por especificarem o que os atores devem fazer, mas também “o que se pode imaginar fazer num contexto dado” (Hall e Taylor, 2003, p. 210). Assim, “a identidade e a imagem de si dos atores sociais são elas mesmas vistas como

sendo constituídas a partir de formas, imagens e signos institucionais fornecidos pela vida social” (Hall e Taylor, 2003, p. 210).

Ao agirem conforme as convenções sociais, adotam ações com significados e então os atores reforçam aquilo que obedecem. Assim, o que por muitas vezes pode ser tido como uma ‘ação racional’, na realidade é uma ação construída socialmente. Nesse contexto, algumas práticas tendem a extrapolar os aspectos de busca pela eficiência e racionalidade organizacional, em detrimento de oferecer legitimidade social frente a sociedade e outros atores sociais, e, portanto, os indivíduos terminam por adotar práticas que possuem valores reconhecidos num ambiente cultural mais amplo (Hall e Taylor, 2003).

Portanto, o Neoinstitucionalismo sociológico enfatiza a importância de códigos simbólicos e o papel das instituições na geração de significado, bem como normas e adequação como uma categoria de ação (Immergut, 2006). Nessa abordagem, a questão cultural apresenta-se como central, considerando que os “níveis de percepção e comportamentos rotineiros influenciariam as ações dos atores e estes tenderiam a se comportarem de forma similar, na perspectiva do isomorfismo” (Menezes e Fonseca, 2010, p. 5).

Carvalho et al (2012) mostram que no Brasil, os estudos empíricos que abordam a teoria neoinstitucional no âmbito dessa vertente remetem a uma diversidade de contextos. Os autores citam os principais pontos abordados nesses estudos: a exploração do isomorfismo, estratégias de legitimação que são utilizadas pelas organizações de vários setores, e os processos de institucionalização de campos organizacionais.

2.2.3.3 Neoinstitucionalismo Histórico (NH)

Hall e Taylor (2003) explicam que o Neoinstitucionalismo Histórico (NH) floresceu como oposição a dois métodos que dominavam a Ciência Política nos anos 60 e 70: a análise da vida política em termos de grupos, e o estrutural-funcionalismo. Assim, os estudiosos dessa vertente consideravam que a organização institucional de uma comunidade política era o fator principal que estruturava o comportamento coletivo e gerava resultados distintos. Desse modo, passaram a estudar outras instituições sociais e políticas, e como elas podiam estruturar as interações sociais.

Nesse contexto, a sociedade é colocada no alicerce dessa vertente, devido a imensa gama de instituições que afetam os indivíduos, e esses sendo moldados por uma mistura complexa e heterogênea de preferências e comportamentos, gerando dinamismo no sistema. Portanto, nessa vertente neoinstitucional é necessária uma análise histórica para examinar a relação entre as

ações dos atores e os impactos na história. Assim, as instituições, como polo central de análise, influenciam as estratégias dos atores, porém se tornam também os resultados dessas ações estratégicas, pois não basta considerá-las em seu passado, mas de identificar os processos ao longo do tempo, espaço e conjuntura para compreender suas dimensões de causalidade (Barbosa, 2018).

A definição de instituição por essa vertente gira em torno de um paralelo com as organizações e as regras editadas pelas organizações formais. Ou seja, instituição é “como os procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais e oficiosas inerentes à estrutura organizacional da comunidade política” (Hall e Taylor, 2003, p. 196). Assim, se estende da ordem constitucional ou de procedimentos de funcionamento de uma organização até as próprias convenções que geram o comportamento de sindicatos e relações entre empresas (Hall e Taylor, 2003).

Nesse contexto, algumas características são apresentadas: a relação entre instituições e o comportamento individual são abordadas em termos gerais; há enfoque nas assimetrias de poder que estão associadas ao funcionamento e desenvolvimento das instituições; o desenvolvimento institucional tende a ser visto em termos de trajetórias, em relação às situações críticas e as consequências imprevistas. Desse modo, nessa vertente há uma combinação de explicações sobre a contribuição da instituição nos resultados das situações políticas, por meio de uma avaliação da contribuição de outros tipos de fatores, tais como ideias em relação a esses mesmos processos (Hall e Taylor, 2003).

Portanto, “as instituições se assentam sobre diferentes períodos históricos e carregam consigo diferentes interesses e identidades” (Nascimento, 2009, p. 110). As instituições não determinam o comportamento, elas simplesmente fornecem um contexto para a ação que nos ajuda a entender por que os atores fazem as escolhas que fazem. Desse modo, dão enfoque às irregularidades da história em vez das regularidades, e demonstram os limites dos modelos universais (Immergut, 2006).

Isto posto, ao considerar que as instituições influenciam o comportamento dos atores ao longo do tempo, de modo a impactar nas suas escolhas e atuações, e que também podem ser influenciadas por esses mesmos atores, Hall e Taylor (2003) apresentam dois tipos de perspectivas ‘calculadora’ e ‘cultural’, e como cada uma dessas perspectivas respondem a três direcionamentos que envolvem as instituições e o comportamento dos indivíduos, conforme apresentado no quadro 18:

Quadro 18 - Perspectivas do Neoinstitucionalismo Histórico que tratam da relação entre instituições e ações

Perspectiva Calculadora	Perspectiva Cultural
Como os atores se comportam	
Ênfase no cálculo estratégico: Indivíduos buscam maximizar seus rendimentos com referência a objetivos definidos por uma função de referência dada, e assim adotam um comportamento estratégico para o alcance. Ao fazê-lo, eles adotam um comportamento estratégico, ou seja, eles examinam todas as escolhas possíveis para selecionar aquelas que oferecem um benefício máximo.	Reconhece que o comportamento jamais será totalmente estratégico: Reconhece que o comportamento humano é racional, porém considera que os indivíduos recorrem a modelos de comportamentos já conhecidos. Assim, a escolha de uma linha de ação depende da interpretação de uma situação mais do que um cálculo puramente utilitário.
O que fazem as instituições	
Afetam o comportamento dos indivíduos ao incidirem sobre as expectativas de um ator, dado as ações que outros atores são suscetíveis de realizar. Assim, as instituições podem fornecer informações referentes ao comportamento de outros atores, aos mecanismos adotados na aplicação de acordos, às penalidades aplicáveis etc.	Fornecem modelos morais e cognitivos que permitem a interpretação e ação. Não somente as instituições fornecem informações úteis de um ponto de vista estratégico como também afetam a identidade, a imagem de si e as preferências que guiam a ação.
Por que as instituições se mantêm	
Indivíduos aderem aos modelos de comportamento porque perderão mais ao evitá-los, do que aderir a eles. Quanto mais a instituição contribui para resolução de problemas relativos ao coletivo, ou quanto mais ela possibilita os ganhos resultantes de trocas, mais ela será resistente.	As instituições sociais não podem ser objeto de decisões individuais, tampouco transformadas de um dia para o outro pela ação individual. Assim, estruturam as próprias decisões referente à reforma que o próprio indivíduo possa adotar.

Fonte: Adaptado de Hall e Taylor (2003).

Desse modo, os estudiosos do Neoinstitucionalismo Histórico adotam essas perspectivas quando buscam analisar as relações entre as instituições e ações. Portanto, é possível identificar duas propriedades dessa abordagem: a primeira referente ao vislumbre das estratégias que foram introduzidas num dado contexto institucional, que acabaram por enraizar-se ao longo do tempo, se tornando visões de mundo e sendo propagadas por organizações. Gerando, assim, consequências de modelagem de imagens pessoais e profissionais dos atores interessados e/ou envolvidos (Hall e Taylor, 2003).

A segunda se refere ao poder, principalmente às relações assimétricas de poder. Assim, é possível identificar como as instituições repartem o poder entre os grupos sociais, de modo a elucidar onde as instituições conferem acesso desproporcional de poder e tomada de decisão (Hall e Taylor, 2003).

Pereira (2014) considera que o Neoinstitucionalismo Histórico possibilita a análise dos atores sociais no contexto institucional e estatal. Assim, essa abordagem está associada ao oferecimento de elementos teórico-metodológicos que possibilita a valorização dos aspectos institucionais, históricos, econômicos e sociais que condicionam os processos de formulação e

implantação. Portanto, permite análise do contexto histórico da instituição de modo a identificar a definição dos interesses dos atores e a construção de suas relações de poder.

Pereira (2014) identificou elementos para possibilitar uma análise de política de saúde sob a perspectiva do NH, propondo os seguintes direcionamentos:

- a) Trajetória histórica da instituição: destacando as ideias de temporalidade e sequência;
- b) O papel das instituições: considerando as características formais e informais;
- c) O papel dos atores: reconhecendo que a atuação impacta e recebe influência do contexto institucional, que é marcado por interesses diversos.

Diante desses elementos, elaborou-se uma matriz analítica que auxilia no apoio e/ou estruturação das análises das políticas de saúde, conforme quadro 19:

Quadro 19 - Matriz de análise para o estudo da política de saúde no Brasil.

Dimensão de análise	Definições	Variáveis
Dimensão institucional-formal	Refere-se às regras formais (marco legal e normativo) que definem as diretrizes e o conteúdo da política	Quais são os objetivos da política? A que/quem se destina? Quais as principais estratégias de implantação previstas? Quais os resultados esperados, tendo em vista os seus objetivos?
Dimensão político-institucional	Aborda a maneira pela qual o contexto político e institucional exerce influência sobre a política, considerando o papel das instituições, dos atores e das ideias/imagens da política	Que instituições estão envolvidas no processo de formulação e implantação da política? Quais atores (e grupos de interesse) estão envolvidos no processo de formulação e implantação da política? Quais ideias/imagens podem ser identificadas acerca dessa política na arena de decisão do processo de formulação e implantação? (Concepções afirmadas pela política.) Quais estratégias são usadas pelas instituições e seus atores para influenciar a ascensão dessa questão à agenda política? De que maneira instituições/atores/imagens determinam ou condicionam os conteúdos e os resultados das políticas ao longo do processo de implantação? (Papel e estratégias de atuação.) Quais arranjos institucionais sustentam a política?
Dimensão histórico-institucional	Aborda as influências da trajetória histórica das instituições, da temporalidade e da sequência das políticas para a conformação atual da política e do sistema de saúde	Quais elementos de ruptura e continuidade podem ser identificados na trajetória da política? Eles são marcados por questões sequenciais ou contingenciais do contexto político-institucional?

Fonte: Pereira (2014)

A organização institucional da sociedade se torna um fator estruturador do comportamento coletivo. Assim, essa acepção está atrelada a ideia de *path dependency*: entende o efeito das instituições sobre as ações dos indivíduos, mais em termos de consequências não intencionais do que sob atuações estratégicas (Menezes e Fonseca, 2010). Ademais, ao considerar a trajetória percorrida, rejeita-se o pensamento tradicionalista que “as mesmas forças ativas produzem em todo lugar os mesmos resultados em favor de uma concepção segundo a qual essas forças são modificadas pelas propriedades de cada contexto local, propriedades essas herdadas do passado” (Hall e Taylor, 2003, p. 200).

Por exemplo, as pesquisas com base nessa vertente geralmente abordam-se explicações de como os poderes do Estado e os resultados herdados estruturam as decisões posteriores, como também investigações relacionadas a como as políticas adotadas no passado condicionam as políticas sucessoras, encorajando as atuações sociais a se organizarem de acordo com determinadas preferências, ou a adotar particularidades. Paralelo a isso, os pontos críticos também são abordados, ou seja, os considerados momentos de situações críticas que por vezes acabam criando outros trajetos no desenvolvimento da instituição (Hall e Taylor, 2003).

Diante disso, depreende-se que essa vertente engloba a história institucional explicando os fatores de sua criação e desenvolvimento, por meio de perspectivas calculadoras e culturais, ancorando-se nos aspectos institucionais que moldam e influenciam o comportamento coletivo, levando em consideração também os momentos críticos da história que impactaram as suas ações.

3. METODOLOGIA

Nesta seção é apresentada a metodologia que foi utilizada na pesquisa, bem como os procedimentos para coleta e análise dos dados. Considerando os objetivos propostos para o presente estudo, o quadro 20 detalha as perspectivas da pesquisa e a forma de coleta de dados:

Quadro 20 - Objetivos da pesquisa relacionados às perspectivas e métodos de análise

Objetivo	Perspectiva de análise	Estratégia de Pesquisa	Coleta dos dados
Mostrar a dependência da trajetória da EBSE RH no âmbito da atual configuração institucional.	Neoinstitucionalismo Histórico (NH)	Utilização de matrizes específicas criadas para cada abordagem, considerando o referencial teórico apresentado. As matrizes orientarão a coleta dos dados que auxiliarão no alcance dos objetivos.	Pesquisa bibliográfica e documental.
Examinar como a EBSE RH, no cerne dos hospitais universitários, atua frente às pressões institucionais e o isomorfismo.	Neoinstitucionalismo Sociológico (NS)		Questionário aplicado com os Superintendentes dos hospitais universitários da Rede EBSE RH.
Identificar se a tomada decisão, dentro da própria Rede EBSE RH, no âmbito dos Superintendentes dos hospitais universitários, é influenciada por interesses e incentivos racionais.	Neoinstitucionalismo da Escolha Racional (NER)		

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

3.1 ESTRUTURA DA PESQUISA

Para fins de proporcionar uma visão mais ampla dos métodos utilizados, a figura 4 demonstra a estrutura da pesquisa:

Figura 4 - Estrutura da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

A partir dos objetivos indicados, foi adotada uma abordagem qualitativa e quantitativa, também denominada pesquisa quali-quant. A combinação possibilitou uma melhor conversão

das informações, haja vista que a pesquisa qualitativa busca enfaticamente proporcionar “descrições detalhadas de situações, eventos, pessoas, interações, condutas e suas manifestações” (Sampiere, Collado e Lucio, 2013, p. 34). Portanto, essa perspectiva esteve presente nas seguintes atuações: na construção de matrizes direcionadoras para a coleta de dados no âmbito da pesquisa bibliográfica e documental; na construção do questionário que abordou o referencial teórico das três vertentes do Neoinstitucionalismo; na análise dos dados coletados por meio das matrizes e do questionário; na elaboração do relatório técnico conclusivo para a EBSERH, considerando os resultados da pesquisa.

No âmbito da abordagem quantitativa, nas palavras de Prodanov e Freitas (2013, p.69), “considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las”. Desse modo, essa perspectiva esteve presente nas seguintes atuações: na construção do questionário para coleta dos dados junto aos Superintendentes da EBSERH, e na sua análise, uma vez que esse instrumento abordou um padrão de escala tipo likert, possibilitando abordagens da estatística descritiva. Desse modo, o questionário apresentou afirmações, e a reação de cada respondente para cada uma delas recebeu uma pontuação, que foram combinadas por meio de abordagens estatísticas de média e moda. Essa abordagem possibilitou um tratamento objetivo dos aspectos subjetivos das percepções dos participantes da pesquisa.

Isto posto, a utilização de ambas as abordagens possibilitou a junção das vantagens metodológicas de ambos os métodos, que se fossem utilizados isoladamente não conseguiriam abarcar o alcance dos objetivos propostos para o presente estudo.

A pesquisa iniciou com caráter exploratório, pois segundo Severino (2013, p.107), esse tipo de pesquisa “busca apenas levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação”. Ademais, a característica descritiva da pesquisa também esteve presente, já que conforme Prodanov e Freitas (2013, p. 52) essa abordagem: “visa a descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Quanto aos procedimentos técnicos, Severino (2013), reforça que a pesquisa bibliográfica possibilita o levantamento de registros decorrentes de pesquisas anteriores, livros e demais documentos cujo teor temático estejam relacionados a pesquisa. Ademais, Prodanov e Freitas (2013) explicam que a pesquisa documental pode se basear em materiais que não receberam algum tratamento analítico ou que se já receberam, podem ser reanalisados com base nos objetivos da pesquisa.

Foi utilizado um questionário, criado no *Google Forms*, e encaminhado para os E-mails dos Superintendentes dos HUFs da Rede EBSEH. Esse instrumento permitiu obter uma percepção dos participantes, que foi necessária para a descrição e interpretação das atuações organizacionais. O quadro 21 demonstra as fases e as principais atividades da pesquisa.

Quadro 21 - Fases e atividades da pesquisa

Fases	Atividades
Fase 1 – Preparatória	Pesquisa documental e bibliográfica: levantamento do referencial teórico Delineamento da Estrutura da pesquisa e Unidade de análise Identificação de garantias éticas dos participantes da pesquisa Elaboração dos instrumentos de coleta de dados: matrizes e questionário
Fase 2 – Execução	Coleta de dados: Aplicação da matriz do NH Coleta de dados: Validação do instrumento questionário com aplicação em hospital piloto Ajustes metodológicos após coletas de dados iniciais Coleta de dados: Aplicação do questionário com demais hospitais da Rede EBSEH
Fase 3 – Análise dos dados	Tratamento dos dados: Tabulação em planilha Excel Apresentação: Análise de conteúdo, estatística descritiva Análise dos dados: Análise de conteúdo, interpretação dos dados qualitativos e quantitativos, conforme o referencial teórico abordado na pesquisa.

Fonte: Elaborado pelo autora (2025)

3.2 UNIDADE DE ANÁLISE

As unidades de análise em uma pesquisa se referem aos casos ou elementos que serão abordados, podendo ser indivíduos, organizações, periódicos, eventos etc. A partir da unidade de análise, delimita-se a população que será de fato estudada, e sobre a qual a pesquisa poderá abordar as generalizações de resultados (Sampiere, Collado e Lucio, 2013). Nesse contexto, para o presente estudo, tem-se que a unidade de análise é a EBSEH, e a população abordada, os Superintendentes dos hospitais universitários que compõem a EBSEH.

A Rede EBSEH é composta por 45 hospitais universitários federais que possuem como gestor máximo o Superintendente. Desse modo, a Rede EBSEH conta com 40 Superintendentes hospitalares, sendo estes a população total para participação do presente estudo.

Neste trabalho, considerou-se como critérios para escolha da empresa, a sua representatividade no âmbito da gestão hospitalar universitária brasileira, considerando seus impactos sociais nas duas frentes: educação e ensino; e o fato de ser a organização de trabalho

da pesquisadora, o que contribuiu no acesso às informações, e sobretudo, na oportunidade de apoiar o desenvolvimento da organização.

3.2.1 Participantes da pesquisa

A perspectiva dos participantes da pesquisa foi o norteador para a análise institucional, com base no referencial teórico das vertentes do NS e NER. Nesse contexto, ao considerar que gestores máximos dos HUFs são os Superintendentes, estes refletem o mais alto cargo de gestão nos hospitais universitários da Rede EBSEH, refletindo em suas atuações os direcionadores institucionais da empresa.

Portanto, a seleção dos participantes adotou o seguinte critério de inclusão: estar exercendo formalmente a função de Superintendente nos HUFs da Rede EBSEH, como titular. Aqueles gestores que estão designados como Superintendentes substitutos não abarcaram a população para estudo.

Ao considerar que os Superintendentes dos HUFs da Rede EBSEH são os participantes de pesquisa, consolidando-se como a população de estudo, a priori não se buscou a delimitação de amostra, pois por ser uma organização que estimula o ensino e a pesquisa, esperou-se obter as 40 respostas no âmbito da aplicação do questionário. Contudo, após aplicação do instrumento, obteve-se o total de 24 respostas, totalizando 60% de adesão dos Superintendentes na pesquisa. Nessa forma, as discussões e resultados expostos no presente estudo encontram essa limitação, uma vez que não foi possível realizar plenamente generalizações das análises institucionais.

Os riscos da pesquisa limitaram-se a riscos mínimos. Portanto, para cada risco foi adotada uma abordagem de mitigação, considerando ainda que o Superintendente poderia cessar sua participação a qualquer momento, sem prejuízos.

3.3 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi pautada em instrumentos: matrizes e questionários. As matrizes foram elaboradoras com base no arcabouço teórico abordado no estudo sobre as três vertentes do Neoinstitucionalismo. O questionário teve por base o direcionamento das matrizes criadas para as vertentes do NS e NER, ao passo de ser constituído de premissas de atitude. Os próximos pontos apresentam com mais detalhes os instrumentos de coleta de dados e como foram construídos.

3.3.1 Matrizes

No âmbito do NH foi adotada a matriz para estudo das políticas de saúde no Brasil, criada por Pereira (2014), com adaptações. Essa abordagem não possuiu coleta de dados com pessoas, mas apenas bibliográfica e documental, conforme detalhado no quadro 22:

Quadro 22 - Matriz para análise institucional com base no Neoinstitucionalismo Histórico

Objetivo	Dimensão de análise	Definições	Variáveis
Mostrar a dependência da trajetória da EBSERH no âmbito da atual configuração institucional.	Dimensão institucional-formal	Refere-se às regras formais (marco legal e normativo) que definem as diretrizes de atuação da instituição.	O que demandou a criação da instituição? Quais são os objetivos da instituição? A que/quem se destina? Quais os resultados esperados, tendo em vista os seus objetivos?
	Dimensão político-institucional	Aborda a maneira pela qual o contexto político e institucional exerce influência sobre a instituição, considerando o seu papel.	Quais outras instituições estão envolvidas no processo de execução de suas atividades? Quais atores (e grupos de interesse) estão envolvidos no processo de execução de suas atividades? Quais arranjos institucionais sustentam a execução das atividades da instituição?
	Dimensão histórico-institucional	Aborda as influências da trajetória histórica das instituições, da temporalidade e da sequência de atuações para a conformação atual da instituição.	Quais elementos de ruptura e continuidade podem ser identificados na trajetória da instituição? Eles são marcados por questões sequenciais ou contingenciais do contexto político-institucional?

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

No âmbito das matrizes que abordaram as vertentes NS e NER, houve o direcionamento de padrões teóricos dessas vertentes, a fim de possibilitar a construção de matrizes teóricas para o direcionamento da pesquisa na coleta dos dados. Assim, de posse da estruturação das matrizes, foram construídas premissas seguindo os ensinamentos de Pasquali (1996). Para ele, nos estudos das organizações, o instrumento de medida mais utilizado é do tipo escalas de atitude. Assim, o autor defende que em qualquer teste ou medida psicológica um item deve se constituir de uma tarefa comportamental, portanto, representar algo que o indivíduo possa executar, seja por comportamentos verbais, seja por comportamentos motores. Nesse contexto, o autor assevera que existem 12 regras que devem ser seguidas para que haja uma boa redação nos itens de um instrumento de medida, são elas:

1. Critério comportamental: o item deve expressar um comportamento;
2. Critério da simplicidade: o item deve expressar uma única ideia;

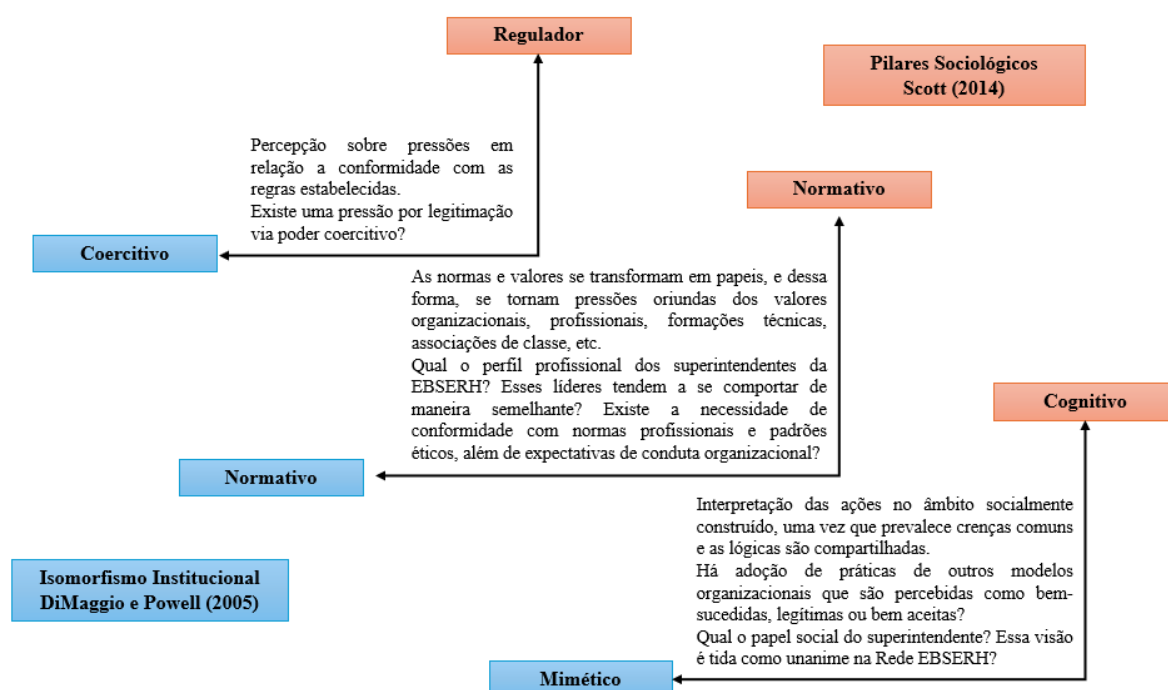
3. Critério de desejabilidade: o item deve expressar comportamentos desejáveis (atitude) ou característicos (personalidade);
4. Critério de clareza: o item deve ser inteligível, com expressões simples e inequívocas;
5. Critério de relevância: o item não deve insinuar atributo diferente do definido, ou seja, está pertinente com o objetivo da pesquisa?
6. Critério de precisão: o item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais.
7. Critério da amplitude: faz referência à totalidade da pesquisa. O conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo de análise deve cobrir a extensão de magnitude deste atributo.
8. Critério do equilíbrio: os itens do mesmo atributo devem cobrir proporcionalmente os seguimentos, ou seja, possuir itens fáceis, médios e difíceis. Contudo, considerando o objetivo do presente estudo, esse critério foi ajustado para abranger diferentes características das vertentes estudadas.
9. Critério de variedade: variar a linguagem, já que o uso dos mesmos termos em todos os itens confunde as frases e dificulta diferenciá-las.
10. Critério da modalidade: as frases não devem possuir expressões extremadas, tais como ‘excelente’, ‘miserável’ etc.
11. Critério da tipicidade: as frases devem possuir expressões condizentes com o atributo investigado, ou seja, representar a experiência do público-alvo, neste caso, os Superintendentes.
12. Critério da credibilidade: o item deve ser formulado de modo a que não pareça ser ridículo, despropositado ou infantil.

Diante disso, considerando as matrizes teóricas construídas que abordaram as características das vertentes do NS e NER, foram formuladas premissas a fim de compor um questionário, seguindo os ensinamentos de Pasquali (1996), e considerando o referencial teórico das três vertentes do Neoinstitucionalismo defendidas por Hall e Taylor (2003).

Nesse contexto, na vertente do NS, foi construída uma matriz de consolidação dos pilares institucionais sociológicos apresentados por Scott (2014), e os tipos de isomorfismo institucional, segundo DiMaggio e Powell (2005). Tal consolidação se mostrou possível uma

vez que ambas as abordagens se tornam complementares ao analisar a legitimação institucional, apesar de ênfases distintas: Scott (2014) com os pilares apresenta o que dá sustentação e apoio às instituições, e DiMaggio e Powell (2005) aborda como as instituições se tornam semelhantes. Desse modo, no âmbito dessa abordagem, foram coletados os dados por meio de um questionário aplicado com os Superintendentes dos hospitais da Rede EBSEH, haja vista serem as autoridades máximas dos hospitais. Nesse contexto, a matriz disposta na figura 5 demonstra o roteiro de análise, considerando o objetivo: Examinar como a EBSEH, no cerne dos hospitais universitários, atua frente às pressões institucionais e o isomorfismo.

Figura 5 - Matriz para análise institucional com base no Neoinstitucionalismo Sociológico



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Em relação ao NER, foi adotada uma matriz de análise construída com base nos ensinamentos de Hall e Taylor (2003), de modo que subsidiou as premissas do questionário. O quadro 23 apresenta a matriz relacionada ao NER.

Quadro 23 - Matriz para análise institucional com base no Neoinstitucionalismo da Escolha Racional

Objetivo	Dimensão de análise	Variáveis
Identificar se a tomada decisão, dentro da própria Rede EBSEH, no	Características de pressupostos comportamentais	Os Superintendentes possuem a mesma formação? Já foram gestores em outra organização hospitalar? (seja na própria EBSEH ou outra) Qual função exerciam antes de se tornaram Superintendentes?

âmbito dos Superintendentes dos hospitais universitários, é influenciada por interesses e incentivos racionais.		Quais atitudes/comportamentos não seriam adequadas a um Superintendente?
	Vida política como dilemas de ação coletiva	É possível no âmbito da Rede EBSEH, que um superintendente consiga mais benefícios e incentivos do que outros, no âmbito de sua atuação institucional? Os Superintendentes agem de maneira a maximizar a satisfação de suas preferências correndo o risco de produzir um resultado subótimo para a coletividade? As ações na EBSEH são moldadas por interesses específicos?
	Interação estratégica	Existe diálogo entre os Superintendentes para formação de parcerias entre os hospitais da Rede EBSEH relacionadas as suas atividades finalistas? Os Superintendentes possuem expectativas quanto atuação da EBSEH Sede e diante disso, ações são adotadas com base nessas expectativas? Os Superintendentes podem contribuir na escolha dos demais membros dos colegiados executivos dos hospitais?
	Ganho obtido pela cooperação	Existe diálogo entre os Superintendentes para formação de coalizões/alianças frente as atuações estratégicas na Rede EBSEH? A EBSEH possibilita vantagens profissionais aos Superintendentes frente a outras instituições?

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Desse modo, a matriz da figura 5 e a matriz do quadro 23 subsidiaram a elaboração das premissas que compuseram o questionário aplicado com os Superintendentes da Rede EBSEH.

3.3.2 Questionário

Joshi et al (2015) apresentam o conceito de atitude como uma maneira preferencial de se comportar e/ou agir em determinado momento e circunstância. Likert (1932) apresenta o seguinte: que atitudes seriam disposições para ações explícitas, e que seriam também substitutos verbais para essas ações. Contudo, para além desses conceitos, as atitudes, para Likert (1932), são agrupadas em padrões ou grupos. Assim, o autor presume que o comportamento explícito, seja ele favorável ou contrário a um grupo racial, nacional, religioso ou outro, tenha algum valor preditivo em relação à conduta futura quando o mesmo grupo ou classe estiver envolvido.

As atitudes podem ser concebidas como interligadas numa variedade de questões públicas. Nesse contexto, Likert (1932) concebeu uma escala de medição de atitudes, ou comumente chamada de levantamento de opiniões, e aplicou pela primeira vez em 1929 com estudantes de graduação no Estados Unidos. Para Joshi et al (2015), a escala Likert originalmente, é composta de afirmações (itens) dado uma situação real ou hipotética de estudo. Assim, os participantes são solicitados a demonstrar seu nível de concordância com essa afirmação, que é disposta numa escala métrica (de discordo totalmente a concordo totalmente).

Diante disso, no presente estudo foi elaborado um questionário, que foi aplicado com os Superintendentes dos hospitais universitários da Rede EBSEH, no qual seguiu os parâmetros de Likert, com premissas construídas com base nos ensinamentos de Pasquali (1996). O questionário foi organizado em 2 seções: a primeira apresentou questionamentos gerais, para que fosse possível a construção do perfil dos Superintendentes da EBSEH. A segunda seção apresentou afirmativas dispostas numa escala de 5 pontos. Cada afirmação se tornou uma escala em si, e a reação do respondente para cada uma delas recebeu uma pontuação.

O questionário foi encaminhado pelo *Google Forms* (eletrônico) para os E-mails dos Superintendentes da Rede EBSEH. O questionário seguiu com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para o devido consentimento do participante, antes de responder ao questionário.

Como o questionário foi criado especificamente para este estudo, foi realizado um pré-teste com a finalidade de realizar a sua validade enquanto instrumento de coleta de dados, assim como corrigir eventuais incoerências. Desse modo, foi selecionado e realizado o convite a um hospital da Rede EBSEH para aplicação do questionário teste elaborado previamente, elucidando os devidos esclarecimentos da pesquisa, e a necessidade de retorno para ajustes que se fizerem necessários.

3.3.3 Uso de Inteligência Artificial

Foi utilizada a inteligência artificial (IA) para adequação das questões do questionário, considerando as diretrizes de Pasquali (1996), no âmbito da construção das escalas de atitude. Assim, ao construir as premissas do questionário, esse instrumento foi submetido a análise da IA sob o questionamento se as afirmações atendiam aos 12 critérios estipulados por esse autor. Desse modo, alguns ajustes foram realizados nas premissas, conforme quadro 24.

Quadro 24 - Uso de IA na adequação do questionário

Perguntas antes da aplicação da IA	Perguntas após aplicação da IA	Necessidade dos ajustes
NS		
Estabeleço diretrizes no HU, e se necessário sanções são aplicadas para influenciar comportamentos futuros	Estabeleço diretrizes, e se necessário, adoto medidas corretivas para alinhar comportamentos aos resultados esperados no HU	O ajuste foi realizado para adequar à regra da 'amplitude'.
Implemento mudanças operacionais e/ou estruturais no HU motivadas por pressões (órgãos reguladores, contratos institucionais e até mesmo por pressão da sociedade)	Implemento mudanças no HU em respostas a pressões/exigências institucionais, regulatórias e/ou sociais	O ajuste foi realizado para adequar às regras da 'credibilidade' e 'precisão'.
	Baseio minhas decisões nos valores organizacionais da EBSEH e nas	

Sinto que os valores organizacionais da EBSEH influenciam minhas decisões mesmo na ausência de regras Percebo que os Superintendentes da EBSEH atuam em uniformidade das decisões institucionais Em casos de incerteza, adoto práticas organizacionais que são consideradas bem-sucedidas em outros hospitais da Rede EBSEH Percebo que alguns padrões culturais influenciam o dia a dia do HU mais que as regras formais	responsabilidades esperadas de um Superintendente Busco manter minhas decisões alinhadas às diretrizes institucionais da EBSEH e às ações de outros superintendentes. Em casos de incerteza, adoto práticas organizacionais que são consideradas bem-sucedidas em outros hospitais da Rede EBSEH Adoto práticas influenciadas pela cultura organizacional mesmo quando não estão previstas em regras formais	O ajuste foi realizado para adequar às regras da ‘precisão’. O ajuste foi realizado para adequar às regras da ‘comportamental’. Não houve necessidade de ajustes O ajuste foi realizado para adequar às regras da ‘comportamental’ e ‘precisão’.
NER		
Percebo que algumas ações da EBSEH são moldadas por interesses de atores específicos, ainda que isso comprometa o desempenho coletivo da Rede Percebo que existem superintendentes que conseguem mais benefícios e incentivos institucionais do que outros Considero as possíveis reações da EBSEH Sede antes de tomar uma decisão Adoto estratégias nas minhas decisões com base nos direcionamentos da universidade vinculada a este hospital Busco parcerias com outros superintendentes para fortalecer atividades assistenciais e/ou acadêmicas Identifico que a EBSEH me possibilita vantagens profissionais melhores em comparação com outras instituições	Tomo decisões priorizando o impacto coletivo e institucional, mesmo que preferências pessoais pareçam mais vantajosas para mim. Adoto estratégias para lidar com eventuais diferenças no acesso a benefícios e incentivos recebidos pelos superintendentes da EBSEH Considero as possíveis reações da EBSEH Sede antes de tomar decisões relevantes no HU Adoto estratégias nas minhas decisões com base nas orientações institucionais da universidade vinculada a este hospital Busco parcerias com outros superintendentes para fortalecer atividades assistenciais e/ou acadêmicas Exploro os benefícios e recursos disponíveis na EBSEH para melhorar minha atuação, considerando que a instituição seleciona e oferece vantagens competitivas em relação a outras organizações.	O ajuste foi realizado para adequar às regras da ‘comportamental’, ‘precisão’ e ‘desejabilidade’. O ajuste foi realizado para adequar às regras da ‘credibilidade’ e ‘desejabilidade’. O ajuste foi realizado para adequar às regras da ‘clareza’ O ajuste foi realizado para adequar às regras da ‘precisão’ Não houve necessidade de ajustes O ajuste foi realizado para adequar às regras da ‘comportamental’, ‘desejabilidade’ e ‘tipicidade’

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

3.3.4 Garantias éticas aos participantes da pesquisa

A pesquisa foi pautada pela ética científica, de modo a haver as orientações quanto ao escopo do estudo e o papel dos respondentes dentro dele, a fim de que pudessem compreender os impactos de sua participação, e por conseguinte, embasar sua decisão quanto a aceitar ou não a participação na pesquisa. Nesse contexto, o contato entre o participante e a pesquisadora se deu de forma remota, primeiramente por meio do envio de e-mail com o questionário, em que foi realizado o convite para participar da pesquisa. O participante podia entrar em contato com a pesquisadora para sanar quaisquer dúvidas sobre a pesquisa, uma vez que os dados de contato da pesquisadora seguiram em conjunto com o instrumento de coleta.

Ultrapassados o prazo de uma semana do envio do instrumento de coleta (questionário), e não havendo devolutiva de questionários respondidos, a pesquisadora atuou entrando em contato com os Superintendentes da Rede EBSERH por meio da plataforma Microsoft teams, que possibilitou uma comunicação via chat. A privacidade e o sigilo das informações foram respeitados, com vistas à proteção da identidade e garantia do bem-estar dos envolvidos. Ademais, foi garantido o retorno, ao final da pesquisa, dos resultados obtidos e a relevância da contribuição dos participantes.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

A abordagem predominante na análise dos dados foi a análise de conteúdo. Bardin (2016) apresenta o seguinte conceito:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimento sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (Bardin, 2016, p. 48).

Sampaio e Lycarião (2021), por sua vez, asseveram o seguinte:

Análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa científica baseada em procedimentos sistemáticos, intersubjetivamente validados e públicos para criar inferências válidas sobre determinados conteúdos verbais, visuais ou escritos, buscando descrever, quantificar ou interpretar certo fenômeno em termos de seus significados, intenções, consequências ou contextos (Sampaio e Lycarião, 2021, p. 17).

Ambos os conceitos se complementam. Nesse contexto, essa metodologia foi adotada nos seguintes pontos do estudo: na pesquisa documental e bibliográfica, construção das afirmativas do questionário para verificação das dimensões se as vertentes do Neoinstitucionalismo estão sendo investigadas, conforme as características do NS e NER; foi

adotada na conversão das respostas do questionário em perfis (categorias), para posterior análise, uma vez que o questionário foi composto de afirmativas tipo escala likert.

O quadro 25 apresenta as fases da análise de conteúdo que foram aplicadas a este estudo, conforme os ensinamentos de Bardin (2016) e Sampaio e Lycarião (2021).

Quadro 25 - Fases da análise de conteúdo

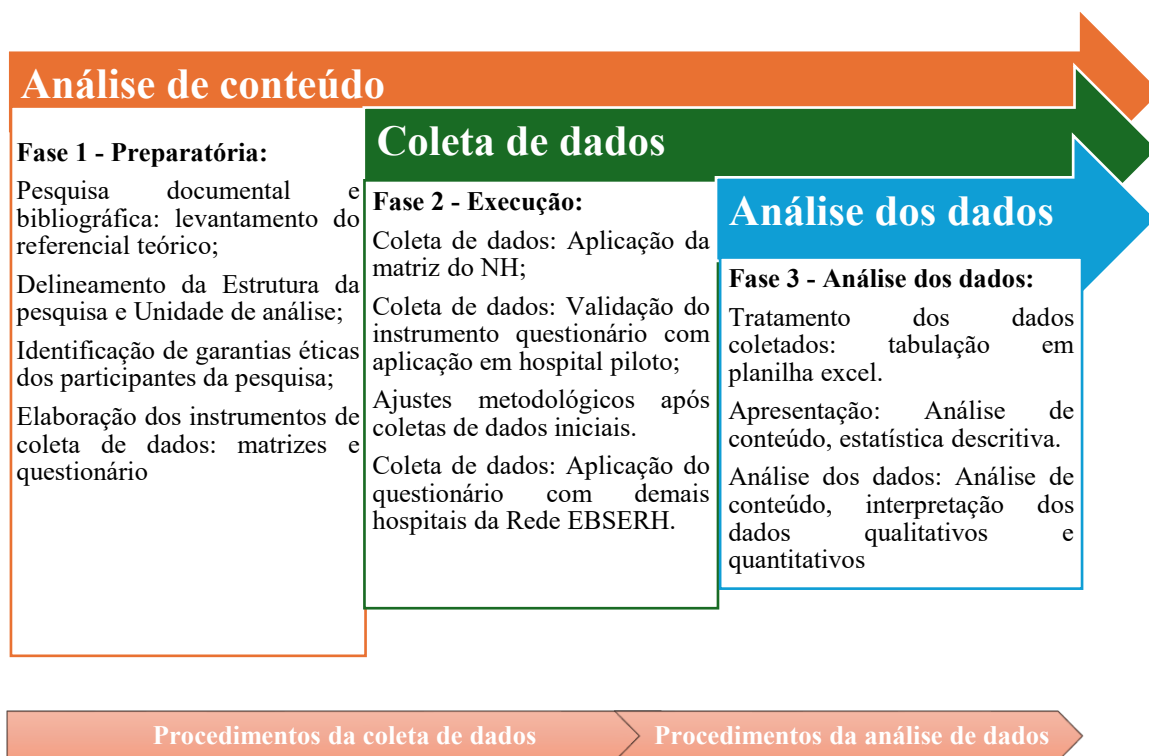
Bardin (2016)	Sampaio e Lycarião (2021)	Procedimentos adotados na coleta dos dados	Procedimentos adotados na análise dos dados
Pré-análise Escolha dos documentos, formulação dos objetivos de análise, elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final.	Conceituação Revisão da literatura, formulação das questões de pesquisa	Leitura do referencial teórico, seleção do material a ser utilizado, definição dos pontos investigativos	Leitura flutuante dos dados coletados: fontes documentais (leis de criação da EBSEH, regimento interno da empresa, dentre outros).
Exploração do material ou codificação Os dados brutos são transformados e agregados em unidades, permitindo uma descrição das características do conteúdo	Desenho Seleção da unidade de análise, criar e definir as categorias, definição de amostragem (caso seja utilizada), pré-teste das categorias, aplicação após ajustes	Leitura, codificação e categorização dos pontos investigativos (matrizes), conforme arcabouço teórico, e elaboração do questionário; Aplicação do teste piloto.	Classificação dos dados coletados no teste piloto.
Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação Operações estatísticas simples, de modo a permitir a apresentação dos dados em diagramas, figuras, modelos etc.	Análise Tabulação e aplicação dos procedimentos, apresentação e interpretação dos resultados	Definição das estatísticas descritivas a serem abordadas	Aplicação do teste final, após ajustes da retroalimentação do teste piloto; apresentação dos dados por meio de estatísticas descritivas (por exemplo, contagem, média e mediana) e gráficos, e interpretação com base no arcabouço teórico das vertentes do Neoinstitucionalismo, de modo a responder as perguntas de pesquisa.

Fonte: elaborado pela autora (2025) com base em Bardin (2016) e Sampaio e Lycarião (2021)

Além da análise de conteúdo, foi incorporada na análise dos dados da pesquisa, as abordagens da estatística descritiva, conforme já mencionado no quadro 21 - Fases e atividades da pesquisa. Para Sampaio e Lycarião (2021), as análises estatísticas possibilitam um exame quantitativo de eventos e características de uma população de estudo. Dessa forma, pode-se obter essa análise por meio da estatística descritiva, que aborda técnicas como frequências e gráficos, medidas de tendência central, tais como média e moda (Sampaio e Lycarião, 2021).

Desse modo, ao utilizar dessa incorporação metodológica foi possível traduzir em quantificações os conceitos abstratos, a partir de interpretações das construções teóricas proporcionadas pela pesquisa. A figura 6 demonstra o percurso proposto, considerando as fases da pesquisa descritas no quadro 21- Fases e atividades da pesquisa e quadro 25 – Fases da Análise de Conteúdo.

Figura 6 - Percurso metodológico



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

No âmbito das análises dos dados dos questionários, estes foram tabulados em planilha Excel de modo a possibilitar a identificação de frequências, e construções de gráficos. Assim, foi possível compreender que, quanto mais forte for o conjunto em direção a um ou outro extremo da escala de atitudes prevista no questionário, mais ele influencia as reações específicas dos respondentes da pesquisa. Quando o conjunto não foi forte, os próprios itens específicos determinaram a reação, e dessa forma as atitudes dos respondentes.

4. ANÁLISE SITUACIONAL

Nessa seção apresentam-se os resultados e discussões da pesquisa, considerando que para cada objetivo delineado houve a coleta e análise dos dados. Assim, tem-se a análise individual de cada abordagem neoinstitucional, com posterior consolidação da análise numa única abordagem interpretativa: atuação da EBSEH sob as três vertentes neoinstitucionais.

Para análise do Neoinstitucionalismo Histórico foi utilizada pesquisa documental e bibliográfica, considerando a matriz de coleta de dados norteadora. No âmbito das duas abordagens seguintes (Neoinstitucionalismo Sociológico e da Escolha Racional), foram utilizados os resultados dos questionários aplicados com os Superintendentes da Rede EBSEH, considerando o referencial teórico.

Tendo em conta o questionário, tem-se os seguintes esclarecimentos: houve primeiramente a aplicação de um teste piloto com um hospital da Rede EBSEH. O envio do questionário ocorreu em 23 de outubro de 2025, havendo devolutiva em 29 de outubro de 2025. Com a devolutiva, houve uma conversa com o Superintendente a fim de haver ajustes no questionário, considerando possíveis dificuldades encontradas. No âmbito dos ajustes, estes foram os seguintes:

- Ajustado o tempo estimado de resposta (inicialmente previsão de 10 min, após ajuste passou ao intervalo de entre 10 e 15 minutos);
- Ajustada a questão 8 (para incluir possibilidade de gestão hospitalar na própria EBSEH, antes de se tornar Superintendente);
- Ajustado o método de coleta de resposta: no *Google Forms* foi selecionado a opção “pessoas específicas em EBSEH podem responder”, para impedir que outras pessoas, que não fossem os Superintendentes titulares pudessem ter acesso, e responder a pesquisa. Dessa forma, para responder ao questionário, o participante deveria acessar o seu e-mail institucional da EBSEH (que foi enviado previamente para a pesquisadora pela EBSEH Sede, e cadastrado no *Google Forms*), confirmando assim a identidade do respondente, além de impossibilitar que a mesma pessoa responda duas vezes ou mais o mesmo questionário.

Após ajustes, conforme aplicação do teste piloto, o questionário foi encaminhado para todos os outros Superintendentes da EBSEH. O primeiro envio do questionário eletrônico ocorreu em 30 de outubro de 2025, obtendo apenas 4 respostas. Após identificar quais Superintendentes haviam respondido o questionário, outro e-mail foi encaminhado aos remanescentes, em 03 de novembro de 2025, juntamente com mensagem via plataforma *Microsoft teams*, que permitiu comunicação via chat, obtendo-se mais 10 respostas. Uma

terceira tentativa foi realizada via e-mail em 10 de novembro de 2025, com posterior contato telefônico com as secretárias/gabinetes das Superintendências, em 13 de novembro de 2025, obtendo-se mais 10 respostas.

Diante disso, do total de 40 Superintendentes da Rede EBSE RH, obteve-se um total de 24 respondentes, totalizando 60%. O quadro 26 demonstra um panorama de participantes da pesquisa, considerando a regionalidade dos respondentes.

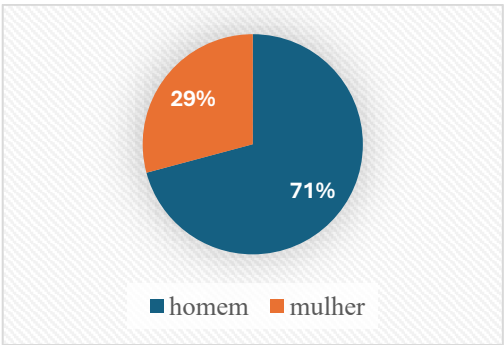
Quadro 26 - Panorama regional dos participantes da pesquisa

Região	Total de Superintendentes	Respondentes	Porcentagem
Centro Oeste	5	3	60%
Nordeste	16	8	50%
Norte	5	4	80%
Sudeste	9	6	67%
Sul	5	3	60%
	40	24	60%

Fonte: elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2025)

Apesar de não obter a totalidade de respostas, obteve-se 60% de participação dos Superintendentes da EBSE RH. O quadro 26 apresenta a estratificação dos participantes, considerando as regiões geográficas do Brasil. Assim, os resultados trabalhados no estudo consideram a perspectiva da EBSE RH, de maneira a permitir a consolidação de características e posicionamentos de atores de regiões diferentes, ou seja, demonstra que a perspectiva de respostas trabalhadas no estudo não se refere apenas a uma característica regional, mas sim nacional no âmbito da EBSE RH, uma vez que se obteve um percentual igual ou superior a 50% de participação de cada região do país.

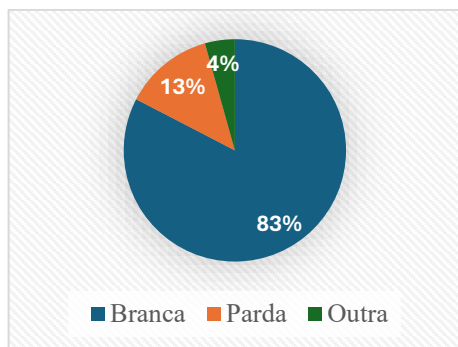
Gráfico 1 – Resultados: como você se identifica



Fonte: elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2025)

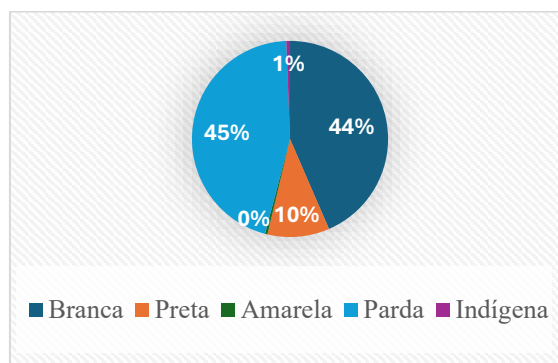
A despeito da existência de outras identidades de gêneros, os participantes da pesquisa se identificaram como homens e mulheres. Considerando os resultados, percebe-se que em sua maioria (71%), os líderes da EBSEH (Superintendentes) são homens.

Gráfico 2 - Resultados: como você se autodeclara



Fonte: elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2025)

Gráfico 3 - Distribuição da população por raça ou cor no Brasil - IBGE



Fonte: IBGE, 2022

Ao analisar o gráfico 2, percebe-se que 83% dos respondentes se autodeclararam pessoas brancas. Nesse contexto, ao fazer uma análise conjugada com os dados do gráfico 1, tem-se que os Superintendentes da EBSEH são, considerando os resultados da pesquisa, em sua maioria homens brancos.

Ao considerar os dados estatísticos divulgadas pela própria empresa, observa-se que na Rede EBSEH, os resultados da pesquisa não refletem um panorama proporcional de diversidade nesses cargos de Superintendentes, pois a força de trabalho da empresa é formada por 70,8% de mulheres, e 43,8% de pessoas negras e pardas (EBSEH, 2025b).

Além disso, apresentando os dados do censo do IBGE de 2022 (gráfico 3), constata-se que a população preta e parda são a maioria no país (10% e 45%, respectivamente). Dessa forma, ao considerar os resultados apresentados nos gráficos 1, 2 e 3, conclui-se que a maior rede de hospitais universitários do país é administrada por uma parcela da população que não reflete a diversidade de gênero e cor do Brasil.

Destarte haver essa característica da EBSEH, qual seja, Superintendentes homens brancos (maioria), a empresa assevera haver estratégias para ampliar a presença de pessoas negras e pardas, e de mulheres, em cargos de chefia, por meio do projeto estratégico “Ebserh para Todas as Pessoas” (EBSEH, 2025b).

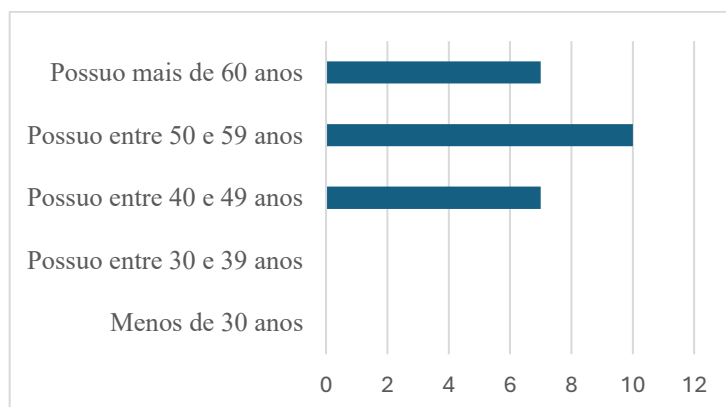
Um questionamento, contudo, deve ser levantado: a empresa se refere a todos os cargos de chefia da empresa? Isso inclui o cargo de Superintendente? Afinal de contas, a seleção do

Superintendente da Rede EBSEERH não é propriamente realizada pela própria EBSEERH, como nos demais cargos de chefia. Como consta na Resolução Normativa nº 1 de 2025 da EBSEERH, os cargos de Superintendentes serão indicados pelo(a) reitor (a) da respectiva Universidade Federal. Apesar dos atos de nomeação e exoneração caberem ao Presidente da EBSEERH, as indicações partem da universidade, e não há, contudo, menção alguma de aspectos de diversidade, equidade e inclusão na normativa que possam ponderar e/ou até mesmo incluir mulheres, pretos e pardos. O que há, são critérios de formação acadêmica e de experiência profissional que devem ser respeitados pelos candidatos.

Considerar um projeto estratégico que busca ampliar participação da população negra e parda que não inclui o mais alto cargo de gestão dos hospitais universitários reflete o padrão vivido no país de outrora: cargos mais altos ocupados por pessoas brancas, enquanto os pretos e pardos ocupam postos que dependem da direção e decisões tomadas pelos homens brancos. Esse panorama apenas reflete uma situação histórica do Brasil, apenas sendo desenvolvido com uma nova roupagem.

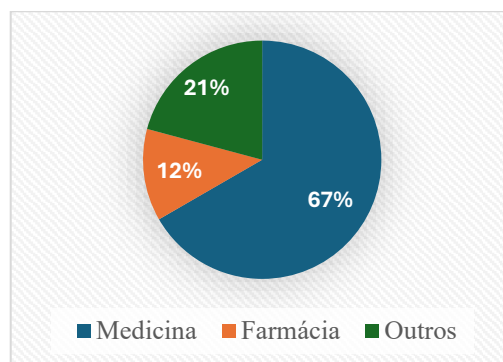
Ressalta-se, contudo, que os requisitos ora estipulados pela empresa não devem ser desrespeitados ou desvalorizados, afinal de contas, como será visto nos próximos resultados da pesquisa, todos os Superintendentes possuem formação acadêmica na área. Contudo, a história do país demonstra que para mulheres, pretos e pardos, possuir a mesma qualificação que homens brancos não os mantém em pé de igualdade numa seleção, principalmente quando envolvem altos cargos de gestão.

Gráfico 4 - Resultados: qual sua idade



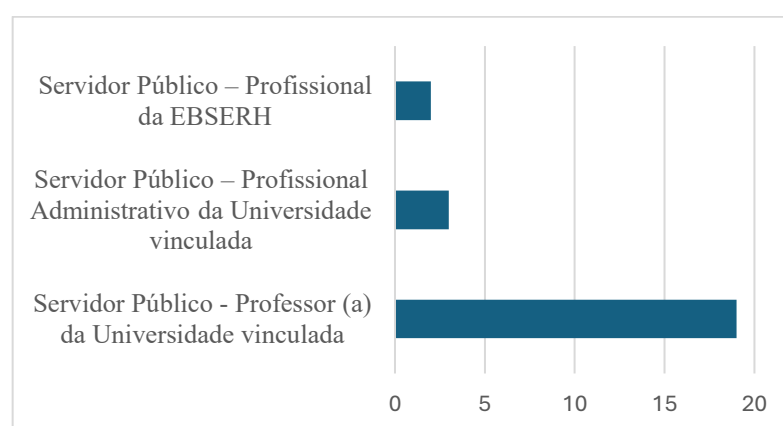
Fonte: elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2025)

Em termos de idade, as Superintendências da EBSEERH demonstram ser de meia-idade, o que caracteriza pessoas com certa maturidade e experiências de vida e profissional.

Gráfico 5 - Resultados: formação de ensino superior

Fonte: elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2025)

Considerando o gráfico 5, percebe-se que a formação de ensino superior das Superintendências da EBSEH está relacionada com a área da saúde. Afinal de contas, até mesmo dentro da categoria “outros”, que contém formações diversas, foi possível encontrar: enfermagem, biomedicina, odontologia e terapia ocupacional. Contudo, apesar de ser a categoria predominante, possuir formação em curso da área da saúde não é um requisito obrigatório previsto na resolução normativa 1 de 2025 da EBSEH. Na realidade, o que se exige é formação em área de atuação compatível com o cargo. E a prática disso, reverbera na atual composição dos Superintendentes, uma vez que houve também participantes da pesquisa cuja formação superior é em contabilidade.

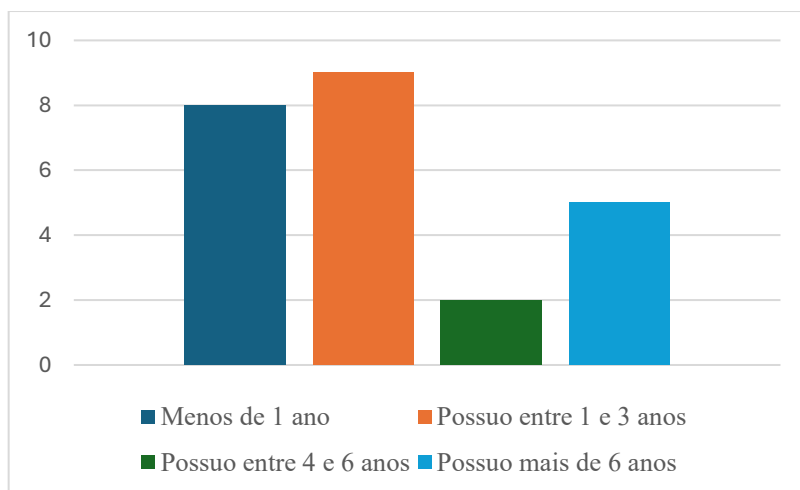
Gráfico 6 - Resultados: atuação antes da Superintendência

Fonte: elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2025)

Ao considerar a atuação profissional anterior ao cargo de Superintendente (gráfico 6), tem-se que a maioria dos participantes relataram ser professores (as) da universidade vinculada. Prática essa que já é antiga no âmbito dos hospitais universitários, uma vez que no âmbito dos

pré-requisitos para ocupar os cargos nos HU, Caldas (2008) identificou o principal requisito: ser professor da faculdade de medicina (71,43%), seguido de ser professor da universidade (21,43%). Assim, mesmo antes da existência da EBSEH, os hospitais universitários já estavam sendo administrados por professores da Universidade, configurando um achado da pesquisa, no âmbito da dependência de trajetória institucional (*path dependency*).

Gráfico 7 - Resultados: tempo de atuação na empresa EBSEH como Superintendente



Fonte: elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2025)

Considerando o gráfico 7, a maioria dos participantes da pesquisa possuem no máximo 3 anos de gestão. Esse fato pode estar relacionado com a forma de fazer política no Brasil. Um efeito cascata é seguido quando se muda a Presidência da República: muda-se o ministro da educação, por conseguinte muda-se a presidência da EBSEH, e paralelo a isso, tem-se eleições para as reitorias das universidades. Então, considerando essa rede de instituições num arranjo institucional de gestão político-administrativa, sem grande rigor, observa-se o seguinte: mudando o Presidente da República, muda-se o Superintendente da EBSEH.

Ressalta-se, contudo, que não é uma explicação de cunho taxativo, uma vez que os próprios resultados da pesquisa apresentam que há Superintendentes na Rede EBSEH que possuem mais de 6 anos no cargo, o que demonstra haver também certa continuidade de gestão administrativa em diferentes governos no Brasil.

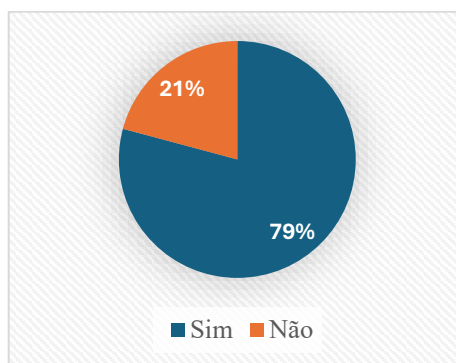
A EBSEH, contudo, na resolução normativa 1 de 2025 da EBSEH, disciplina uma temporalidade para exercício no cargo do colegiado executivo (que envolve o Superintendente):

Art. 6º É vedada a indicação para cargo do Colegiado Executivo:
(...)

VII. de pessoa que tenha ocupado, há menos de 2 (dois) anos da data de sua exoneração e por prazo igual ou superior a 8 (oito) anos, o mesmo cargo para o qual esteja sendo indicado (EBSERH, 2025c).

Ou seja, se alguém ficou 8 anos ou mais como Superintendente, e foi exonerado há menos de 2 anos, essa pessoa não pode voltar a assumir esse cargo. Só poderá ser novamente indicado (a) depois de completar 2 anos de sua exoneração. Assim, tal normativa pretende evitar a perpetuação de uma pessoa no mesmo cargo de liderança, evitando o acúmulo de poder. Tal princípio está de acordo, inclusive, com os parâmetros adotado no próprio país, que normatiza que o líder do Poder Executivo poderá ser reeleito para um único período subsequente.

Gráfico 8 - Resultados: antes de ser Superintendente da EBSERH atuou como gestor em alguma organização hospitalar? (EBSERH ou outra)



Fonte: elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2025)

Os resultados apresentados no gráfico 8 demonstram que os Superintendentes possuíam experiência anterior em organização hospitalar (79%), o que corrobora com os requisitos de experiência mínima obrigatória definidos pela empresa:

1. Superintendente, Superintendente-Geral e Superintendente Executivo

Formação mínima obrigatória: Graduação completa em curso reconhecido pelo MEC; e Especialização ou mestrado ou doutorado em áreas da saúde, gestão ou administração hospitalar, saúde coletiva, economia, direito sanitário, políticas públicas ou áreas correlatas.

Experiência mínima obrigatória: 4 anos de experiência comprovada de atuação no setor saúde, sendo pelo menos 2 anos de experiência em gestão hospitalar ou de sistemas de saúde; ou

4 anos de atuação como docente ou pesquisador na área de atuação da empresa pública, com pelo menos 2 anos de experiência em gestão hospitalar ou em gestão de sistemas de saúde.

Experiência recomendável: Atuação no SUS e em universidades públicas. (EBSERH, 2025c).

Contudo, mesmo a maioria (79%) tendo afirmado possuir experiência anterior, ainda restou Superintendentes da EBSERH que declararam não ter tido experiência pretérita com

gestão na área hospitalar (21%). Ressalta-se, contudo, que a normativa que apresenta tais requisitos foi publicada em 2025, entrando em vigor no mesmo ano.

4.1 NEOINSTITUCIONALISMO HISTÓRICO: O CASO DA EBSEH

Ao considerar o objetivo específico “Mostrar a dependência da trajetória da EBSEH no âmbito da atual configuração institucional”, foi utilizada como norteadora para coleta de dados, a matriz contida no quadro 22. Portanto, apresenta-se abaixo os resultados com base nos questionamentos da matriz do NH.

Dimensão Institucional-formal

O que demandou a criação da instituição?

A demanda pela criação da EBSEH, conforme fundamentação teórica apresentada, recai sobre o contexto histórico do Brasil. A sequência abaixo sintetiza os principais pontos apresentados no referencial teórico, que podem ser elencados como fatores históricos, que culminaram com a necessidade de criação de uma organização administradora das unidades hospitalares universitárias.

1. Transformação de cursos de medicina em faculdade, após Proclamação da Independência, 1822;
2. Publicação do relatório Flexner, 1910;
3. Crescimento do ensino médico no Brasil, 1930;
4. Acordo entre o Ministério da Educação e *United States Agency for International Development* (Usaid), com criação de hospitais escolas 1964;
5. Formalização de convênio entre o Ministério da Educação e Ministério da previdência social para integrar os hospitais de ensino na rede de assistência médica da previdência social, a partir de 1970 (Suposto momento de início da crise dos hospitais universitários);
6. Crise na previdência e esforços para manutenção dos HUFs, em torno de 1980;
7. Portaria Interministerial MEC/MPAS nº 15, de 22 de maio de 1987, estabeleceu no âmbito do Convênio MEC/MPAS, alguns critérios e parâmetros para a aplicação do índice de Valorização de Desempenho (IVD) exclusivo para os hospitais de ensino;
8. Nova Constituição Federal com a criação do SUS, 1988;

9. Lei orgânica da saúde, com integração dos hospitais universitários no SUS, 1990 (suposto agravamento da crise dos hospitais universitários, após sua inserção no SUS);
10. Criação de Comissão Interinstitucional para avaliar e diagnosticar a situação dos HUFs e dos Hospitais de Ensino, para reorientar e/ou reformular a política nacional para o setor, 2003;
11. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000 de 15/04/2004, definição das competências da certificação dos hospitais de ensino, 2004;
12. Criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS, pelo Ministério da Educação, com esclarecimentos sobre a contratualização, 2004;
13. Criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, pelo Ministério da Saúde, 2004;
14. Auditoria Operacional realizada pelo TCU, 2009;
15. Criação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), 2010;
16. Medida Provisória para criação da EBSEH, 2010;
17. Projeto de Lei que autoriza o Executivo a criar a EBSEH, 2011;
18. Sanção da Lei 12.550 que autoriza o Poder Executivo a criar a EBSEH, 2011.

Os principais pontos refletem algumas necessidades do país, no âmbito dos hospitais de ensino: uma gestão hospitalar eficiente, considerando a dupla finalidade dos hospitais (assistência à população e apoio ao ensino e à pesquisa das universidades); adequação jurídico-institucional sustentável; aporte para o financiamento das atividades; e a contratação e gestão da força de trabalho. Assim, a adequação institucional envolveu as seguintes estruturas: capital integralmente da União; investidura por concurso público, considerando o regime celetista; compras e contratações conforme normativos da administração pública; e controle pelo Tribunal de Contas da União.

A exposição de motivos nº 00127/2011/MP/MEC apresentou uma proposta de adequação jurídico-institucional voltada para a construção de um modelo de gestão administrativa, orçamentária e financeira baseada em resultados, com gestão integrada das várias unidades hospitalares. A proposta defendeu que essa disposição possibilitaria o ganho de escala e especialização nos processos de compras, nos processos finalísticos, na aquisição e disseminação de tecnologias e na gestão de pessoas. Ressalta-se que a proposta apresentada

também utilizou como argumentos os resultados das auditorias realizadas pelo Tribunal de Contas da União.

Ademais, a exposição de motivos nº 00127/2011/MP/MEC justificou também que a expansão das atividades dos hospitais universitários fora desenvolvida sobre bases institucionais frágeis e não sustentáveis a longo prazo. Então, a criação de uma empresa pública iria permitir uma solução jurídico-institucional sustentável, com a finalidade de prestar serviço de assistência médico-hospitalar e ambulatorial gratuita à população e prestar serviços de apoio às universidades federais, em suas atividades de ensino e pesquisa em saúde (dupla finalidade).

Contudo, apesar da proposta apresentada utilizar de premissas sociais, e argumentos de cunho histórico do Brasil, houve uma Ação Direta de Inconstitucionalidade frente à criação da EBSEH, a ADI 4895. Iniciada em 2013, com conclusão em 2020, a ação foi ajuizada pelo Procurador-Geral da República em face aos artigos 1º ao 17 da Lei nº 12.550 de 2011, que autorizou a criação da EBSEH. As alegações recaíram sobre a suposta violação dos artigos 37, caput, II e XIX; 39; 173, § 1º; 198; e 207, todos da Constituição Federal. Em 2020, a ação foi declarada improcedente, e em 2021 houve a certificação do trânsito em julgado da ação.

Ressalta-se que na ADI 4895, no voto da relatora ministra Cármen Lúcia, houve o destaque dos argumentos apresentados pela Presidência da República, quanto ao contexto nacional que impulsionou a opção de criação da EBSEH:

6. Os hospitais universitários federais enfrentam variadas dificuldades há mais de 20 anos, notadamente no que se refere ao seu quadro de pessoal e de estrutura física, tecnológica e de material.

7. A situação das instituições foi objeto de variadas medidas judiciais, além de auditorias e análises pelo Tribunal de Contas da União.

(...)

14. O ponto fulcral da necessidade de adoção de providências para adequação do regime de recursos humanos nos hospitais foi a determinação do Tribunal de Contas da União para rescisão de todos os contratos tidos por irregulares, e que remontavam à expressiva quantia de cerca de 26.000 (vinte e seis mil) colaboradores, cujo limite original fora posto o dia 31 de dezembro de 2011, prazo este impreterivelmente prorrogado para 31 de dezembro de 2012.

(...)

19. Destaque-se que o intuito de instituição da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares foi e é o de se regularizar as situações precárias apontadas pelos órgãos de fiscalização, de forma que as Universidades Federais podem, caso queiram, aderir à EBSEH, contratando-a para administrar os respectivos Hospitais Universitários (BRASIL, 2020b).

Desse modo, algumas das ações que envolveram auditorias e análises pelo TCU, relacionadas aos hospitais universitários, são apresentadas no quadro 27.

Quadro 27 - auditorias que envolveram hospitais universitários

Normativo	Tema
Acórdão 473/2008-TCU-Plenário	Auditoria de Natureza Operacional nos Hospitais Universitários do Rio de Janeiro, com o objetivo de avaliar a gestão dos processos de compras e de contratação, bem como a política de reestruturação
Acórdão 216/2005-TCU-Plenário,	Objetivos dos HUF
Acórdão 1762/2008-TCU-Primeira Câmara	Pagamento de plantões hospitalares
Acórdão 706/2007-TCU-Plenário	Relacionamento com fundações de apoio, pagamento de plantões, contratação de pessoal, entre outros
Acórdão nº 1.279/2008	Necessidade de um orçamento de custeio e de investimentos, sobre repasse de recursos às fundações, sobre controle de jornada dos médicos, entre outros
Acórdão nº 437/2006	Inadequação do plano de carreira do RJU nos HUF
Acórdão 1823/2006-TCU-Plenário,	Terceirização, em especial a dos anestesiólogistas
Acórdão 299/2005-TCU-Plenário	Necessidade de informatização e de contabilização dos custos hospitalares
Acórdão 2391/2008-TCU-Plenário	Intermediação das fundações de apoio para aquisição de bens e execução de obras ou serviços
Acórdão 273/2003-TCU-Plenário	ANOp no HCPA, com objetivo de avaliar o bloco cirúrgico
Acórdão 562/2006	ANOp no sistema de transplantes
Acórdão 1520/2006-TCU-Plenário	Prorrogação do prazo para substituição dos terceirizados nas IFES
Acórdão 2731/2008-TCU-Plenário	Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC) para avaliar o relacionamento das IFES com Fundações de Apoio
Acórdão 2813/2009 – TCU-Plenário	O objeto da auditoria são os Hospitais Universitários Federais vinculados ao MEC - Necessidade de uma avaliação sistêmica do conjunto das entidades, face os vários processos apreciados pelo TCU.

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Portanto, conclui-se que a criação da EBSEH foi demandada para realizar a administração dos hospitais universitários federais, de modo que estes pudessem atingir a sua dupla finalidade, qual seja prestar assistência à população e apoio ao ensino e à pesquisa das universidades.

Quais os objetivos da instituição?

Conforme consta na Lei nº 12.550/2011, em seu artigo terceiro, consta expressamente a finalidade da EBSEH:

Art. 3º A EBSEH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária.

§ 1º As atividades de prestação de serviços de assistência à saúde de que trata o caput estarão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (Brasil, 2011).

Portanto, ao considerar que a EBSEH foi criada para administrar os HUF, tem-se que sua finalidade se converge com a própria finalidade dos hospitais universitários no Brasil, ora já mencionada: a prestação de serviços gratuitos de assistência, e a prestação de apoio ao ensino, pesquisa e extensão às instituições públicas federais de ensino.

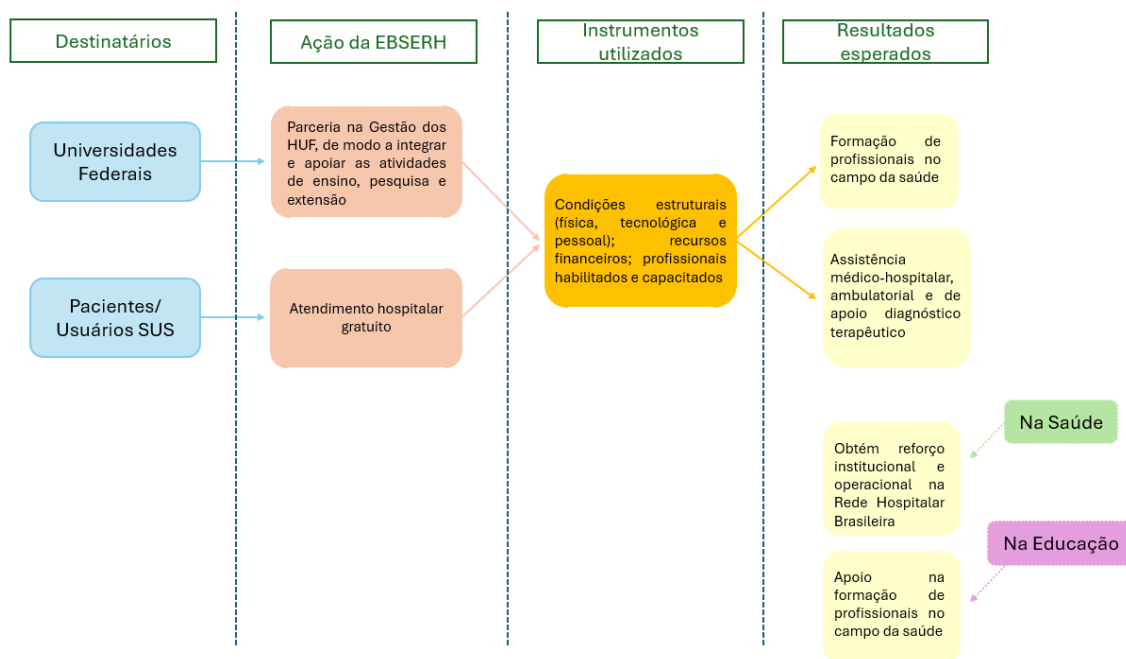
A que/quem se destina?

Considerando a dupla finalidade dos hospitais universitários no Brasil, tem-se dois destinatários: as universidades federais e os pacientes/usuários do SUS.

Quais os resultados esperados, tendo em vista os seus objetivos?

Os resultados esperados reverberam nas finalidades de instituição da empresa. Desse modo, espera-se, sobretudo, o apoio à formação de profissionais, e a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade. A figura 7 ilustra esses dois últimos pontos da Dimensão Institucional-formal do NH.

Figura 7 - Dimensão institucional-formal do NH



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Dimensão político-institucional

Quais outras instituições estão envolvidas no processo de execução de suas atividades?

1. Governo Federal/União: capital social da EBSEH pertence integralmente à União, além dos recursos da empresa serem provenientes do orçamento da União;

2. Ministério da Educação: vinculação institucional, que supervisiona a EBSEH na gestão dos hospitais universitários federais, e atua também no processo de certificação dos hospitais de ensino;
3. Ministério da Saúde: acompanhamento e monitoramento da execução das atividades na EBSEH no âmbito do SUS; atua no processo da certificação dos hospitais de ensino, conforme disciplina na Portaria Conjunta MS/MEC nº 8.033, de 29 de agosto de 2025;
4. Sistema Único de Saúde: Sistema pela qual os hospitais da Rede EBSEH prestam serviços de saúde à população;
5. Universidades Federais: Inicialmente atuam firmando o termo de adesão à gestão com a EBSEH, por meio da formalização do Contrato de Gestão, e posteriormente acompanha a execução dos serviços e metas a serem executadas pela EBSEH, conforme definidos no contrato de gestão firmado entre as duas instituições;
6. Gestor SUS: Prefeituras municipais que formalizam convênios com os hospitais da Rede EBSEH (contratualização);
7. Controladoria Geral da União, Tribunal de Contas da União, demais órgãos de controle: monitoramento e avaliação dos indicadores, transparência, execução dos serviços, performance, conformidade e demais análises pertinentes no âmbito da execução das atividades da Rede EBSEH, considerando as atuações relacionadas aos órgãos de controle.

Quais atores (e grupos de interesse) estão envolvidos no processo de execução de suas atividades?

1. Além das instituições informadas no tópico anterior, tem-se a força de trabalho da EBSEH (colaboradores EBSEH, profissionais cedidos das Universidades, terceirizados etc.);
2. Acadêmicos das Universidades e demais instituições de ensino, que porventura possam participar das atividades da EBSEH (ora sendo receptores das atividades fins, ora sendo atuantes em conjunto com a EBSEH para alcance dos objetivos propostos);
3. Fornecedores dos serviços e materiais necessários para execução das atividades da empresa.

Há também aqueles de cunho mais social que estão envolvidos nas atividades da EBSEH, tais como:

- Sindicatos dos trabalhadores da saúde e da educação;

- Conselhos de classe profissional;
- Associações de estudantes e entidades acadêmicas;
- Conselhos de Saúde.

Quais arranjos institucionais sustentam a execução das atividades da instituição?

Lotta e Favareto (2016, p. 54) apresentam arranjos institucionais como “regras específicas que os agentes estabelecem para suas transações econômicas ou nas relações políticas e sociais e que definem a forma de coordenação de processos em campos específicos”. Para as autoras, o estudo dos arranjos institucionais possibilita a observação de variáveis importantes para entender a definição dos atores envolvidos, considerando a efetiva governança, os processos decisórios e os graus de autonomia dos envolvidos.

Pires e Gomide (2014, p. 13) apresentam o seguinte conceito de arranjo institucional: “conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma particular como se coordenam atores e interesses na implementação de uma política pública específica”.

Lotta e Favareto (2016) consideram que o Governo Federal tem avaliado arranjos institucionais em busca de construir políticas públicas efetivas, considerando um contexto territorial brasileiro, que é caracterizado pela diversidade e complexidade. Nesse sentido, os autores consideram três componentes que se fizeram presentes nos arranjos experimentados pelo Governo Federal nos últimos anos: a articulação de temas intersetoriais, a construção de modelos de gestão de políticas com coordenação entre os entes federativos e a sociedade civil, e a busca de enraizamento nos contextos locais para implementação das políticas. Ou seja, uma tentativa de promoção de integração horizontal (considerando os setores de execução das políticas) e vertical (entre os entes federativos).

Nesse contexto, consideramos como principais arranjos institucionais no âmbito da execução das atividades da EBSEH, os seguintes:

1. **Modelo EBSEH.** Empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação, com pactuação de metas no âmbito do SUS, em articulação com o Ministério da Saúde. Seu modelo de funcionamento envolve além de aspectos jurídico-legais, os programas específicos para implementação, execução e manutenção de atividades da EBSEH. Assim, para garantir o funcionamento e a expansão de suas ações, a empresa depende de financiamento por meio de recursos totalmente públicos (pelo orçamento da União). Ademais, entre os mecanismos utilizados para viabilizar suas atividades estão: financiamento de bolsas para pesquisas, a realização de concursos públicos para contratação de pessoal, dentre

outras estratégias voltadas à manutenção e ao crescimento da rede de hospitais federais sob sua gestão.

2. **O contrato de Gestão com as Universidades.** Esse instrumento possibilita a implementação, supervisão, acompanhamento e avaliação de políticas, uma vez que vincula recursos ao atingimento de finalidades públicas específicas. Portanto, para aderir à gestão da EBSEH, as instituições federais de ensino realizam a contratação por meio da assinatura do termo de adesão e contrato. Assim, cada contrato entre a EBSEH e a instituição de ensino contém obrigações, metas de desempenho, indicadores e prazos de execução e a sistemática para o acompanhamento e avaliação das metas estabelecidas.
3. **Certificação como Hospital de Ensino.** Necessidade de adequação ao padrão de ensino nos hospitais, de modo a considerar a construção de gestão hospitalar específica, considerando a diversidade e complexidade territorial brasileira. Em agosto de 2025 foi publicada a portaria conjunta do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, nº 8.033, que trata dos requisitos para a obtenção da certificação de hospital de ensino. A nova portaria apresenta alguns requisitos diferentes daqueles previsto na anterior, tais como a exigência de adesão ao Exame Nacional de Residência (ENARE) no prazo de até dois anos, após a publicação da portaria que conceder a certificação, dentre outros (Portaria Interministerial MSMEC nº 285, de 24 de março de 2015).
4. **Contratualização com os Gestores SUS.** Demonstra a tentativa de construção de uma gestão entre entes federativos e a sociedade, bem como adequação loco-regional. Nesse contexto, em 2024, a EBSEH publicou um manual para contratualização dos hospitais universitários federais da Rede EBSEH, no âmbito do SUS. No documento, constam os objetivos da contratualização, que envolvem a definição do papel de cada hospital na Rede de Atenção à Saúde, de modo a considerar as especificidades de cada região onde o hospital está inserido; a qualificação da gestão hospitalar, a assistência, o ensino e a pesquisa; além de possibilitar a busca da sustentabilidade financeira (EBSEH, 2024b).
5. **Arranjos de Governança (estrutura organizacional)** que envolvem a gestão interna da empresa, tais como Conselho de Administração, Diretoria Executiva, Comitê de autoria, dentre outras. No âmbito desses arranjos, tem-se a estruturação também para participação social e de controle, tais como conselhos de saúde, movimentos sindicais, conselhos profissionais, dentre outros.

Dimensão Histórico-institucional

Quais elementos de ruptura e continuidade podem ser identificados na trajetória da instituição?

No âmbito do Neoinstitucionalismo Histórico, Hall e Taylor (2003) explicam que o fluxo dos eventos históricos atrelado às instituições é marcado por períodos de continuidade e de situações críticas (ruptura). Portanto, esses momentos preservam ou mudam a trajetória institucional, respectivamente, considerando que há ‘bifurcações’, ‘trajetos’ que acabam por direcionar o desenvolvimento institucional, sejam demandados por fatores culturais, sociais, econômicos, dentre outros.

Diante disso, os elementos de continuidade relacionam-se ao conceito de *path dependency* (dependência de trajetória), o qual evidencia a relevância causal dos estágios anteriores na conformação de ações futuras, seja por meio de escolhas não intencionais, seja por decisões estratégicas.

Assim, após a criação da EBSEH alguns elementos de continuidade são destacados:

Manutenção dos HUFs como cenário de prática para o ensino e pesquisa. A EBSEH não alterou o caráter acadêmico dos hospitais. Além disso, as certificações dos hospitais de ensino continuam sendo executadas conjuntamente pelos Ministério da Educação e Saúde, de modo a haver as adequações dos hospitais para agregar as atividades educacionais nesses espaços. Contudo, em solicitação ao Ministério da Saúde, por meio do portal Fala.br (ouvidoria), tem-se que apesar dos hospitais da Rede EBSEH serem universitários, nem todos são certificados como hospitais de ensino. Para compreender melhor essa constatação, apresentamos primeiramente a diferença entre hospital universitário e de ensino.

Araujo e Leta (2013) apresentam que os HUs possuem uma missão tripla: ensino, pesquisa e assistência. São mantidos e/ou vinculados a uma universidade, servindo de campo prático. Os hospitais de ensino, conforme preceituado por Brasil (2025), apresenta o seguinte conceito:

hospital de ensino: estabelecimento de saúde que pertence ou é conveniado a uma Instituição de Ensino Superior - IES, pública ou privada, que sirva de ambiente de prática e aprendizagem em atividades de ensino na área da saúde e que seja certificado conforme os critérios definidos nesta Portaria (Brasil, 2025).

Nesse contexto, tem-se que um hospital universitário e um hospital de ensino seriam a mesma coisa. Contudo, conforme preceituado na legislação relacionada à certificação de hospitais de ensino, os hospitais somente estão caracterizados como de ensino quando atenderem determinados requisitos, tais como:

- a) Ser ambiente de prática e aprendizagem, em caráter permanente e contínuo, para atividades curriculares de graduação e de programa de residência em saúde, devendo atender também os seguintes requisitos gerais:
- i. mínimo de oitenta leitos SUS (hospitais gerais) ou cinquenta leitos SUS (hospitais especializados e maternidades);
 - ii. hospitais gerais: no mínimo dez leitos de UTI habilitados pelo SUS;
 - iii. ser ambiente de prática permanente para cursos de graduação de Medicina e Enfermagem;
 - iv. ser ambiente de prática permanente para programas de residência em saúde, com mínimo de programas conforme porte e tipo do hospital;
 - v. comprovar o acompanhamento contínuo por preceptor, respeitando limites mínimos de preceptoria para residentes e estudantes de graduação.
- b) Celebrar Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde - COAPES, para pactuação de ambiente de prática e aprendizagem;
- c) Comprovar acompanhamento contínuo por docente ou preceptor para estudantes de graduação e programas de residência;
- d) Comprovar a formação permanente de preceptores, incluindo registro e mecanismos de valorização;
- e) Apresentar projeto institucional para desenvolvimento de atividades regulares de Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS e de pesquisa científica relevante;
- f) Manter atualizadas as informações no CNES e garantir registro e qualificação dos preceptores;
- g) Comprovar a existência de estrutura física mínima para atividades de ensino, com salas de aula, biblioteca virtual e equipamentos audiovisuais.

Assim, é possível que um hospital seja universitário, porém não de ensino, uma vez que não possui a certificação, considerando o não atendimento dos requisitos ora estabelecidos. No caso da EBSEH, o quadro 28 apresenta o panorama da Rede em relação à certificação dos hospitais de ensino, totalizando 33 hospitais certificados, de um total de 45. Ou seja, ainda restam 12 hospitais da Rede EBSEH que não são considerados hospitais de ensino, apenas universitários.

Quadro 28 - certificação como hospitais de ensino no âmbito da EBSEH

Universidade	Sigla Hospital	Hospital	Certificação
Região Centro-Oeste			
Universidade Federal de Goiás	HC-UFG	Hospital das Clínicas	Certificado

Universidade de Brasília	HUB-UnB	Hospital Universitário de Brasília	Certificado
Universidade Federal de Mato Grosso	HUJM-UFMT	Hospital Universitário Júlio Muller	Certificado
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	Humap-UFMS	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	Certificado
Universidade Federal da Grande Dourados	HU-UGD	Hospital Universitário da Grande Dourados	Não
Região Nordeste			
Universidade Federal do Ceará	CH-UFC	Complexo Hospitalar composto por: Hospital Universitário Walter Cantídio e Maternidade-Escola Assis Chateaubriand	Certificado
Universidade Federal de Pernambuco	HC-UFPE	Hospital das Clínicas	Certificado
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Huab-UFRN	Hospital Universitário Ana Bezerra	Certificado
Universidade Federal de Campina Grande	HUAC-UFCG	Hospital Universitário Alcides Carneiro	Certificado
Universidade Federal de Campina Grande	HUJB-UFCG	Hospital Universitário Júlio Bandeira	Não
Universidade Federal de Sergipe	HUL-UFS	Hospital Universitário de Lagarto	Não
Universidade Federal da Paraíba	HULW-UFPB	Hospital Universitário Lauro Wanderley	Certificado
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Huol-UFRN	Hospital Universitário Onofre Lopes	Certificado
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	MEJC-UFRN	Maternidade Escola Januário Cicco	Certificado
Universidade Federal de Alagoas	HUPAA-Ufal	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes	Certificado
Universidade Federal da Bahia	Hupes-UFBA	Hospital Universitário Professor Edgar Santos	Certificado
Universidade Federal da Bahia	MCO-UFBA	Maternidade Climério de Oliveira	Certificado
Universidade Federal do Maranhão	HU-UFMA	Hospital Universitário da UFMA	Certificado
Universidade Federal do Piauí	HU-UFPI	Hospital Universitário do Piauí	Não
Universidade Federal de Sergipe	HU-UFS	Hospital Universitário da UFS	Certificado
Universidade Federal do Vale do São Francisco	HU-Univasf	Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros	Não
Região Norte			
Universidade Federal do Pará	CHU-UFPA	Complexo Hospitalar composto por: Hospital Bettina Ferro de Souza e Hospital João de Barros Barreto	Certificado apenas Hospital João de Barros Barreto
Universidade Federal do Tocantins	HDT-UFT	Hospital de Doenças Tropicais	Não
Universidade Federal do Amazonas	HUGV-Ufam	Hospital Universitário Getúlio Vargas	Certificado
Universidade Federal de Roraima	HU-UFRR	Hospital universitário da Universidade Federal de Roraima	Não
Universidade Federal do Amapá	HU-Unifap	Hospital Universitário da Unifap	Não
Região Sudeste			
Universidade Federal do Rio de Janeiro	CH-UFRJ	Complexo Hospitalar composto por: Hospital Universitário	Certificado

		Clementino Fraga Filho, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, e Maternidade Escola.	
Universidade Federal de Minas Gerais	HC-UFGM	Hospital das Clínicas da UFGM	Certificado
Universidade Federal do Triângulo Mineiro	HC-UFTM	Hospital das Clínicas da UFTM	Não
Universidade Federal de Uberlândia	HC-UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	Certificado
Universidade Federal Fluminense	Huap-UFF	Hospital Universitário Antônio Pedro	Certificado
Universidade Federal do Espírito Santo	Hucam-Ufes	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes	Certificado
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	HUGG-Unirio	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	Certificado
Universidade Federal de Juiz de Fora	HU-UFJF	Hospital Universitário da UFJF	Certificado
Universidade Federal de São Carlos	HU-UFSCar	Hospital Universitário da UFSCar	Não
Região Sul			
Universidade Federal do Paraná	CHC-UFPR	Complexo Hospitalar composto por: Hospital das clínicas e Hospital Vitor do Amaral	Certificado apenas Hospital das clínicas
Universidade Federal de Pelotas	HE-Ufpel	Hospital Escola da UFPel	Certificado
Universidade Federal do Rio Grande	HU-Furg	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.	Certificado
Universidade Federal de Santa Maria	HUSM-UFSM	Hospital Universitário de Santa Maria	Certificado
Universidade Federal de Santa Catarina	HU-UFSC	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago	Certificado

Fonte: Ministério da Saúde. Elaborado pela autora (2025)

Atendimento 100% no SUS. Os hospitais universitários não foram privatizados como se especulou na época da criação da EBSERH, em meados de 2011. Portanto, o atendimento continuou sendo integralmente pelo SUS, seguindo os preceitos desse sistema.

Vinculação ao Ministério da Educação. A EBSERH administra hospitais e, portanto, tende a gerar certa estranheza quanto à sua vinculação a um Ministério distinto ao da Saúde. Contudo, os hospitais universitários federais continuam obedecendo ao seu caráter institucional, relacionado ao ensino. Portanto, destarte a prestação de serviço no âmbito do SUS, proporcionando atendimento à população de maneira integral e gratuita, os HUFs continuam preservando também seu caráter educacional, e com isso sua vinculação ao Ministério da Educação.

Controle e Fiscalização. O controle social continua sendo possível de ser executado pela sociedade, assim como via conselhos de saúde e órgãos de controle, tais como CGU e TCU.

No âmbito dos elementos de ruptura, tem-se que são caracterizados como situações críticas, demonstram as situações de mudanças consideradas necessárias e muitas vezes abruptas, que possibilitando o rompimento de uma sequência institucional prevista, rompem com aquilo previamente esperado, dado um contexto institucional histórico. Desse modo, alguns elementos de ruptura são observados:

A EBSERH por si já é um elemento de ruptura na gestão hospitalar brasileira, e mais precisamente na própria administração dos HUF. A partir do momento que o país possui uma organização específica para administrar os HUF, há o rompimento com o modelo de gestão exclusivamente universitário, uma vez que o objetivo dos HUF, apesar de permanecer como ambiente de prática para o ensino e pesquisa, passa também a necessitar de adequações ao atendimento da população no âmbito do SUS. Portanto, ao consolidar a gestão, a prestação de assistência à população e a oferta de um ambiente de prática para o ensino e a pesquisa, estabelece-se a centralização de uma governança hospitalar articulada à educação no país.

Integração do SUS e Academia. A integração envolve muito mais do que o contrato de gestão firmado entre as universidades e a EBSERH, que vai além do fornecimento de campo de prática para o ensino e pesquisa nos hospitais. Apesar de já haver uma integração dos hospitais de ensino com as universidades, o modelo de Gestão da EBSERH rompe com o paradigma institucional de outrora, uma vez que há a criação de abordagens integrativas entre o ensino, a pesquisa e a própria assistência, considerando o contexto do SUS e das Universidades Federais.

A possibilidade de cessão de servidores das Universidades para os HUF reforça essa perspectiva, ao viabilizar a inserção de profissionais da educação no ambiente hospitalar. Nesse processo, os próprios hospitais se adaptam, ou buscam se adaptar, para acolher atividades de ensino e pesquisa, ao mesmo tempo em que promovem a capacitação dos colaboradores da EBSERH para atuarem como preceptores (mentores, instrutores e professores), contribuindo diretamente para a formação de estudantes da área da saúde.

Desse modo, em solicitação à EBSERH, por meio do portal Fala.br (ouvidoria), obteve-se resposta da seguinte composição em relação aos colaboradores que trabalham na empresa: a empresa apresenta um total de 49.716 empregados efetivos regidos pela CLT, 17.747 servidores RJU, 966 servidores RJU cedidos à EBSERH, 54 gestores comissionados sem vínculo com a Administração Pública, 8 dirigentes estatutários e 1.425 empregados temporários. Ao realizar a tabulação dos dados encaminhados por meio do portal, o quadro 29 demonstra parcialmente

os dados, considerando apenas três categorias do regime de pessoal, no âmbito apenas dos hospitais da Rede, não considerando a Sede da EBSEH:

Quadro 29 - força de trabalho da EBSEH

Sigla Hospital	Hospital	Empregado efetivo	Cedido RJU	Empregado temporário	Total
Região Centro-Oeste					
HC-UFG	Hospital das Clínicas	1205	32	62	1299
HUB-UnB	Hospital Universitário de Brasília	1833	13	74	1920
HUJM-UFMT	Hospital Universitário Júlio Muller	696	15	21	732
Humap-UFMS	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	1333	17	14	1364
HU-UFOD	Hospital Universitário da Grande Dourados	905	27	21	953
Região Nordeste					
CH-UFC	Complexo Hospitalar composto por: Hospital Universitário Walter Cantídio e Maternidade-Escola Assis Chateaubriand	2399	38	62	2499
HC-UFPE	Hospital das Clínicas	1609	37	8	1654
Huab-UFRN	Hospital Universitário Ana Bezerra	491	12	11	514
HUAC-UFCG	Hospital Universitário Alcides Carneiro	775	13	19	807
HUJB-UFCG	Hospital Universitário Júlio Bandeira	409	7	3	419
HUL-UFS	Hospital Universitário de Lagarto	1010	4	34	1048
HULW-UFPB	Hospital Universitário Lauro Wanderley	1436	20	14	1470
Huol-UFRN	Hospital Universitário Onofre Lopes	1488	22	17	1527
MEJC-UFRN	Maternidade Escola Januário Cicco	892	17	6	915
HUPAA-Ufal	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes	1081	21	37	1139
Hupes-UFBA	Hospital Universitário Professor Edgar Santos	1801	23	46	1870
MCO-UFBA	Maternidade Climério de Oliveira	743	8	22	773
HU-UFMA	Hospital Universitário da UFMA	2533	33	41	2607
HU-UFPI	Hospital Universitário do Piauí	1510	18	40	1568
HU-UFS	Hospital Universitário da UFS	1285	30	6	1321
HU-Univasf	Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros	1095	14	34	1143
Região Norte					
CHU-UFPA	Complexo Hospitalar composto por: Hospital Bettina Ferro de Souza e Hospital João de Barros Barreto	1356	37	7	1400
HDT-UFT	Hospital de Doenças Tropicais	342	7	7	356
HUGV-Ufam	Hospital Universitário Getúlio Vargas	648	12	15	675

HU-UFRR	Hospital universitário da Universidade Federal de Roraima	234	4	80	318
HU-Unifap	Hospital Universitário da Unifap	634	11	20	665
Região Sudeste					
CH-UFRJ	Complexo Hospitalar composto por: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, e Maternidade Escola.	1042	124	197	1363
HC-UFGM	Hospital das Clínicas da UFGM	2304	30	37	2371
HC-UFTM	Hospital das Clínicas da UFTM	1478	33	109	1620
HC-UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	2200	36	124	2360
Huap-UFF	Hospital Universitário Antônio Pedro	1046	35	10	1091
Hucam-Ufes	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes	1528	16	25	1569
HUGG-Unirio	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	746	30	9	785
HU-UFJF	Hospital Universitário da UFJF	1208	16	46	1270
HU-UFSCar	Hospital Universitário da UFSCar	708	4	26	738
Região Sul					
CHC-UFPR	Complexo Hospitalar composto por: Hospital das clínicas e Hospital Vitor do Amaral	2513	20	14	2547
HE-Ufpel	Hospital Escola da UFPel	1057	11	25	1093
HU-Furg	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.	1080	21	4	1105
HUSM-UFMS	Hospital Universitário de Santa Maria	1355	26	26	1407
HU-UFSC	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago	1046	47	4	1097

Fonte: EBSEH. Elaborado pela autora (2025)

A possibilidade de cessão de servidores das universidades foi prevista na lei de criação da EBSEH:

Art. 7º No âmbito dos contratos previstos no art. 6º, os servidores titulares de cargo efetivo em exercício na instituição federal de ensino ou instituição congênere que exerçam atividades relacionadas ao objeto da EBSEH poderão ser a ela cedidos para a realização de atividades de assistência à saúde e administrativas (Brasil, 2011).

Desse modo, entende-se haver cooperação entre as organizações (universidades e EBSEH) no âmbito de uma integração para o atingimento dos objetivos institucionais da empresa, de modo a não ferir a autonomia universitária.

Ao considerar a integração no âmbito interno da Rede, a estratégia da governança da EBSEH molda as ações institucionais dos HUF vinculados, de modo a influenciar nas suas ações. Explico: em conformidade com a lei 13.303 de 30 de junho de 2016, a EBSEH elabora sua estratégia de longo prazo, com desdobramentos anuais. A estratégia de longo prazo da

EBSERH se consolida no Mapa Estratégico da Rede, que contém, dentre outros componentes, os pilares estratégicos. Esses pilares são elementos que organizam os objetivos estratégicos que devem ser alcançados pela EBSERH. O ultimo Mapa estratégico da empresa (estratégia de longo prazo) reflete a gestão 2024-2028, que aborda 5 pilares (sociedade, responsabilidade social, ambiental e governança, desenvolvimento institucional, sustentabilidade financeira, e desenvolvimento do trabalhador), e cada um contém objetivos a serem alcançados pela EBSERH. A figura 8 apresenta o Mapa Estratégico mencionado.

Figura 8 - Mapa estratégico da EBSERH



Fonte: EBSERH (2025d)

Diante do Mapa estratégico da Rede EBSERH, os hospitais devem desdobrar suas estratégias de ações institucionais por meio do Plano Diretor Estratégico (PDE), contendo projetos que devem ser executados no âmbito dos hospitais, de modo a possibilitar o atingimento dos objetivos estratégicos associados à Rede. Assim, cada hospital elabora projetos locais, considerando suas especificidades, de modo a atingir os objetivos estipulados no Mapa Estratégico, ao mesmo tempo que desenvolve suas ações loco-regionais. Portanto, os hospitais devem caminhar em Rede, mesmo que possuam ofertas de serviços diferentes entre si, porém, obedecendo uma estratégia ampla de desenvolvimento que envolve, sobretudo, o atendimento à população (aspecto assistencial), e ensino e pesquisa (aspecto educacional).

Assim, observa-se que, por meio de seus objetivos estratégicos, a EBSERH promove o alinhamento das ações dos HUF às diretrizes do SUS e da academia. Dessa forma, mesmo

administrando hospitais distintos, localizados em diferente regiões do país, a empresa busca manter a identidade e a unidade de uma única organização integrativa.

Além desses elementos de integração, é possível destacar outros: Residências médicas e multiprofissionais (já que os HUF são os principais cenários de formação dos residentes da área da saúde, considerando infraestrutura e preceptoria); Pesquisas e inovação (os HUF oportunizam cenários para pesquisas e ensaios vinculados ao SUS, possuindo, em muitos casos, apoio por agências de fomento, tais como CNPq, CAPES, e o próprio ministério da saúde e educação); Contratualização (uma vez que o convênio firmado com o gestor local do SUS envolve indicadores da assistência, ensino e pesquisa); dentre outros.

Contratação de pessoal. Um dos principais pontos de rompimento foi justamente a força de trabalho dos HUF, na medida em que o regime celetista (CLT) foi adotado para os novos empregados desses hospitais, considerando os regimes ora vigentes (contratações precárias/temporárias ou via regime jurídico único, conforme apontamentos das auditorias já mencionadas). Alguns estudos acadêmicos foram realizados ao longo dos anos, após a criação da EBSEH e as adesões aos hospitais universitários, demonstrando que as grandes resistências para a adesão à EBSEH giraram em torno dessa abordagem: a não estabilidade dos servidores da empresa, uma vez que não seguem o regimento RJU. Alguns exemplos de estudos que abordam ou mencionam o caráter da gestão de pessoal dos trabalhadores da EBSEH, estão dispostos no quadro 30:

Quadro 30 - Estudos que abordam regime de trabalho nos HUF

Estudo	Característica	Autoria
A gestão dos hospitais universitários pela EBSEH e a dualidade de regimes jurídicos de trabalho no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA)	Monografia (Trabalho de conclusão de Curso em Direito) – Universidade Federal de Alagoas. 2023	Fabiana Salustiano Ramos
A gestão do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina após a adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH	Dissertação (Mestrado em administração universitária) Universidade Federal de Santa Catarina, centro sócio-econômico, programa de pós graduação em administração universitária. 2017	Alécio Carminatti Júnior
Condições contratuais e jurídicas dos profissionais de saúde nos hospitais filiados à EBSEH: um estudo comparativo.	Dissertação (Mestrado em Administração Pública) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós Graduação em Administração Pública. 2019	Áurea Nascimento da Silva
A percepção dos trabalhadores sobre o processo de trabalho em um Hospital Universitário Federal sob gestão de	Artigo. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v 43, n. 121, p. 378-389, abr-jun. 2019.	Josnei Luis Daneliu, Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Sabrina Stefanello,

uma empresa estatal de direito privado.		Vitória Giacomassa de Oliveira, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque
Os efeitos da EBSEH na gestão dos recursos humanos dos hospitais universitários federais.	Dissertação (Mestrado em políticas sociais e cidadania). Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação. 2019.	Karina de Farias Pinheiro
EBSEH no HU da UFSC: da resistência à gestão pela empresa	Artigo. Revista Katálisis, vol. 23, núm. 1, 2020, Janeiro-Abril, pp. 152-164. 2019.	Tânia Regina Krüger, Bruna Veiga de Moraes, Cristiane Borghezan Sobieranski
Adesão do Hospital Universitário da UFSC à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Um estudo sobre mudança organizacional na percepção dos gestores e servidores.	Dissertação (Mestrado em Administração) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós-Graduação em Administração. 2018.	Gisele Serafim Cardoso dos Santos
Transformações estruturais e institucionais da gestão do HULW/UFPA com o advento da EBSEH	Dissertação (Mestrado em Administração) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Administração. 2017.	Kayo Roberto Vieira

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Na ADI 4895, no voto da relatora ministra Cármen Lúcia, foram apresentadas também esclarecimentos sobre o regime de pessoal adotado pela EBSEH. Assim, explica-se: o regime estatutário é destinado aos servidores dos órgãos da administração pública direta, das autarquias, e das fundações públicas, e, portanto, não alcança os empregados públicos das empresas estatais. Na mesma ADI, ao mencionar os apontamentos prestados pela Presidência da República, a relatora transcreve:

Não é porque o serviço prestado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares é público que o regime jurídico da empresa também será, ou que seus servidores se regerão estatutariamente. Como advertiu a Ministra Cármen Lúcia, do Supremo Tribunal Federal, no RE 599628, ‘não podemos confundir a natureza da entidade com a natureza do serviço prestado’. O serviço prestado é público, mas a natureza da pessoa jurídica é de direito privado. Por conseguinte, de direito privado também é a relação entre a empresa e seus empregados, que são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (Brasil, 2020b).

Portanto, a EBSEH demonstra buscar atender às orientações das auditorias realizadas nos HUF, no que concerne a regularização de força de trabalho precária, conforme, inclusive, demonstrado nos números do quadro 29 – força de trabalho EBSEH, refletindo um regime de pessoal relacionado a sua natureza de empresa pública de direito privado, respeitando ainda a cooperação universitária, havendo a possibilidade de cessão de servidores das instituições federais de ensino.

Infraestrutura dos HUF. Considerando o programa de reestruturação dos hospitais de ensino (REHUF), cujo objetivo recai sobre a criação de condições materiais e institucionais

para que os HUF possam desempenhar suas funções, possibilitou-se a reestruturação do parque tecnológico dos hospitais universitários, uma vez que recursos foram e estão sendo disponibilizados para esses hospitais com necessário monitoramento. Por exemplo, ao considerar os dados do quadro 6 - Valor de repasse pelo AOC aos Hospitais da Rede EBSEH, em 2025, o teto orçamentário referente ao REHUF no âmbito de alguns hospitais da Rede EBSEH foi de R\$ 1.000.000,00 para HU-UFSC, e R\$ 3.206.322,00 para HUSM-UFSC. Já outros hospitais da Rede passaram também a receber os recursos por meio do Programa Nacional de Qualificação e Ampliação dos Serviços Prestados por Hospitais Universitários Federais integrantes do Sistema Único de Saúde (PRHOSUS), cujo objetivo recai na busca por ampliação e qualificação dos serviços prestados ao SUS. Por exemplo, também ao considerar os valores de repasse contidos no AOC (ver quadro 6- Valor de repasse pelo AOC aos Hospitais da Rede EBSEH), o valor de R\$ 53.415.664,25 foi o teto orçamentário previsto para o HC-UFU, e R\$ 6.873.021,24 para CHC-UFPR, no âmbito desse programa. Ademais, alguns hospitais da Rede recebem recursos de ambos os programas conjuntamente: em 2025, o HU-UNIVASF obteve como teto orçamentário previsto o valor de R\$ 7.027.512,44, para o PRHOSUS, e R\$ 2.250.000,00 para o REHUF.

Assim, mudou-se o padrão de investimento nos HUF, com a necessidade de atingimento de metas e adequações físicas.

Eles são marcados por questões sequenciais ou contingenciais do contexto político-institucional?

Considerando os pontos elencados anteriormente, ressalta-se que não se trata de elementos taxativos, podendo inclusive haver outros pontos de continuidade e ruptura. Contudo, ao abordar esses pontos, tem-se uma análise sobre se tais trajetórias institucionais são sequenciais ou contingenciais, considerando o contexto político-institucional. Tal análise permite visualizar se as mudanças (ou permanências) ocorridas derivam de uma sequência lógica de evolução institucional, ou se foram baseadas em respostas contingenciais, considerando o contexto político e organizacional da EBSEH. Portanto, o quadro 31 apresenta breve análise de ruptura e continuidade institucional.

Quadro 31 - ruptura e continuidade institucional da EBSEH

Elemento apontado	Tipo	Natureza
Manutenção dos HUFs como cenário de prática para ensino e pesquisa	Continuidade	Sequencial e contingencial
Atendimento 100% SUS	Continuidade	Sequencial
Vinculação ao Ministério da Educação (MEC)	Continuidade	Sequencial
Controle e fiscalização (TCU, CGU, conselhos de saúde, sociedade)	Continuidade	Sequencial
Criação da EBSEH	Ruptura	Contingencial
Integração SUS e Academia (cessão de pessoal, governança em rede, contratualização, residências, dentre outros)	Ruptura	Contingencial
Contratação de pessoal via CLT	Ruptura	Contingencial
Infraestrutura dos HUF (modernização e REHUF)	Ruptura	Sequencial e contingencial

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Os elementos sequenciais observados demonstram ser heranças funcionais, tais como o atendimento pelo SUS, vinculação ao MEC e controle e fiscalização. No âmbito dos aspectos contingenciais, tem-se a criação da EBSEH, que configurou uma resposta institucional ao que se vivia à época no país; a integração SUS e academia, que molda a necessidade de integração dos atores cujos interesses são distintos, configurando-se num arranjo institucional híbrido; e a contratação de pessoal via CLT. Nesse ponto, tem-se que apesar de ser criada para sanar irregularidades apontadas pelo TCU, a EBSEH adota um modelo de contratação que segue a abordagem da natureza de empresa pública, portanto, não seguindo o padrão de regime jurídico único que vigora nas universidades federais. Apesar desses apontamentos, tem-se dois pontos que podem ser vistos como sequenciais e contingenciais ao mesmo tempo, além do monitoramento pelos órgãos de controle: a manutenção dos HUFs como cenário de prática para o ensino e pesquisa, e a sua infraestrutura.

Ao manter o objetivo vinculado ao caráter educacional, a EBSEH incorpora uma natureza sequencial de ações que já vigoravam nas universidades. Assim, torna-se sequencial devido ao fator histórico e funcional das universidades, logo, uma dependência de trajetória institucional.

No entanto, contingencial também, pois na medida em que para haver a operacionalização das atividades, de modo a legitimar a criação da EBSEH, esse mecanismo de manter os campos de práticas para as universidades pode ser visto como uma forma de barganha na reafirmação política de criação da EBSEH frente à resistência de adesão por parte de alguns atores das universidades. Ou seja, para legitimar politicamente a criação e atuação da empresa, e evitar uma ruptura com as universidades, o reforço do papel dos HUF na formação e capacitação profissional é evidenciado na própria lei de criação da empresa (Lei nº

12.550/2011). Assim, o reconhecimento dessa função pode ser visto como uma decisão contingente ao contexto político, usada como forma de ajuste institucional na administração dos hospitais para reduzir resistências.

Exemplo disso são as pesquisas que abordaram o regime de pessoal da empresa, uma vez que a suposta possibilidade de haver a “precarização do trabalho” estava sendo abordada como ponto de resistência ao regime celetista da EBSEH. Em termos práticos, na sua dissertação de mestrado, Vieira (2017) buscou identificar as mudanças estruturais e institucionais na gestão da EBSEH, no âmbito de um dos hospitais da Rede. O autor realizou entrevistas com alguns atores envolvidos nos hospitais, tais como Superintendente, gerentes, auditor, reitor da universidade vinculada, dentre outros. Nos resultados da sua pesquisa, o autor ressaltou as críticas que foram abordadas na universidade quando estava havendo a discussão para adesão à EBSEH. Foi apresentado que os sindicatos e alguns professores acabaram por ver na EBSEH uma oportunidade política para promoções de ideias, e consequentemente de ascensão profissional, considerando a proximidade das eleições para reitoria da Universidade. Dessa forma, o autor apresenta os resultados:

“Então os sindicatos, professores e outras categorias viviam seus momentos de transição política também de interesses nas eleições e, portanto, bater na EBSEH era algo que era interessante para eles” (Entrevistado 9). Esse contexto político de proximidade das eleições para reitor da UFPB e o desconhecimento do funcionamento de uma empresa pública por parte dos servidores são vistos como os dois principais problemas das críticas à criação da EBSEH: “Então o grande problema da crítica da época era pelo desconhecimento da realidade de uma empresa pública e também por motivações políticas” (Entrevistado 9) (Vieira, 2017).

Apesar de não poder generalizar tais posicionamentos frente aos processos de adesão à EBSEH pelas outras universidades federais, tem-se na pesquisa de Vieira (2017) uma realidade que é considerada, e até semelhante em outros estudos relacionados à temática, conforme exemplificado no quadro 30 - Estudos que abordam regime de trabalho nos HUF. Portanto, vê-se uma acomodação institucional para abarcar os atores envolvidos nos processos, e seus interesses, ou seja, uma espécie de continuidade, mas adaptativa, demandada por respostas estratégicas a determinados contextos, e não por fluxo contínuo das ações.

No que concerne à infraestrutura, o REHUF iniciou antes da EBSEH, ou seja, a reestruturação dos hospitais já estava acontecendo quando houve a criação da empresa. Dessa forma, tem-se uma sequência daquilo que já estava sendo desenvolvido, contudo, uma contingência na execução (seguindo por uma maneira diferente), uma vez que a concretização dos direcionamentos do programa foi e está sendo proporcionados via empresa pública, a EBSEH.

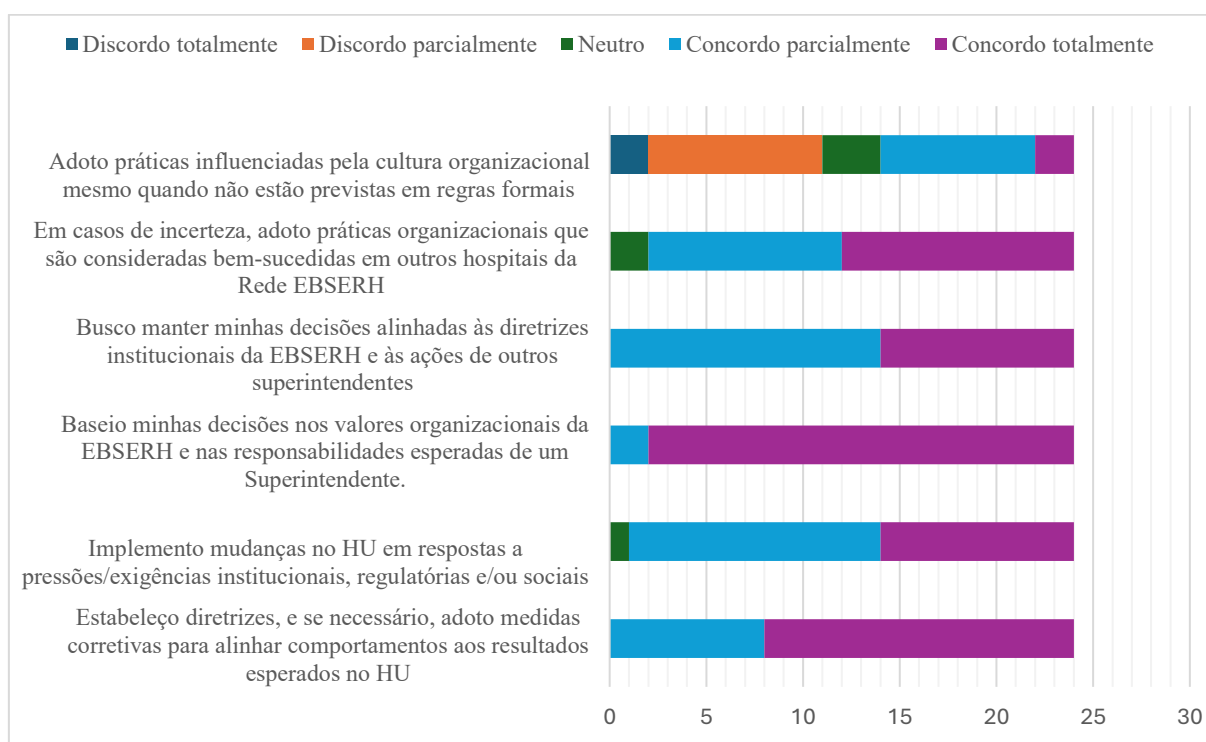
4.2 NEOINSTITUCIONALISMO SOCIOLOGICO: PRESSÕES INSTITUCIONAIS E ISOMORFISMO NA REDE EBSEH

Ao considerar o objetivo específico “Examinar como a EBSEH, no cerne dos hospitais universitários, atua frente às pressões institucionais e o isomorfismo”, foi utilizada, como norteadora para coleta de dados, a matriz contida na figura 5.

No âmbito do questionário aplicado com os Superintendentes da EBSEH, foi utilizada a média ponderada para os dados de escala likert com frequência. Assim, as frequências de cada resposta atuaram como pesos. A fórmula utilizada está descrita abaixo, onde V é o valor atribuído a cada categoria da escala likert (1 a 5), F é a frequência (número de respondentes para cada categoria), e Σ representa o somatório: $\Sigma(V \times F) / \Sigma F$.

Apresenta-se abaixo os resultados com base nos questionários aplicados com os Superintendentes da EBSEH.

Gráfico 9 - Resultados da pesquisa: Neoinstitucionalismo Sociológico



Fonte: elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2025)

O gráfico 9 mostra que 5 das 6 questões realizadas com os Superintendentes tiveram altas respostas de concordância. Isso demonstra que há padrões de comportamentos semelhantes na Rede, o que reverbera nas expectativas de conduta organizacional uns dos outros. Assim, toda vez que há possibilidade de alteração na Superintendência de um hospital

da Rede EBSEERH, padrões comportamentais são esperados, de maneira a estar de acordo com os demais.

No NS as organizações possuem ideias, normas e culturas que são internalizadas, e isso reflete nas ações institucionais. Portanto, as decisões dos Superintendentes estão dentro de um contexto que envolve valores, identidades e hábitos, e assim a EBSEERH molda e induz esses atores a agirem de determinada forma, de maneira que àquele que não se enquadra nos padrões ora internalizados na organização, pode acabar sendo afastado desse ambiente.

O NS demonstra que as expressões de valores sociais evidenciam requisitos de conformidade e padrões organizacionais legitimados. Portanto, a conformidade ocorre não apenas em requisitos legais, mas em requisitos comportamentais e culturais. Dessa forma, a sobrevivência e a perpetuação da EBSEERH no polo institucional das áreas da saúde e da educação, demanda capacidades de adaptação em situações para além de questões técnicas, mas também na busca de conformidade com os valores normativos e de legitimidade, inclusive dentro da própria empresa.

Assim, aos Superintendentes não basta apenas obedecer às leis devido às consequências das sanções envolvidas, mas seguir padrões que por força da legitimidade moral e apoio de outros atores são demandados. O quadro 32 apresenta o quantitativo (média) de convergência nas respostas obtidas dos Superintendentes participantes da pesquisa.

Quadro 32 - Resultados questionários perspectiva Neoinstitucionalismo Sociológico

Afirmação	Abordagem do NS	Média (escala 1 – 5)	Moda
Estabeleço diretrizes, e se necessário, adoto medidas corretivas para alinhar comportamentos aos resultados esperados no HU	Pilar regulatório	4,67	Concordo totalmente
Implemento mudanças no HU em respostas a pressões/exigências institucionais, regulatórias e/ou sociais	Isomorfismo coercitivo	4,57	Concordo parcialmente
Baseio minhas decisões nos valores organizacionais da EBSEERH e nas responsabilidades esperadas de um Superintendente	Pilar normativo	4,92	Concordo totalmente
Busco manter minhas decisões alinhadas às diretrizes institucionais da EBSEERH e às ações de outros superintendentes	Isomorfismo normativo	4,42	Concordo parcialmente
Em casos de incerteza, adoto práticas organizacionais que são consideradas bem-sucedidas em outros hospitais da Rede EBSEERH	Isomorfismo mimético	4,82	Concordo totalmente
Adoto práticas influenciadas pela cultura organizacional mesmo quando não estão previstas em regras formais	Pilar cognitivo	2,96	Discordo parcialmente

Fonte: elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2025)

No quadro 32 percebe-se que a categoria que mais possui convergência nas respostas foi a do pilar normativo, que demonstra a compatibilidade de atitudes dos Superintendentes entre si dentro da Rede EBSEH: baseiam suas decisões nos valores da EBSEH e nas responsabilidades esperadas de um Superintendente (4,92). E quais seriam essas responsabilidades? A execução do papel social do próprio Superintendente.

Assim, tendo em mente a matriz elaborada para o NS, analisando o pilar normativo, considera-se que as normas e valores são papeis, que devem ser desempenhados pelos indivíduos ocupantes de posições específicas, sendo esses os valores e normas interiorizados com o passar do tempo, tornando-se obrigatórios, ou moralmente aceitos. E levando em conta o isomorfismo normativo, derivado da profissionalização: um grupo de indivíduos acaba por ocupar posições semelhantes, e assim, na medida em que pessoas são escolhidas da mesma categoria, há uma propensão de possuir atributos comuns, atuando semelhantemente.

Portanto, ao considerar o pilar normativo (4,92) e o isomorfismo normativo (4,42), tem-se que: as normas e valores se transformam em papeis, e dessa forma se transformam em pressões oriundas de valores organizacionais. Portanto, isso foi devidamente constatado na pesquisa, pois, considerando a matriz do NS, questionou-se: Qual o perfil profissional dos Superintendentes? Respondemos essa pergunta anteriormente quando montamos o perfil desse profissional na EBSEH, tendo em conta, claro, que não obtivemos respostas de todos os Superintendentes, e que apesar de ter outras categoriais, a maioria dos respondentes se caracterizou como: homens brancos, de meia idade, formados em medicina, sendo professores da universidade vinculada, com experiência em gestão hospitalar e que ocupam o cargo no máximo há 3 anos. Eles se comportam de maneira semelhante? Os resultados da pesquisa demonstram que sim, afinal de contas, apenas uma questão teve média abaixo de 3.

Portanto, em termos metodológicos, tem-se que a abordagem do pilar normativo, complementando o isomorfismo normativo demonstrou-se adequada na pesquisa, e como resultado os Superintendentes mostram que se espera deles um desempenho profissional específico de um Superintendente (Pilar normativo, 4,92), e que esse padrão é seguido quando se comportam de maneira semelhante (isomorfismo normativo, 4,42), uma vez que, em sua maioria, possuem as mesmas características, seja social, ou profissional.

No âmbito do pilar regulador, que aborda as instituições como modelos de restrição e regularização de comportamento, e isomorfismo coercitivo, que resulta de pressões exercidas seja por outras organizações, seja pela própria sociedade, tem-se que: a percepção sobre pressões em relação à conformidade com as regras estabelecidas. Portanto, ao considerar os resultados do pilar regulador (4,67) e isomorfismo coercitivo (4,57), foi observado na pesquisa

que os Superintendentes possuem tal percepção, e que atuam frente a essas pressões, pois levando em consideração o NS, questionou-se: existe pressão por legitimação via poder coercitivo? Os resultados do estudo demonstram que sim, uma vez que os questionamentos envolvidos nesse tema reforçaram as pressões sofridas, sejam internamente, vindas do próprio Superintendente (Estabeleço diretrizes, e se necessário, adoto medidas corretivas para alinhar comportamentos aos resultados esperados no HU), e pressões advindas externamente de outros órgãos e/ou sociedade (Implemento mudanças no HU em respostas a pressões/exigências institucionais, regulatórias e/ou sociais). Dessa forma, metodologicamente também se percebe uma congruência de complementos conceituais do pilar regulatório e isomorfismo coercitivo.

Por fim, ao considerar o pilar cognitivo, cujo foco recai sobre os aspectos simbólicos das ações, observa-se que as organizações operam em um ambiente composto por regras, crenças, valores e redes de relações. Nesse contexto, a interpretação que os atores fazem das normas assume caráter subjetivo, podendo consolidar-se, inclusive, em elementos culturais. E sob a perspectiva do isomorfismo mimético, destaca-se que, diante de situações de incerteza, as organizações tendem a adotar como referência outras instituições que percebem como mais legítimas ou bem-sucedidas. Assim, na matriz do NS, identifica-se: interpretação das ações dentro de um ambiente socialmente construído, no qual prevalecem crenças comuns e lógicas de ação compartilhadas.

Portanto, tendo em conta os resultados da pesquisa, em relação ao pilar cognitivo (2,92) e o isomorfismo mimético (4,82) não houve convergência de atuações na Rede EBSEH. Fato este observável pelo pilar cognitivo que apresentou questionamento sobre padrões culturais na tomada de decisão (Adoto práticas influenciadas pela cultura organizacional mesmo quando não estão previstas em regras formais), o que demonstrou haver forte discordância entre os participantes da pesquisa.

Vale ressaltar também que em comparação aos outros questionamentos, esse especificamente possui um considerável número de respondentes para a opção neutro (ver gráfico 9). Isso pode levantar algumas hipóteses: falta de opinião formada: o participante não tem informação suficiente para opinar, e/ou não vivenciou a situação; o item pode não ter ficado claro, apesar de o questionário ter sido validado; heterogeneidade do grupo: uma vez que o grupo não tem uma tendência clara de resposta, considerando que uma parte concorda, outra discorda, e uma parte não tem uma orientação nítida.

Dessa forma, tendo em mente os resultados, acredita-se que para esse item a última opção é mais compreensível, uma vez que as demais respostas oscilaram entre “discordo parcialmente” e “concordo parcialmente” (ver gráfico 9).

Isso posto, considerando a matriz NS questionou-se: Há adoção de práticas de outros modelos organizacionais? Os resultados da pesquisa demonstram que sim (4,82). Qual o papel social do Superintendente? Para responder o questionamento, oportunizou-se que os participantes da pesquisa pudessem relatar sob suas perspectivas quais seriam esses papéis. Portanto, levando em conta as conceituações apresentadas pelos respondentes, foram agregadas as frases em textos semelhantes (coluna “Desenho (códigos)”). Após essa organização, houve a categorização temática dos termos utilizados pelos respondentes (“categorias temáticas”), exemplificando quais termos foram observados (“exemplo de códigos”), a fim de identificar sua frequência no lócus total de respostas obtidas (“frequência”). Ao fim, foi identificado o papel social do Superintendente com bases nos apontamentos realizados pelos participantes da pesquisa.

Quadro 33 - Análise de conteúdo: papel social do Superintendente

Papel Social do Superintendente da EBSERH			
Desenho (códigos)	Buscar eficiência na gestão assistindo a população por meio do SUS/Assegurar que a unidade ofereça melhores condições para a assistência à saúde/Ações internas para maior qualidade dos serviços desenvolvidos/garantir assistência digna, respeitosa e de qualidade/seguir os princípios norteadores do SUS/Atuar ampliando acesso à saúde contemplando os princípios do SUS/promover uma atenção em saúde resolutiva e equânime/assegurar que o HU contribua para o SUS no atendimento às necessidades de saúde da população/compromisso com o bem estar coletivo e assistência digna a população/garantir qualidade, eficiência e humanidade na assistência/reduzir desigualdades no acesso à saúde/ Promover e demonstrar o bem-estar aos cidadãos usuários para o desenvolvimento das pessoas e região/ Zelar pela qualidade assistencial/Demonstrar a sociedade a importância da qualidade do atendimento no SUS/valorizar a entrega dos serviços para a população/valorização do SUS e da boa condução da coisa pública		
Categorias temáticas	Exemplo de códigos	Frequência	Análise (Papel Social do Superintendente)
Assistência à saúde	Qualidade, equidade, humanização, assistência à saúde, eficiência, defesa do SUS	13	Guardião da função pública do SUS e Gestor em saúde pública: foco na missão pública do hospital como agente de cuidado, defensor da equidade, e ator no SUS
Desenho (códigos)	Zelar pela formação de recursos humanos/Demonstrar a sociedade o compromisso com o ensino e a formação de profissionais qualificados para atuarem na região/ Assegurar melhores condições para a pesquisa, o ensino, a extensão e à inovação tecnológica no âmbito da relação com a IES/interação com a comunidade acadêmica para qualificar a formação dos novos profissionais/ melhorar campos de prática para os alunos, incentivar pesquisa/atuar fortalecendo a educação pública de qualidade e ser promotor de desenvolvimento tecnológico e social.		
Categorias temáticas	Exemplo de códigos	Frequência	Análise (Papel Social do Superintendente)
Ensino/ Pesquisa/ Inovação	Formação profissional, campos de prática, pesquisa, inovação	7	Promotor da tríade universitária (ensino, pesquisa e inovação), de forma a articular com a finalidade assistencial
Desenho (códigos)	Diálogo com os gestores da Rede de Atenção à Saúde/Contribuir para melhor posicionamento no HU na Rede de Saúde/articulação do hospital com as necessidades de saúde da população assistida/ Transparência e clareza na comunicação do papel do hospital/Integração do HUF com a rede de atenção à saúde regional, dando apoio institucional às ações de atenção primária e outros pontos de cuidado/compreender com clareza o papel do HU no contexto da saúde pública/dialogar com clareza com todos os atores do sistema.		

Categorias temáticas	Exemplo de códigos	Frequência	Análise (Papel Social do Superintendente)
Articulação SUS	Diálogo com gestores, integração regional, clareza de papéis	7	Intermediador e/ou articulador na Rede de Atenção à Saúde, garantindo coerência sistêmica
Desenho (códigos)	Porta voz do hospital frente à comunidade/IES/colaboradores, por meio da comunicação sobre os valores e compromissos/divulgar as ações sociais do HU, disseminar a força do SUS em todas as esferas sociais, divulgar a importância do HU na formação de recursos humanos para o próprio SUS e para a sociedade, disseminar o pensamento que o SUS e os HU são forte distribuidores de renda e de riqueza com participação importante no desenvolvimento econômico do país e social, disseminar a importância da função do SUS como política estruturante econômica, social, educação e saúde/Levar e elevar o nome, e a missão da instituição para a sociedade/É o “rosto” da instituição para o público, devendo agir conforme a liturgia do cargo/ Mediação entre as demandas e expectativas da sociedade e comunidade assistida/participação nos processos de controle social.		
Categorias temáticas	Exemplo de códigos	Frequência	Análise (Papel Social do Superintendente)
Representação institucional e responsabilidade social	Porta-voz, liturgia do cargo, divulgação social, mediação social, controle social	7	Tradutor dos valores da instituição e do SUS para a sociedade e mediador das demandas sociais
Desenho (códigos)	Motivar a todos/demonstrar que todos são protagonistas, valorizar ações individuais e coletivas, engajamento organizacional, melhora do clima organizacional/agregar pessoas em torno dos objetivos institucionais e permitir que essas pessoas desenvolvam todos os seus talentos com autonomia e responsabilidade/agir sempre disposto a ouvir e acolher o público final/criar condições de trabalho dignas para as equipes.		
Categorias temáticas	Exemplo de códigos	Frequência	Análise (Papel Social do Superintendente)
Gestão de Pessoas	Motivação, protagonismo, acolhimento, condições de trabalho	5	Líder humanizado, promotor do engajamento, valorização e bem-estar institucional
Desenho (códigos)	Trabalhar para prover assistência, ensino, pesquisa e inovação de qualidade/ integrar o ensino e pesquisa à assistência da população/integrar assistência, ensino, pesquisa e inovação.		
Categorias temáticas	Exemplo de códigos	Frequência	Análise (Papel Social do Superintendente)
Integração da missão	Ensino–pesquisa–assistência–inovação	4	Integrador da missão universitária com a missão assistencial

Fonte: elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2025)

Com base no quadro 33, apesar de haver termos e conceitos semelhantes em suas respostas, os participantes da pesquisa elencaram vários tipos de papéis, o que reverbera o posicionamento de culturas diferentes dentro da mesma empresa, uma vez que se trata de uma Rede de Hospitais nacionalmente localizada. Contudo, apesar de ter havido respostas diferentes, a metodologia adotada na pesquisa possibilitou a agregação de conceitos semelhantes, possibilitando a definição dos papéis sociais do Superintendente da EBSEH.

Assim, o papel social é compreendido de forma multidimensional, que combina responsabilidades políticas, técnicas, sociais e simbólicas. Assim, pela perspectiva dos Superintendentes da EBSEH, pode-se dizer que esse gestor é visto como:

- Guardião da função pública do SUS e gestor comprometido com a missão universal do hospital;

- Promotor da tríade universitária, garantindo que a produção de conhecimento e a formação profissional estejam alinhadas às necessidades sociais e assistenciais;
- Intermediador e/ou articulador na Rede de Atenção à Saúde, garantindo coerência sistêmica;
- Integrador da missão universitária com a missão assistencial, garantindo que os pilares do hospital convirjam para o benefício coletivo;
- Tradutor dos valores institucionais e dos princípios do SUS para a sociedade, bem como mediador das demandas sociais, assegurando transparência, escuta qualificada e responsividade;
- Líder comprometido com o engajamento, a valorização e o bem-estar das equipes, reconhecendo os colaboradores como agentes centrais na realização da missão pública dos hospitais universitários.

Na sua pesquisa, Caldas (2008) abordou o papel do dirigente hospitalar, considerando os hospitais universitários da época e a percepção dos dirigentes que participaram da pesquisa. O quadro 34 sintetiza os achados da autora.

Quadro 34 - Papéis e responsabilidades das direções dos HU, segundo Caldas (2008)

Papéis e responsabilidades	% de concordantes	Papéis e responsabilidades	% de concordantes
Motivar seus funcionários	100%	Buscar novos recursos	94%
Fazer negociações	100%	Viabilizar novos projetos	94%
Conhecer a dinâmica de poderes do HU	100%	Definir a estratégia	94%
Cumprir metas	100%	Representar o HU ou a Direção	94%
Prever novos cenários	100%	Propor novos projetos	88%
Participar da implantação de uma política pública	100%	Disseminar informações sobre HU	76%
Coordenar o trabalho das equipes	94%	Alocar recursos	65%
Adequar a estrutura organizacional	94%	Promover a comunicação interna	53%

Fonte: Adaptado de Caldas (2008)

Ao fazer um paralelo com os resultados do atual estudo, percebe-se consideráveis mudanças nos papéis dos Superintendentes, quando ressaltamos a comunicação interna, que outrora não era vista como tão necessária ao dirigente hospitalar (53%), e a disseminação de informações do HU (76%). Esse paradigma muda na EBSEH, uma vez que para os Superintendentes, todos os papéis sociais ora elencados envolvem a necessária abordagem comunicativa, seja interna (mediador, líder, promotor de formação profissional), como externa

(guardião da função do SUS, intermediador da Rede de Atenção à saúde, integrador da missão universitária).

Portanto, o contexto histórico do país, bem como os resultados de ambas as pesquisas (Caldas (2008) e a atual), reverberam uma manutenção e mudança de paradigma ao mesmo tempo: uma manutenção de determinados aspectos, ao considerar que é papel do dirigente/superintendente atuar politicamente, uma vez que deve fazer negociações, participar na implantação de políticas, coordenar as equipes e representar os hospitais. Pontos estes vistos na pesquisa de Caldas (2008), e confirmados nos resultados atuais. Contudo, observa-se também uma mudança de paradigma ao passo que esses gestores veem na função social do Superintendente um ponto chave no próprio SUS e na formação profissional, uma vez que ao Superintendente da EBSEH cabe também as funções de ser guardião da função SUS, integrador da missão universitária e intermediador na Rede de Atenção à saúde. Portanto, tem-se atualmente o perfil mais social desse gestor, voltado ao SUS com a necessária integração acadêmica, valorizando os colaboradores e reconhecendo as demandas sociais. Assim, participa ativamente na definição de estratégias de saúde, aplicação de políticas de saúde, e consequentemente desenvolvimento regional e nacional.

Considerando ainda os aspectos comportamentais desses gestores, o quadro 35 apresenta a consolidação dos resultados da pesquisa, tendo em vista as perspectivas dos participantes para atitudes e comportamentos inadequados a um Superintendente da EBSEH.

Quadro 35 - Análise de conteúdo: atitude e comportamentos inadequados

Atitude e comportamentos inadequados		
Desenho (códigos)	Decidir individualmente, especialmente sobre temas que podem afetar toda a comunidade hospitalar/Ignorar alertas, críticas ou sugestões sobre ações propostas por qualquer colaborador da equipe/ Não saber escutar/ Autoritarismo/ Centralização de decisões/ Ter postura de intimidação sobre os demais servidores/ Isolamento na tomada de decisões/ Centralização de decisões e falta de autocrítica/ Autoritarismo, comportamento tirano, medo da sucessão, não correr riscos, conflitos de interesse, concentração do poder e das decisões, postura de superioridade/Autoritarismo/abuso de autoridade/autoritarismo/Não ouvir as equipes/Centralizar decisões e ignorar dados	
Categoria temática	Exemplo de códigos	Frequência
Autoritarismo e Centralização de Poder	Autoritarismo, centralização, decisões isoladas, não ouvir equipes, intimidação, postura tirânica, falta de autocrítica, abuso de autoridade	13
Desenho (códigos)	Não ter empatia/ intolerância/ O desrespeito a qualquer pessoa/ Aquelas que firmam os procedimentos legais e éticos formalmente estabelecidos/arrogância e desonestidade/ contrariam os princípios éticos/qualquer forma de assédio, discriminação/Desonestidade/Covardia, omissão, negligência, assédio, imoralidade, corrupção/Desrespeito às pessoas	
Categoria temática	Exemplo de códigos	Frequência

Condutas Antiéticas e Desrespeitosas	Desonestidade, assédio, discriminação, imoralidade, corrupção, desrespeito, arrogância, intolerância	12
Desenho (códigos)	Insubordinação/ Descumprimento de regras, falta de comprometimento/ A falta de comprometimento com o SUS, Empresa ou com a Instituição de Ensino Superior/ Falta de compromisso como o serviço público, falta de compromisso com o SUS/descompromisso com o bem público/crítico ao setor público e ou ao SUS	
Categoria temática	Exemplo de códigos	Frequência
Falta de Compromisso com o Serviço Público e o SUS	Falta de compromisso com o SUS, descumprimento de regras, descompromisso com o bem público.	6
Desenho (códigos)	Excesso de interferência nas atividades dos gerentes/ Gerar insegurança na equipe/ Não reconhecer os esforços da equipe/ falta de valorização dos colaboradores e rigidez exagerada na gestão/não saber trabalhar em equipe	
Categoria temática	Exemplo de códigos	Frequência
Má Gestão de Pessoas	Falta de reconhecimento, gerar insegurança, rigidez excessiva, falta de valorização	5
Desenho (códigos)	Faltar com transparência/ Falta de comunicação clara/ Isolamento (pessoal ou institucional) / Falta de transparência	
Categoria temática	Exemplo de códigos	Frequência
Falta de Transparência e Comunicação	Falta de comunicação clara, isolamento institucional, ausência de transparência	4
Desenho (códigos)	Não estar disponível para o cargo, uma vez que administrar um hospital necessita de dedicação/ não estar presente na carga horária usual de trabalho/Ausência no dia a dia do hospital	
Categoria temática	Exemplo de códigos	Frequência
Ausência/Indisponibilidade	Não estar presente, não cumprir carga horária	3
Desenho (códigos)	Tomar decisões administrativas de cunho político/Demonstração de escolhas pessoais sejam partidárias, políticas, religiosas, sexuais ou mesmo futebolísticas. Exposição pública pessoal/Vaidade e decisões guiadas por interesse pessoal	
Categoria temática	Exemplo de códigos	Frequência
Interferência Política ou Pessoal	Decisões político-partidárias, escolhas pessoais indevidas, exposição imprópria	3
Desenho (códigos)	Não observar atentamente o comportamento das equipes administrativa e assistencial diante das demandas e resultados obtidos em relação ao planejado, especialmente quando estes não correspondem ao esperado/Normalizar imprevisto e falta de planejamento	
Categoria temática	Exemplo de códigos	Frequência
Falha no Monitoramento e Planejamento	Imprevisto, falta de planejamento, não observar resultados, não acompanhar equipes	2
Desenho (códigos)	Não se preparar para o exercício da função/Acomodação e falta de atitude	
Categoria temática	Exemplo de códigos	Frequência
Falta de Preparação para o Cargo	Acomodação, ausência de qualificação	2

Desenho (códigos)	Limitar as ações do hospital aos interesses exclusivamente do ensino/ atitudes no hospital que dizem respeito exclusivamente à Universidade	
Categoria temática	Exemplo de códigos	Frequência
Viés Acadêmico Excessivo	Subordinar o hospital a interesses exclusivamente acadêmicos	2

Fonte: elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2025)

A análise demonstra que para os Superintendentes, os comportamentos inadequados mais frequentes atribuídos ao cargo estão associados às práticas autoritárias e centralização das decisões (13 e 12 respectivamente). No âmbito da EBSEH, tem-se que apesar da liderança institucional ser desenvolvida pelo Superintendente, os hospitais da Rede contam com um colegiado executivo, de maneira que decisões que impactam o hospital devem ser levadas para discussão nesse colegiado. Portanto, a centralização das decisões não é tida como adequada à gestão de saúde no âmbito da EBSEH.

Ademais, tem-se que logo após às práticas autoritárias, os respondentes elencaram as condutas antiéticas ou desrespeitosas como atitudes inadequadas ao exercício desse cargo (12 registros). Nesse contexto, observa-se que as principais preocupações dos Superintendentes da EBSEH recaem sobre a concentração de poder e a fragilidade ética.

Na sequência tem-se categorias mais estruturais, tais como falta de compromisso com o SUS (6), falhas na comunicação e transparência (4), e má gestão de pessoas (4), demonstrando que os comportamentos que possam impactar negativamente a confiança institucional e a relação com as equipes também são vistos como inadequados. Isso reforça o que foi visto no quadro 28, uma vez que está no escopo do papel social do Superintendente ser o guardião da função pública do SUS, tradutor dos valores institucionais e dos princípios do SUS, e ser líder comprometido com a valorização e bem-estar das equipes.

Algumas categorias não foram tão frequentes, mas relevantes, tais como: ausência do gestor no cotidiano, o que demonstra a preocupação com o compromisso com o hospital e a sociedade; interferência político-pessoal, ressaltando que decisões podem ser tomadas desviando do interesse coletivo e social; deficiências de planejamento e falta de preparo, elencando a necessidade de revisões e adequações das próprias atitudes institucionais, de modo a haver rearranjos de planos, cargos, e até mesmo de troca de pessoal; e viés acadêmico excessivo, reforçando que apesar de ser um hospital de ensino, que deve apoiar a formação profissional, os hospitais universitários devem convergir as duas grandes áreas: saúde e educação, e portanto, cabe ao Superintendente, como guardião da função pública do SUS, agir

adequadamente no âmbito da integração da missão universitária e assistencial, uma vez que ambos os pontos foram tidos como papéis sociais do Superintendente da EBSEH.

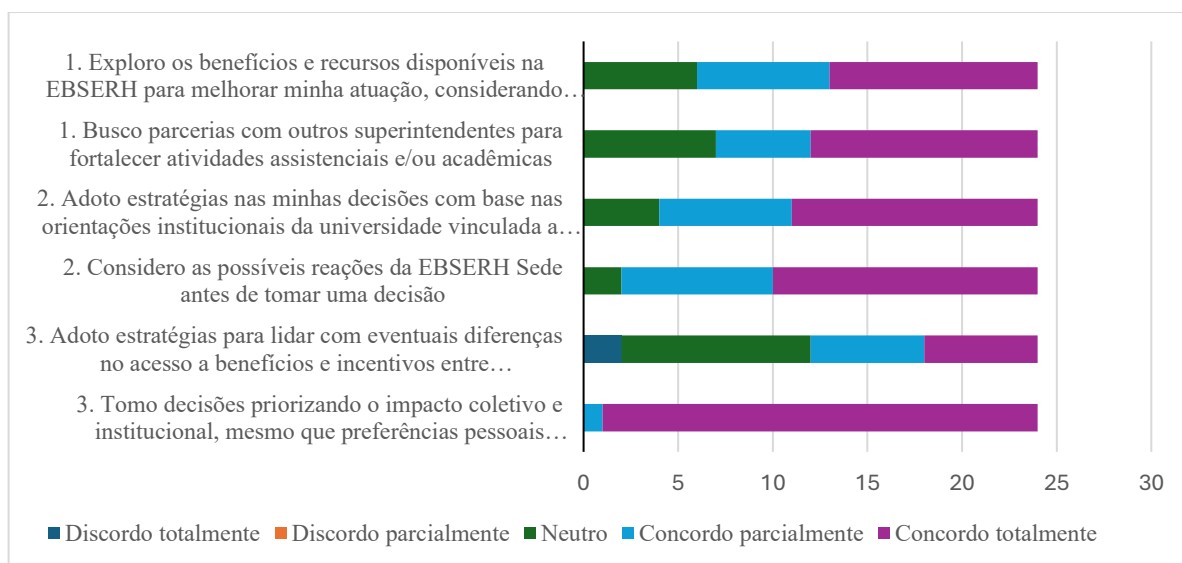
4.3 NEOINSTITUCIONALISMO DA ESCOLHA RACIONAL: INTERESSES E/OU INCENTIVOS RACIONAIS NA TOMADA DE DECISÃO NA EBSEH

Ao considerar o objetivo específico “Identificar se a tomada de decisão, dentro da própria Rede EBSEH, no âmbito dos Superintendentes dos hospitais universitários, é influenciada por interesses e incentivos racionais”, foi utilizada como norteadora para coleta de dados, a matriz contida no quadro 23.

No âmbito das características de pressupostos comportamentais, contido na matriz do NER, esses pontos já foram avaliados anteriormente quando se identificou a formação de nível superior predominante entre os Superintendentes (Medicina), se esses atores possuíam experiência em gestão hospitalar antes da EBSEH (Sim), e a função exercida antes de ocupar o cargo de Superintendente (professor universitário).

Portanto, tendo em conta as características predominantes desses atores na Rede EBSEH, no âmbito do NER, esses gestores acabam por compartilhar um conjunto de preferências. Diante disso, outras dimensões foram analisadas, tais como “Vida política como dilemas de ação coletiva” (itens 3 do gráfico 10), “Interação estratégica”, (itens 2 do gráfico 10) e “Ganho obtido pela cooperação” (itens 1 do gráfico 10). O gráfico 10 apresenta os resultados da pesquisa considerando as afirmações contidas no questionário aplicado com os Superintendentes.

Gráfico 10 - Resultados da pesquisa: Neoinstitucionalismo da Escolha Racional



Fonte: elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2025)

Ao considerar o gráfico 10, percebe-se que o alinhamento institucional dos Superintendentes participantes da pesquisa estão mais adequados na escala da dimensão “ganho obtido pela cooperação”, uma vez que os padrões de respostas seguem semelhantes, em termos de escala métrica (itens 1 do gráfico 10). As outras abordagens possuem mais oscilações nas respostas (itens 2 e 3 do gráfico 10).

Quadro 36 - Resultados questionários perspectiva Neoinstitucionalismo da Escolha Racional

Afirmção	Dimensão do NER	Média (escala 1 – 5)	Moda
Tomo decisões priorizando o impacto coletivo e institucional, mesmo que preferências pessoais pareçam mais vantajosas para mim	Vida política como dilemas de ação coletiva	4,96	Concordo totalmente
Adoto estratégias para lidar com eventuais diferenças no acesso a benefícios e incentivos entre superintendentes	Vida política como dilemas de ação coletiva	3,58	Neutro
Considero as possíveis reações da EBSEH Sede antes de tomar uma decisão	Interação estratégica	4,91	Concordo totalmente
Adoto estratégias nas minhas decisões com base nas orientações institucionais da universidade vinculada a este hospital	Interação estratégica	4,38	Concordo totalmente
Busco parcerias com outros superintendentes para fortalecer atividades assistenciais e/ou acadêmicas	Ganho obtido pela cooperação	4,21	Concordo totalmente
Exploro os benefícios e recursos disponíveis na EBSEH para melhorar minha atuação, considerando que a instituição seleciona e oferece vantagens competitivas em relação a outras organizações	Ganho obtido pela cooperação	4,21	Concordo totalmente

Fonte: elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2025)

Considerando o quadro 36, na dimensão da “vida política como dilemas de ação coletiva”, obteve-se uma divergência entre as questões: a primeira possuiu altas concordâncias entre os participantes da pesquisa (4,96), sendo a afirmativa que possuiu quase unanimidade no mesmo padrão de resposta (concordo totalmente), e a segunda foi a mais incongruente das questões (3,58), uma vez que a moda identificada foi “neutro”.

Ao abordar a primeira afirmação, considera-se primeiro que no NER os atores envolvidos adotam decisões de modo a maximizar as satisfações de suas preferências, em detrimento de um resultado ótimo para a coletividade. Percebe-se, contudo, que no âmbito da EBSEH esse padrão de comportamento não se condiz, uma vez que nessa afirmativa tornou-se evidente que os participantes da pesquisa discordaram desse posicionamento, ao concordar com o texto da afirmação posta no questionário. Ademais, reforça-se os papéis sociais do

Superintendente, uma vez que aborda, dentre outras funções elencadas nesse estudo, ser “Tradutor dos valores institucionais e dos princípios do SUS para a sociedade, bem como mediador das demandas sociais, assegurando transparência, escuta qualificada e responsividade”, que envolve decisões de impactos coletivos sociais.

Na segunda afirmação, assim como identificada na NS, as justificativas possíveis para a moda ter sido “neutro” podem ser: o item pode não ter ficado claro, apesar de ter sido o questionário validado, e submetido a inteligência artificial no âmbito de adequação aos critérios psicométricos; heterogeneidade do grupo: uma vez que o grupo não tem uma tendência clara de resposta, considerando que uma parte concorda, outra discorda, e uma parte não tem uma orientação nítida; e falta de opinião formada: o participante não tem informação suficiente para opinar, e/ou não vivenciou a situação.

Dessa forma, considerando os resultados, acredita-se que para esse item a última opção é mais compreensível, uma vez que diferente da afirmativa no NS, essa afirmação teve a moda “neutro”, portanto, a maioria dos respondentes não demonstrou possuir informação suficiente para poder opinar entre concordar ou discordar com a afirmação apresentada (ver gráfico 10 e quadro 36).

No âmbito da dimensão da “interação estratégica”, essa abordagem do NER demonstra que as decisões de um ator são influenciadas pela expectativa dele em relação ao comportamento provável de outros atores, e que diante disso, suas ações são determinadas estrategicamente. Assim, as afirmativas pautadas para os Superintendentes abordaram expectativas de ações advindas da EBSEH Sede e da Universidade vinculada ao hospital. Os resultados demonstram um padrão de respostas afirmativas quanto aos comportamentos dos Superintendentes, em relação às demandas e orientações dessas duas organizações.

No entanto, as influências da EBSEH Sede estão mais presentes (4,91), quando se comparada com a universidade (4,38). Esses resultados estão alinhados com a percepção dos Superintendentes em relação aos comportamentos inadequados para este cargo, considerando que para os participantes da pesquisa, “subordinar o hospital a interesses exclusivamente acadêmicos” não deve ser adequado na gestão de um Superintendente de um hospital universitário (ver quadro 30), uma vez que são papéis sociais desse gestor, dentre outros, ser “guardião da função pública do SUS e gestor comprometido com a missão universal do hospital”, e “integrador da missão universitária com a missão assistencial, garantindo que os pilares do hospital convirjam para o benefício coletivo”.

Portanto, apesar de ficar claro que os Superintendentes participantes da pesquisa consideram as perspectivas das universidades, considerando que o hospital da Rede EBSEH

é um hospital universitário, a interação estratégica deve ser majoritariamente com a própria EBSEH.

Em relação à dimensão do NER “ganho obtido pela cooperação”, tem-se que esta dimensão foi a mais alinhada institucionalmente entre os participantes da pesquisa, em termos de escala métrica (ver gráfico 10). A afirmação “Busco parcerias com outros superintendentes para fortalecer atividades assistenciais e/ou acadêmicas”, teve média 4,21, e a afirmação “Exploro os benefícios e recursos disponíveis na EBSEH para melhorar minha atuação, considerando que a instituição seleciona e oferece vantagens competitivas em relação a outras organizações”, também teve a mesma média, de 4,21 (ver quadro 36), havendo poucas oscilações nos padrões de respostas dos participantes da pesquisa (ver gráfico 10).

Desse modo, considera-se que nessa dimensão há uma perspectiva de que maiores vantagens são oferecidas aos atores envolvidos, seja externamente, em termos de instituição/organização concorrentes (fazendo existir outros interessados em fazer parte dela), seja internamente, quando os atores se alinham, formalizando acordos para minimizar seus custos de transação, de produção e influência (Superintendentes alinhando-se para o fortalecimento de ações internas nos hospitais que administram). Percebe-se que as respostas dos participantes demonstram haver busca por cooperação para que sejam possíveis alcançar benefícios, seja eles institucionais, profissionais e/ou pessoais.

Assim, a instituição torna-se atrativa aos interesses de atores externos a organização, seja para serem integrantes da própria empresa (no cargo de Superintendente), seja na parceria com os hospitais da Rede EBSEH, ou na Rede EBSEH.

5. RECOMENDAÇÕES/PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO

Diante da análise situacional, o quadro 37 apresenta algumas recomendações para a EBSEH, considerando o arcabouço teórico das três vertentes do Neoinstitucionalismo e os achados da pesquisa, de maneira a possibilitar o alinhamento institucional dos hospitais à Rede, e da própria EBSEH no âmbito dos padrões de legalidade, conformidade institucional e diversidade do Brasil.

Ressalta-se que as recomendações são abordadas mais claramente no âmbito do produto técnico tecnológico anexo a esta dissertação.

Quadro 37 - Recomendações de alinhamento institucional para EBSEH

Item de análise	Recomendação sucinta para alinhamento institucional
Contrato de gestão com as universidades federais	Prestação de contas com a sociedade (comunidade hospitalar, acadêmica e demais), em termos de apresentação do cumprimento de metas, repactuações e demais. A EBSEH assinou ao longo dos últimos anos protocolos de intenções para novos contratos de gestão com as universidades federais, bem como firmou acordos de cooperação técnica para apoiar as construções de novos hospitais universitários. Diante disso, a sustentabilidade da empresa deve seguir frente às metas pactuadas, inclusive, com os hospitais já pertencentes a Rede, de maneira que não regresse aos padrões de demasiados custos de manutenção como ocorrera outrora. A manutenção dos hospitais é tão importante quanto a construção de novos.
Contratualização com o gestor SUS	Prestação de contas com a sociedade, em termos de cumprimento e apresentação de metas, repactuações e demais. Sugere-se que a empresa adote mecanismos de acompanhamento de metas da contratualização com os gestores locais, a fim de viabilizar ajustes que se fizerem necessários, seja em termos de recursos, seja em termos de adequações em indicadores, metas e resultados. Adotar postura mais transparente na prestação de contas da contratualização, frente à Rede, e a sociedade.
Certificação como hospital de ensino	A empresa administra hospitais universitários, mas nem todos são certificados como hospitais de ensino. A adequação institucional é uma exigência inclusive para recebimento de recursos frente ao Governo Federal. A necessidade de atendimento da legislação da certificação dos hospitais de ensino viabiliza maiores e melhores condições de entregas para a sociedade, seja nos termos de prestação de assistência à população, seja em termos de apoio na formação de profissionais de saúde.
Curso de formação necessário para os Superintendentes da Rede EBSEH	Buscar capacitar os (as) Superintendentes previamente. Apesar de haver requisitos obrigatórios a serem obedecidos pelos candidatos a ocuparem o cargo de Superintendente na EBSEH, essa empresa possui um porte de alta complexidade, que demanda dos seus líderes posicionamentos para além de habilidades técnicas conceituais. Diante da sua peculiaridade de possuir gestão local, com os colegiados executivos, os resultados da pesquisa evidenciaram que os hospitais, a partir do momento que aderem à administração da EBSEH, devem seguir suas atuações em Rede, de maneira que recebam orientações da EBSEH Sede e influência da própria universidade. Portanto, faz-se necessário conhecimentos e habilidade específicas para que os profissionais indicados possuam adequação institucional frente à EBSEH para poder exercer o mais alto cargo de gestão, no âmbito dos hospitais universitários. Sendo assim, sugere-se um curso de formação para os indicados, com no mínimo os seguintes conteúdos propostos: cultura política e instituições políticas; identidade organizacional e valores comuns da Rede; continuidade e descontinuidade nas políticas de saúde no Brasil; estratégias individuais e institucionais; ética, integridade e conflito de interesses; gestão de conflitos; diversidade, equidade e inclusão; governança corporativa, e liderança hospitalar.
Planos de sucessão/	Buscar uma transição ordenada, transparente e contínua entre o Superintendente em exercício e o Superintendente designado.

transição de Superintendentes	Compor uma comissão de transição, com representantes dos setores vinculados diretamente à superintendência, e às três gerências. Prazo sugerível de atuação da comissão é de 30 dias, com relatório final a ser apresentado ao Superintendente designado. Itens indispensáveis ao relatório: Resumo do PDE (com projetos e indicadores); organograma do hospital com identificação dos seus respectivos chefes e dimensionamento de pessoal (lotacionograma); auditorias em curso; resultados dos indicadores setoriais e do AOC; resultados relacionados ao contrato de gestão; contratualização com gestor SUS (com resultados dos indicadores frente às metas pactuadas); situação frente a certificação como hospital de ensino; sistemas sob responsabilidade, com informações sobre canais de comunicação; situação orçamentária e financeira. Conter no relatório cronograma de encontros com as áreas do hospital e suas respectivas pautas (podem ser esclarecimentos dos pontos já mencionados no próprio relatório, ou outras abordagens de outras áreas, tais como apresentação de fluxos de urgência/emergência, gestão de riscos, obras em andamento etc.). Sugere-se que todos os encontros devem possuir registros em atas.
Resolução Normativa 1 de 2025	Diversidade, equidade e inclusão nas superintendências dos HUF A política de indicação e sucessão da EBSERH consta as diretrizes relacionadas à indicação e sucessão. Art. 4º V - estimular a diversidade de formações, qualificações e experiências na composição dos colegiados estatutários da EBSERH, inclusive em relação a gênero, idade e raça; O projeto da empresa “EBSERH para todas as pessoas” menciona a inclusão e valorização de grupos historicamente sub-representados, como pessoas negras e pardas, pessoas com deficiência, mulheres, comunidade LGBTQIAPN+, pessoas neurodivergentes, entre outras. Assim, sugere-se adequação da norma frente aos próprios normativos e projetos da empresa, no âmbito da diversidade, equidade e inclusão. Ressalta-se, contudo, que a diversidade não pode invalidar a exigência de capacitação técnica/experiência. Assim, deve-se buscar equilíbrio entre a presença de mulheres/homens (ou outros gêneros) na alta gestão fortalecendo a equidade de gênero. Promover representatividade racial, contribuindo para reparar desigualdades históricas e valorizar a diversidade racial/étnica, e demais abordagens diante de outros grupos sub-representados.

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

6. CONCLUSÕES: ENTRE A INSTITUIÇÃO E A ORGANIZAÇÃO: ATUAÇÃO DA EBSERH SOB A ÓTICA DAS TRÊS VERTENTES DO NEOINSTITUCIONALISMO

Hall e Taylor (2003) sugerem o intercâmbio entre as diferentes abordagens do Neoinstitucionalismo, pois consideram que cada uma das escolas Neoinstitucionalistas podem revelar alguns aspectos importantes do comportamento humano, e do impacto que as instituições podem ter sobre ele.

Assim, ao considerar que o objetivo do presente estudo recaiu sobre “analisar como é desenvolvida a atuação institucional da EBSERH sob a ótica das três vertentes do Neoinstitucionalismo” seguiu-se um grande desafio: realizar uma análise neoinstitucionalista considerando suas três vertentes: Histórica, Sociológica e Escolha Racional.

Para a análise conjugada das três vertentes foi adotada uma metodologia mais flexível entre as abordagens, de modo que não foram consideradas as características extremas de cada uma. Portanto, foi possível utilizar elementos isolados de cada abordagem, para posterior análise conjugada das três vertentes.

Assim, podemos pontuar que o comportamento organizacional estratégico (NER) pode estar apoiado em sentimentos de conformidade social (NS), ancorados em perspectivas de contextos históricos (NH), tanto da própria EBSERH, quanto do país.

Tendo em mente o Neoinstitucionalismo Histórico, o conhecimento do contexto histórico do país, atrelado com a própria história dos hospitais de ensino, é primordial para compreensão das práticas adotadas pela EBSERH: elementos de ruptura e continuidade foram elencados como basilares para compreender as ações da empresa. Assim, esses elementos estão atrelados ao contexto histórico do país que molda as ações da organização, e por conseguinte as ações dos seus gestores. Nesse caso específico, dos Superintendentes, uma vez que são os gestores máximos dos hospitais universitários da EBSERH. Portanto, as ações históricas dos HUFs reverberam na atual configuração institucional e organizacional da EBSERH, desdobrando-se numa dependência de trajetória que molda seus direcionamentos estratégicos.

Nesse contexto, mencionamos os ensinamentos de Serva (1990), que defende a premissa de que para se compreender as organizações brasileiras, são necessárias duas linhas básicas de estudo: a reconstituição histórica e os elementos da cultura brasileira. Assim, ao compreender o contexto histórico ancorado numa perspectiva da cultura brasileira, é possível remodelar o entendimento das ações organizacionais, uma vez que as organizações são formadas de pessoas e para as pessoas.

No caso específico, o fato da EBSEH ser uma empresa nacionalmente localizada reforça a necessidade de análise do fator cultural envolvido, pois, não podemos falar da história organizacional sem ao menos considerar o fator cultural interposto, de modo a modelar, influenciar e direcionar as ações, as expectativas, as pressões e a legitimidade frente aos fatos socialmente construídos.

Ao abordar o Neoinstitucionalismo Sociológico, foi possível identificar que na EBSEH, as normas e valores são transformados em papéis, que se formam em pressões oriundas de valores organizacionais. Portanto, o papel social do Superintendente é apresentado como valores a serem respeitados e seguidos por esses atores. Apesar dos participantes da pesquisa terem elencado vários tipos de papéis sociais, esse fator demonstra haver visões diferentes do papel do Superintendente, o que reflete uma demanda diferente entre os vários hospitais da Rede EBSEH. Contudo, a metodologia utilizada no presente estudo, possibilitou consolidar as visões diferentes dos Superintendentes em 6 papéis sociais, de maneira a identificar um núcleo comum de papéis: Guardião da função pública do SUS e gestor comprometido com a missão universal do hospital; promotor da tríade universitária, garantindo que a produção de conhecimento e a formação profissional estejam alinhadas às necessidades sociais e assistenciais; intermediador e/ou articulador na Rede de Atenção à Saúde, garantindo coerência sistêmica; integrador da missão universitária com a missão assistencial, garantindo que os pilares do hospital convirjam para o benefício coletivo; tradutor dos valores institucionais e dos princípios do SUS para a sociedade, bem como mediador das demandas sociais, assegurando transparência, escuta qualificada e responsividade; e, líder comprometido com o engajamento, a valorização e o bem-estar das equipes, reconhecendo os colaboradores como agentes centrais na realização da missão pública dos hospitais universitários.

Ademais, diante do fato de haver um perfil profissional predominante nos cargos de Superintendente, a EBSEH demonstra que há um padrão de comportamento esperado, mesmo que não esteja devidamente formalizado, mas se torna implicitamente exigido no desenvolvimento das atividades organizacionais e sociais. Assim, no âmbito das características de pressupostos comportamentais, os gestores compartilham um conjunto de preferências, e essa observação é concretizada nos resultados dessa pesquisa, uma vez que poucas foram as divergências de opiniões entre os participantes.

A pressão por legitimação é percebida pelos Superintendentes como direcionadora de ações institucionais. Essa busca por legitimação está também atrelada aos fatores históricos, uma vez que os aspectos de controle e fiscalização estão envolvidos nos aspectos dos elementos de continuidade, no âmbito da dependência de trajetória (abordado no NH).

Assim, é possível perceber como a importância da legitimidade, a pressão pela conformidade social e a possível imitação de outras organizações podem influenciar as práticas organizacionais. A busca pelo reconhecimento, a necessidade de atender às expectativas sociais estão presentes nos traços normativos das organizações de modo a guiar suas atuações estratégicas e operacionais. O contexto histórico dos hospitais universitários demonstra isso, uma vez que a própria EBSEH foi criada como uma resposta, uma ação de ruptura ao que se vivia à época da crise dos hospitais universitários no país.

Portanto, é nesses termos que a EBSEH é influenciada pelas estratégias dos seus líderes, na medida em que os sistemas normativos da EBSEH (sejam normas, sejam modelos cognitivos compartilhados pelos atores) se tornam prescrições, e expectativas de comportamento. Assim, esses atores buscam atuar conforme os papéis sociais, percebidos com base em modelos morais e cognitivos, demandados e identificados por eles, seja pelo meio político, seja pela própria sociedade.

Considerando a perspectiva da escolha racional, essa vertente considera que os atores atuam de maneira estratégica para alcance dos seus objetivos. Assim, a conformidade das ações dos Superintendentes reflete a própria conformidade da organização, de maneira que o desenvolvimento organizacional se remete às decisões estratégicas tomadas por esses líderes.

Desse modo, a intencionalidade desses atores perpassa no cálculo estratégico das atuações organizacionais. O problema se refere a divergência de atuações, ou seja, quando o poder dos líderes começa a ser exercido para alcance de interesses pessoais em detrimento dos organizacionais. Contudo, no âmbito da EBSEH, os participantes da pesquisa elencaram essa prática como inadequada ao perfil de um Superintendente.

A tomada de decisão no âmbito dos Superintendentes da EBSEH considera as influências de duas áreas: a EBSEH Sede, e a universidade vinculada ao hospital. Assim, diante dos arranjos institucionais moldados (visto no NH), percebe-se uma interação estratégica entre esses atores para o melhor desenvolvimento de suas atividades. Os ganhos obtidos pela cooperação são altos, o que demonstra haver tendência desses atores em propor e realizar parcerias, seja internamente (com outros hospitais da rede), seja externamente (universidade, ou outros órgãos). Não é à toa que dentre os papéis sociais dos Superintendentes constam ações voltadas a organizações externas à EBSEH: “intermediador e/ou articulador na Rede de Atenção à Saúde, garantindo coerência sistêmica”; “integrador da missão universitária com a missão assistencial, garantindo que os pilares do hospital convirjam para o benefício coletivo; e “tradutor dos valores institucionais e dos princípios do SUS para a sociedade, bem como

mediador das demandas sociais, assegurando transparência, escuta qualificada e responsividade”.

Portanto, ao apresentar elementos de ruptura e continuidade em relação aos caminhos históricos do país e dos hospitais universitários (NH), a EBSE RH passa a transformar normas e valores em papéis, que por sua vez se transformam em pressões organizacionais e sociais (NS). Assim, ao ser demandado determinados comportamentos, os atores envolvidos são pressionados a alcançar resultados que sozinhos não seriam possíveis atingir, e que, portanto, buscam interações com outras áreas, a fim de obter ganhos por meio dessas cooperações (NER). O entrelaçamento das três abordagens se torna visível quando se analisa os termos práticos de cada vertente neoinstitucional.

Posto isso, é possível convergir as três abordagens: os comportamentos estratégicos dos líderes organizacionais (NER) podem também estar ancorados em fatores históricos da organização (NH) e assim estar apoiados em sentimentos de necessidade de conformidade social, demandadas pela sociedade daquele lugar onde os serviços organizacionais são ofertados (NS).

Pragmaticamente, a alta concordância dos Superintendentes da EBSE RH no âmbito das decisões que priorizam o impacto coletivo e institucional (NER), estão ancorados em contextos históricos do Brasil, que reforçam a necessidade do atendimento integral e gratuito, uma vez que os hospitais universitários são 100% para o SUS (NH), e assim apoiados em sentimentos de necessidade de conformidade social, considerando que a população local, de onde o hospital universitário está localizado, demanda esses serviços assistenciais e acadêmicos (NS).

As ações dos Superintendentes acabam por considerar a história daquele lugar ao qual o hospital está localizado, num contexto micro em relação ao contexto do país, porém um interferindo no outro, bem como nas decisões estratégicas que maximizam seus interesses, sejam eles profissionais e/ou sociais, reverberando no atendimento de uma demanda social. Em termos práticos de ações institucionais, os Superintendentes podem não perceber que atuam convergindo as três abordagens neoinstitucionais em uma única ação. Assim, há influência nas ações desses atores, conforme há demanda das instituições que estão centradas num contexto histórico nacional e local, abordando a cultura nacional e local, considerando decisões estratégicas de cunho também nacional e local.

Ademais, verificar que as organizações são estruturas que moldam o comportamento é apenas um dos fatores que deve ser analisado. Por exemplo, ao escolher determinados rumos de direção, considerando os recursos financeiros (NER), as organizações tendem a tomar decisões levando em conta as demandas sociais e as pressões que podem sofrer de fatores

externos, tais como população, governo, fornecedores (NS), e assim acabam por vezes construindo uma história que pode, e será analisada pelos sucessores (NH).

No caso específico, ao receber recursos financeiros por meio do AOC, os Superintendentes e demais gestores (colegiados executivos), devem direcionar esses valores (NER), considerando as demandas sociais, e as pressões ora estipuladas para aqueles hospitais (NS), e assim criam desdobramentos históricos que serão analisados no âmbito do próprio hospital, da Rede EBSEH e no país (NH).

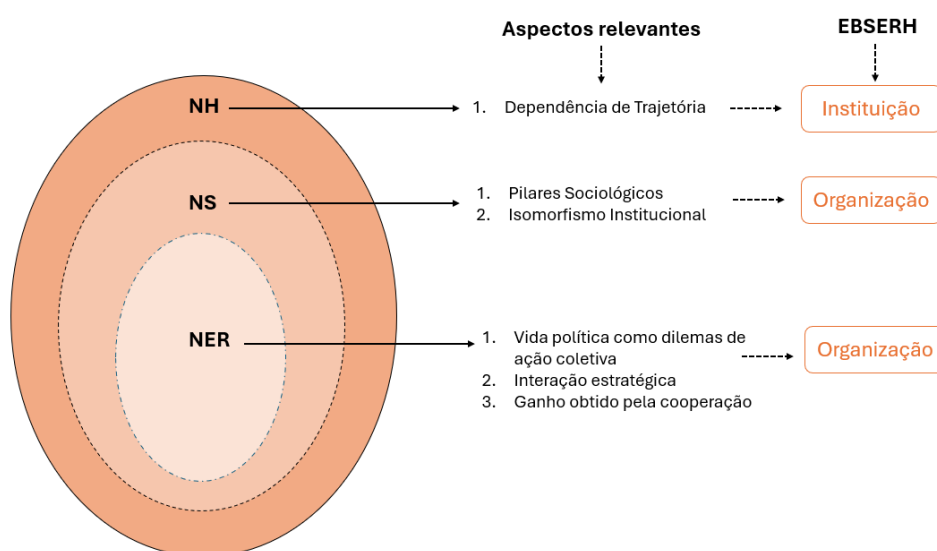
Então, como a EBSEH atua frente às três vertentes do Neoinstitucionalismo? De maneira resumida: sob influência da EBSEH Sede e da universidade vinculada ao hospital, a empresa mantém padrões mínimos de comportamento e desempenho, que se refletem diretamente nos seus Superintendentes, conferindo-lhes características e práticas relativamente homogêneas: possuem determinadas características semelhantes. Assim, pode ser exigido e esperado comportamentos e direcionamentos específicos, de modo que a própria EBSEH, nos seus arranjos estruturais de organização, cria condições para interações estratégicas entre esses atores, oportunizando a obtenção de ganhos por meio de cooperação interna e/ou externa à organização (NER). A empresa opera com base em uma rede integrada de direcionamentos estratégicos, que alinham expectativas comportamentais e de resultados em toda a Rede. Assim, os Superintendentes se veem exercendo papéis sociais demandados por normas e valores da instituição, preservando as lógicas compartilhadas dentro dos próprios hospitais da Rede EBSEH. Mesmo diante de diferenças culturais entre os hospitais da EBSEH, preserva-se um núcleo de uma identidade organizacional comum, decorrente de crenças e práticas institucionalizadas (NS). A EBSEH molda e influencia a trajetória dos hospitais universitários federais ao mesmo tempo que é moldada por ela. Sua atuação evidencia elementos de continuidade, na medida em que preserva características históricas desses hospitais, e elementos de ruptura, que são necessários para atender às novas demandas institucionais e sociais. Desse modo, a empresa interfere na evolução histórica dos HUFs e do próprio sistema hospitalar universitário no país, reforçando o papel da dependência de trajetória (*path dependency*) na conformação de suas práticas e estruturas (NH).

Assim, as três vertentes neoinstitucionais demonstram que as instituições influenciam os comportamentos dos atores, e esses por sua vez reagem a essa influência, tal qual seguindo e/ou remodelando as próprias instituições. O NH mostra isso, com seus elementos de ruptura e continuidade, uma vez que apresenta os caminhos seguidos pelas instituições. O NS, ancorado nesse contexto histórico, apresenta as influências das pressões sociais, institucionais e de conformidade que cada ator envolvido apresenta. E como se não bastasse os fatores culturais

interpostos a níveis regionais, há também os interesses dos próprios envolvidos que são considerados na tomada de decisão, reverberando numa junção entre escolha e estratégia no NER. Portanto, a ação institucional considera o contexto histórico, as pressões internas e externas, e os próprios interesses dos atores envolvidos.

Metodologicamente, o uso conjugado das três vertentes neoinstitucionais demonstrou-se viável no presente estudo, considerando os resultados e as discussões apresentadas. Nesse contexto, a figura 10 mostra que apesar de serem três vertentes desenvolvidas separadamente, as abordagens do Neoinstitucionalismo podem se entrelaçar, ou podem se sobrepor, possibilitando maior flexibilidade nos seus ditames conceituais.

Figura 9 - Sobreposição das abordagens do Neoinstitucionalismo



Fonte: elaborado pela autora (2025)

A aplicação integrada das três vertentes retrata a originalidade do estudo, uma vez que historicamente essas abordagens neoinstitucionais são adotadas separadamente em diversas áreas de pesquisa. Nesse contexto, a figura 10 demonstra que a EBSERH pode atuar e sofrer interferências, seja internamente ou externamente, tanto como instituição, e/ou como organização, na medida em que foi possível uma análise conjugada, em termos práticos, das três vertentes do Neoinstitucionalismo. Desse modo, as contribuições do estudo são visíveis para a academia, uma vez que a análise conjugada possibilita avanço nos estudos organizacionais no campo da administração pública, considerando essa abordagem teórico metodológica.

Há que se ressaltar ainda, as contribuições no campo social e prático, considerando o mapeamento da história e da dependência de trajetória da empresa EBSEH, e seu modelo de administração. Ademais, no âmbito da própria empresa é possível agregar valor à instituição por meio dos subsídios teóricos e empíricos apresentados na pesquisa, tal qual os papéis sociais identificados aos Superintendentes, bem como as próprias recomendações expostas anteriormente.

Referências

ARAÚJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, out./dez. 2014, p.1261-1281.

BANASZAK-HOLL, Jane et al. Leardship and Management: A Framework for Action. In: SHORTELL, S. M; KALUZNY, A. D. **Health Care Management: Organization Design & Behavior**. 6 ed. New York: Delmar, 2012, p. 33-62.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Org.). **Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007, p. 29-60.

BARBOSA NETO, Francisco. Diretrizes curriculares, certificação e contratualização de hospitais de ensino: O caminho se faz ao andar? **Cadernos ABEM**. v. 4. out. 2008.

BARBOSA, Gisele Heloise. Uma breve discussão sobre a análise das instituições na ciência política. **Revista Rumos Da Pesquisa Em Ciências Empresariais, Ciências Do Estado E Da Tecnologia**. p. 11-27, 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, Renata Tenório de. Modelos de Gestão da Administração Pública Brasileira: Reformas vivenciadas pelos hospitais universitários federais. **RMP**. v. 2, n. 1, jan./jun. 2013.

BRAGA NETO, Francisco Campos; et al. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 577-608.

BRASIL. **Decreto nº 11.674, de 30 de agosto de 2023**. Institui o Programa Nacional de Qualificação e Ampliação dos Serviços Prestados por Hospitais Universitários Federais Integrantes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2023. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=31/08/2023&jornal=515&pagina=6&totalArquivos=182>. Acesso em: 6 jun. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 3.964, de 10 de outubro de 2001**. Dispõe sobre o Fundo Nacional de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3964.htm. Acesso em 23 jul. 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. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7082.htm. Acesso em 23 maio 2025.

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 - EBSERH;

acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm. Acesso em 23 maio 2025.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em 23 jul. 2025.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Relatório de Administração.** 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/transparencia/relatorio-de-administracao>. Acesso em: 23 maio 2025.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Contratos de Objetivos/Acordo Organizativo de Compromissos.** 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/receitas-e-despesas/contratos-de-objetivo>. Acesso em 23 maio 2025.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Comissão divulga resultado da Consulta Pública para superintendente do HU-UFSC.** 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/comunicacao/noticias/comissao-divulga-resultado-da-consulta-publica-para-superintendente-do-hu-ufsc>. Acesso em: 29 maio 2025.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Sobre os Hospitais Universitários Federais.** 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/sobre-os-hospitais-universitarios-federais>. Acesso em: 9 abr. 2025.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Consulta à Comunidade para escolha do Superintendente do CHC-UFPR - Gestão 2025/2029.** 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/chc-ufpr/governanca/consulta-a-comunidade-para-escolha-do-superintendente-do-complexo-hospital-de-clinicas-da-universidade-federal-do-parana-gestao-2025-2029>. Acesso em: 29 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Portaria Conjunta MS/MEC nº 8.033, de 29 de agosto de 2025.** Dispõe sobre os requisitos e critérios para certificação dos hospitais como hospitais de ensino. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ed. 175, p. 80, 15 set. 2025. 2025c. 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: 6 out. 2025.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Sobre.** 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/sobre>. Acesso em: 9 abr. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade 4895.** ADI com pedido de medida cautelar, proposta pelo Procurador-Geral da República em face dos arts. 1º a 17 da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, diploma que autorizou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Julgado em 7 dez. 2020. Relatora: Ministra

Cármén Lúcia. 2020b. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4351459>. Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 23 maio 2025.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm. Acesso em 23 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Certificação dos Hospitais de Ensino**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/atencao-especializada-e-hospitalar/certificacao-de-hospitais-de-ensino>. Acesso em: 30 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História e Evolução dos Hospitais**. Rio de Janeiro, 1965.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.006, de 27 de maio de 2004**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pr1006_27_05_2004.html. Acesso em: 30 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em 23 jul. 2025.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão n.º 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. Relator Min. Aroldo Cedraz. 25 de novembro de 2009. Brasília. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/redireciona/acordao-completo/ACORDAO-COMPLETO-1141685>. Acesso em 23 maio 2025.

CALDAS, Bárbara do Nascimento. **O papel do Dirigente Hospitalar: A percepção de diretores de hospitais universitários vinculadas às institucionais federais de ensino superior**. 2008. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2008.

CARMO, Maria do; et al. Hospital Universitário e Gestão do Sistema de Saúde – Uma trajetória positiva de integração. **REME**.11(4):387-394, out./dez., 2007.

CARVALHO, C. A. P., et al. Contribuições da perspectiva institucional para análise das organizações. **Anais do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração**, Foz do Iguaçu, PR, Brasil. 1999.

CARVALHO, C. A.; et al. A trajetória conservadora da teoria institucional. **GESTÃO.Org**, v. 10, nº. especial, dez. 2012, p.469 – 496.

CHIORO, Arthur; et al. Atenção hospitalar no SUS. In: **Gestão hospitalar no SUS**. SANTOS, Thadeu Borges Souza; PINTO, Isabela Cardoso de Matos Pinto, organizadores. Salvador: EDUFBA, 2021. p. 27 – 84.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DIMAGGIO, Paul J.; POWELL, Walter W. A Gaiola de Ferro Revisitada: Isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. **RAE**, v. 45, n. 2, abr./jun. 2005, p. 74-89.

EBSERH, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Descrição sumária das atribuições dos cargos efetivos, em comissão e funções gratificadas da EBSERH**. 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/agentes-publicos/demonstrativos-de-quadro-de-pessoal-remuneracoes-e-beneficios/cargos-carreiras-e-beneficios/plano-de-cargos-e-beneficios>. Acesso em: maio 2025.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Manual para contratualização dos hospitais universitários federais da Rede EBSERH no âmbito do SUS**. 1. ed. Brasília, DF: EBSERH, 2024b. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/saude/manual-de-contratualizacao/manual-de-contratualizacao-huf-sus_1a-edicao.pdf/view. Acesso em: 22 set. 2025.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Regimento Interno da Administração Central da Rede EBSERH**. 2025a. Aprovado na 204ª Reunião do Conselho de Administração, realizada no dia 17 de julho de 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/legislacao-e-normas/rede-ebserh>. Acesso em: 25 jul. 2025.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Diversidade, Equidade & Inclusão**. 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/governanca-corporativa/diversidade-equidade-inclusao>. Acesso em: 25 out. 2025.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Boletim de Serviço nº 2114 - 21/08/2025: Resolução nº 01, de 21 de agosto de 2025**. 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2025/boletim-de-servico-no-2114-21-08-2025/view>. Acesso em: 26 out. 2025.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Gestão estratégica**. 2025d. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica>. Acesso em: 6 out. 2025.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Portaria nº 125, de 11 de dezembro de 2012.** Delega competência aos Superintendentes dos Hospitais Universitários administrados pela EBSERH para a prática dos atos de gestão que especifica. DF: Diário Oficial da União. Disponível em: https://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/legislacao/Portaria_125_11_12_12.pdf. Acesso em: 29 maio 2025.

EPSTEIN, Isaac. O paradoxo de Condorcet e a crise da democracia representativa. *Estudos Avançados*, 11 (30), p. 273-291, 1997.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 223-364.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 279-322.

FONSECA, Valéria Silva da. A abordagem institucional nos estudos organizacionais: bases conceituais e desenvolvimentos contemporâneos. In: VIEIRA, M. M. F.; CARVALHO, C. A. (Org.). **Organizações, instituições e poder no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2003, p. 47-66.

HALL, P.; TAYLOR, R. As três versões do neoinstitucionalismo. *Lua Nova*, São Paulo, n. 58, p. 193-224, 2003.

HODGSON, Geoffrey M. What Are Institutions?, *Journal of Economic Issues*, 40:1, 1-25, 2006. DOI: 10.1080/00213624.2006.11506879.

IBGE. **Painel cor ou raça no Brasil**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/painel-cor-ou-raca/>. Acesso em: 25 out. 2025.

IMMERGUT, Ellen. O Núcleo teórico do novo institucionalismo. In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (Org.). **Políticas Públicas**. Coletânea. Brasília: ENAP, v 1, 2006, p. 155-195.

JACOBS, Camila Campos. **A participação da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) na reforma da universidade brasileira na década de 1960**. 2004. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Programa de Pós-Graduação em Relações internacionais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

LAMPERT, Jadete Barbosa; et al. Hospitais de Ensino: a Trama da Crise. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, 2013, p. 155-156.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 89-120.

LOTTA, Gabriela; FAVARETO, Arilson. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 57, p. 49-65, mar. 2016.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Teoria Geral da Administração: Da Revolução Urbana à Revolução Digital**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MCKEE, Martin; HEALY, Judith. **Hospitals in a Changing Europe**. 2002.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, abr./jun. 2001, p. 149-156.

MELGES, Fábio; et al. A heterogeneidade e o pluralismo do institucionalismo: uma contribuição para o debate. **Interações**, v. 20, n. 2, abr./jun. 2019, p. 391-405.

MENEZES, A. M. F; FONSECA, M.J.M. **Institucionalismo e sua análise das organizações**. In: O. G. Sepúlveda (Org.), Reflexões de Economistas Baianos, CORECON, 2010.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedades**. v.15, n.2, p.72-87, maio-ago 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em 23 maio 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão do SUS**. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus>. Acesso em 23 maio 2025.

MINTZBERG, H. Toward healthier hospitals. **Health Care Management Review**. v. 22, n. 4, p. 9-18, 1997.

NASCIMENTO, Emerson Oliveira do. Os novos institucionalismos na ciência política contemporânea e o problema da integração teórica. **Revista Brasileira De Ciência Política**, (1), p. 95-121. 2009. Recuperado de <https://periodicos.unb.br/index.php/rbcp/article/view/1531>.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Maro Aurélio. O Relatório Flexner: Para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**. 32 (4), 2008, p. 492-499.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lúgia et al (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 459-492.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: Notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n1, jan./mar. 2014, p. 15-35.

PASQUALI, Luiz (1996). Instrumentação no estudo das organizações: a utilização de escalas psicométricas. In: TAMAYO, A.; BORGES-ANDRADE, J. E.; CODO, W. **Trabalho, organizações e cultura**. São Paulo: Cooperativa de Autores Associados, 1997. p. 75-82.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. Análise de políticas públicas e neoconstitucionalismo histórico: ensaio exploratório sobre o campo e algumas reflexões. In: GUIZARDI, Francini L. et al (Org.). **Políticas de participação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária UFPE, 2014, p. 143-164.

PERES, Paulo Sérgio. Comportamento ou Instituições? A evolução histórica do neo-institucionalismo da ciência política. **RBCS**. v. 23 n. 68, out. 2008.

PETERS, B. G. **El nuevo institucionalismo**: teoria institucional en ciencia política. Barcelona: Gedisa, 2003.

PIRES, Roberto; GOMIDE, Alexandre. **Burocracia, democracia e políticas públicas: arranjos institucionais de políticas de desenvolvimento**. Texto para Discussão, n. 1940. Brasília, DF: IPEA, 2014.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. 2. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO; São Paulo: EdUNESP, 1994.

SAMPAIO, Rafael Cardoso; LYCARIÃO, Diógenes. **Análise de Conteúdo categorial**: manual de aplicação. Brasília: Enap, 2021.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista. **Metodologia de Pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre; Penso, 2013.

SANTINI, Luiz Antonio; BULÇÃO, Clóvis. **SUS: Uma biografia**: lutas e conquistas da sociedade brasileira. 1. ed. – Rio de Janeiro: Record, 2024.

SANTOS, A. C.; OLIVEIRA JÚNIOR, L. B. de. REHUF: uma ferramenta para tomada de decisão e sua aplicação na saúde coletiva. **HU Revista**, [S. l.], v. 42, n. 1, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2397>. Acesso em: 9 abr. 2025.

SANTOS, Elinaldo L. O campo científico da administração: uma análise a partir do círculo das matrizes teóricas. **Cad. EBAPE.BR**, v. 15, n. 2, Artigo 2, Rio de Janeiro, abr./jun, 2017.

SARTINI, Brígida Alexandre *et al.* Uma introdução à teoria dos jogos. **Anais da II Bienal da Sociedade Brasileira de Matemática**, 2004, p. 25-29.

SCOTT, W. Richard. **Institutions and organizations**: ideas, interests and, identities. 4 ed. Los Angeles, London: SAGE, 2014.

SELZNICK, Philip. **Leadership in Administration**: A sociological Interpretation. Evanston, Illinois. Row, Peterson and Company, 1957.

SERVA, Maurício. Contribuições para uma teoria organizacional brasileira. **Rev. Adm. públ.**, Rio de Janeiro, 24(2)10-21, fev./abr, 1990.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2013.

SILVEIRA, Daniel Gonçalves Moura; VILLARDI, Beatriz Quiroz. Competências para Gestão de Hospitais Brasileiros: Evidências da Literatura. **RAHIS**. v. 19, n. 2, Belo Horizonte, MG, jan/mar, 2022, p. 26-45.

SOBRAL, Filipe; PECI, Alketa. **Administração: Teoria e prática no contexto brasileiro**. 2 ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2013.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O Sistema público de saúde brasileiro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Trabalho apresentado no Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, 2002, São Paulo. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 28 fev. 2025.

STEINMO, S. Institutionalism. In: James D. Wright (editor-in-chief), **International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences**, 2nd edition, v. 12. Oxford: Elsevier, 2015, p. 181–185.

VIEIRA, Kayo Roberto. **Transformações estruturais e institucionais da gestão do HULW/UFPB com o advento da EBSERH**. 2017. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

WANDERLEY, Karla Larica; MOREIRA, Lúcio Flávio de Sousa. **A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil: o processo de contratualização**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: Planejamento e métodos**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZUCKER, Lynne G. Institutional Theories of Organization. **Annual Review of Sociology**. v. 13, 1987, p. 443-464. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2083256>. Acesso em: 1 maio 2025.