

**FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO**  
**ESCOLA DE GOVERNO PROFESSOR PAULO NEVES DE CARVALHO**  
**CURSO SUPERIOR EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**Lucas Moreira Barreira**

**ENTRE INTERESSES E NECESSIDADES: Compreendendo o Debate Acerca da  
Terceirização do Hospital Maria Amélia Lins**

**Belo Horizonte**  
**2025**

**Lucas Moreira Barreira**

**ENTRE INTERESSES E NECESSIDADES: Compreendendo O Debate Acerca Da  
Terceirização Do Hospital Maria Amélia Lins**

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Orientador: Me. Matheus Arcelo Fernandes da Silva

**Belo Horizonte**

**2025**

B271e Barreira, Lucas Moreira.  
Entre interesses e necessidades: compreendendo o debate acerca da terceirização do Hospital Maria Amélia Lins / Lucas Moreira Barreira. – 2025.

128 f. ; il.

Trabalho de conclusão de Curso (Bacharel em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, 2025.

Orientador: Prof. Me. Matheus Arcelo Fernandes da Silva.

Bibliografia: f. 106-115

1. Administração hospitalar - Minas Gerais. 2. Saúde pública - Terceirização. 3. Hospital Maria Amélia Lins - Belo Horizonte (MG). 4. Análise do discurso.

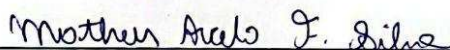
CDU 35:614.21(815.11)

Lucas Moreira Barreira

ENTRE INTERESSES E NECESSIDADES: COMPREENDENDO O DEBATE  
ACERCA DA TERCEIRIZAÇÃO DO HOSPITAL MARIA AMÉLIA LINS

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Administração Pública da Escola de  
Governos Professor Paulo Neves de  
Carvalho, da Fundação João Pinheiro, como  
requisito parcial para a obtenção do título de  
bacharel em Administração Pública.

**Aprovado na Banca Examinadora**



Prof. Matheus Arcelo Fernandes Silva (Orientador) – Fundação João Pinheiro / FJP



Prof. Ricardo Carneiro (Avaliador) – Fundação João Pinheiro / FJP



Prof. Luiz Alex Silva Saraiva (Avaliador) – Universidade Federal de Minas Gerais /  
UFMG

Belo Horizonte, 05 de dezembro de 2025.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha avó, Ataira Moreira, que me amou antes mesmo de eu ser eu.

À minha avó, Vilma Camilo Coelho, por todas as orações e boas energias enviadas, mesmo de longe.

Aos meus pais, Carlos Camilo Barreira e Denise Moreira Barreira, por todos os momentos difíceis que passamos juntos, nos quais, apesar de todas as turbulências, eles se mantiveram oferecendo suporte a mim.

Ao meu tio, Eduardo Moreira, por todo o carinho e cuidado.

À minha madrinha, Viviane Gomes Moreira, por ter sido a irmã que eu nunca tive.

Aos meus sobrinhos/primos, Samuel, Maria Clara e Livia, por me darem motivos para acreditar e desejar um futuro melhor para nós e para o mundo.

Aos meus amigos de sempre, os quais são mais difíceis de listar sem cometer injustiças, mas que, sem o suporte, o carinho e os ensinamentos, eu não teria autoestima para me tornar quem eu sou hoje.

Aos meus novos amigos, pela companhia durante todo o curso, pelo suor que derramamos juntos nessa jornada, por terem me acolhido e me tornado um ser humano melhor.

À Daniela Francione Teixeira, pela companhia e suporte no processo de escrita dessa monografia. Que possamos, juntos, comemorar muitas outras vitórias.

Ao meu orientador, Matheus Arcelo da Silva, por toda paciência e iluminação. Por me ensinar sobre pesquisa e ciências nos intervalos entre suas maiores lições, que foram alteridade e empatia.

Ao Egedi, em especial Maria Alves Amorim e Cláudia Beatriz Nicácio, que, como tutoras e colegas, sempre confiaram em mim. Obrigado por me ensinarem sobre pesquisa, o Estado e, principalmente, sobre a vida.

Finalmente, agradeço a todos os que lutaram por uma educação mais democrática e inclusiva. Sem a batalha de vocês, da qual eu me considero herdeiro, não teria sido possível tudo isso aqui.

“Ai, palavras, ai, palavras,  
que estranha potência, a vossa!  
Éreis um sopro na aragem...  
sois um homem que se enforca!”

*Cecília Meireles*

## RESUMO

Esse trabalho se dedica à compreensão da implementação de novas modelagens para a prestação do serviço público, com ênfase na gestão hospitalar. Mais precisamente, buscou-se conhecer um pouco mais sobre como os projetos de suposta modernização da gestão se sustentam dentro do debate público. O objetivo principal foi o de capturar, através do discurso, elementos que são centrais para a articulação e consolidação políticas de novas formas de gestão. Também fez parte da pesquisa a elaboração teórica de como foram construídas histórica e ideologicamente as formas sociais que possibilitaram a proposição das formatações gerenciais aqui analisadas. Não somente isso, foi levantado um diálogo entre as práticas concretas da administração pública de Minas Gerais e a literatura sobre gestão hospitalar, bem como a literatura sobre reformas administrativas, com vistas a capturar o estado da arte em que a discussão se encontra. Neste sentido, o caso do Hospital Maria Amélia Lins foi identificado como ilustrativo da forma como o debate sobre a terceirização da gestão hospitalar avança no Poder Executivo de Minas Gerais, o que confere relevância para o processo que envolve a sua mudança de gestão. Para tal, recorreu-se à literatura sobre reforma administrativa para a compreensão do debate reformista em âmbito nacional, com o objetivo de apresentar o contexto institucional ampliado no qual a discussão acontece, além de introduzir o tema da proposta gerencialista de formatação do Estado. Sequencialmente, para melhor entendimento sobre a formatação da Saúde Pública brasileira, foi apresentado o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do entendimento de que existem elementos históricos, políticos, simbólicos e organizativos em sua concepção que qualificam o debate proposto. Para o debate sobre gestão hospitalar, recorreu-se a uma revisão bibliográfica no Portal de Periódicos e no Catálogo de Teses & Dissertações da Capes, com enfoque na gestão hospitalar e nas formas de prestação do serviço público. Por fim, como referencial teórico-metodológico principal, foi adotada a Análise de Discurso Francesa, de forma a conseguir destacar, com base nas audiências públicas que discutiram o tema, elementos para a reflexão da situação do hospital Maria Amélia Lins, que foi escolhido com base na sua situação alarmante e como uma oportunidade prática de lastrear a articulação de conceitos tão complexos e distintos. O resultado da análise corrobora com a perspectiva de que existe um tensionamento ideológico derivado das múltiplas compreensões sobre o papel do Estado que convivem no ordenamento brasileiro, o qual tem o conflito sobre o Maria Amélia Lins como um de seus muitos desdobramentos. Além disso, sobre a situação do hospital, a partir dos elementos apresentados, existem violações de direitos humanos dentro da instituição e uma disputa intensa sobre as possibilidades de aprimoramento de sua atuação. Nesta tensão, os atores acabam revelando a própria constituição ideológica, o que permite que se aprofunde na discussão sobre legitimidade e aspectos políticos da atuação burocrática. Fica evidenciado que mesmo as decisões técnicas acabam sendo carregadas de formações ideológicas e preferências pessoais, a despeito de qualquer desejo por racionalidade. Ainda assim, a racionalidade e o domínio técnico são determinantes tanto da legitimidade dos atores quanto da possibilidade concreta de participar efetivamente da discussão.

Palavras-chave: Hospital Maria Amélia Lins, gestão hospitalar, terceirização, saúde pública, análise de discurso.

## ABSTRACT

This study is dedicated to understanding the implementation of new models for public service provision, with an emphasis on hospital management. More precisely, it sought to learn a little more about how projects for the supposed modernization of management are sustained within the public debate. The main objective was to capture, through discourse, elements that are central to the articulation and consolidation of new forms of management. The research also included a theoretical elaboration of how the social forms that enabled the management formats analyzed here were constructed historically and ideologically. Not only that, but a dialogue was established between the concrete practices of public administration in Minas Gerais and the literature on hospital management, as well as the literature on administrative reforms, with a view to capturing the state of the art in which the discussion finds itself. In this sense, the case of the Maria Amélia Lins Hospital was identified as illustrative of how the debate on the outsourcing of hospital management is advancing in the Executive Branch of Minas Gerais, which gives relevance to the process involving its management change. To this end, we drew on the literature on administrative reform to understand the reformist debate at the national level, with the aim of presenting the broader institutional context in which the discussion takes place, as well as introducing the theme of the managerialist proposal for reforming the state. Subsequently, for a better understanding of the structure of Brazilian public health, the Unified Health System (SUS) was presented, based on the understanding that there are historical, political, symbolic, and organizational elements in its conception that qualify the proposed debate. For the debate on hospital management, a literature review was conducted on the Journal Portal and in the Capes Thesis & Dissertation Catalog, focusing on hospital management and forms of public service provision. Finally, French Discourse Analysis was adopted as the main theoretical and methodological reference in order to highlight, based on the public hearings that discussed the topic, elements for reflection on the situation of the Maria Amélia Lins Hospital, which was chosen based on its alarming situation and as a practical opportunity to support the articulation of such complex and distinct concepts. The result of the analysis corroborates the perspective that there is ideological tension derived from the multiple understandings of the role of the State that coexist in the Brazilian legal system, which has the conflict over Maria Amélia Lins as one of its many ramifications. Furthermore, based on the elements presented, there are human rights violations within the hospital and an intense dispute over the possibilities for improving its performance. In this tension, the actors end up revealing their own ideological constitution, which allows for a deeper discussion of the legitimacy and political aspects of bureaucratic action. It is evident that even technical decisions end up being loaded with ideological formations and personal preferences, despite any desire for rationality. Even so, rationality and technical mastery are determinants of both the legitimacy of the actors and the concrete possibility of effectively participating in the discussion.

Keywords: Maria Amélia Lins Hospital, hospital management, outsourcing, public health, discourse analysis.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagrama de eixos temáticos para o referencial teórico.....	17
Gráfico 1 - Distribuição das reportagens encontradas até set/2025.....	19
Gráfico 2 - Nuvem de Palavras dos veículos de notícia encontrados na busca de reportagens.....	19
Gráfico 3 - Nuvem de Palavras de instituições de ensino de trabalhos selecionados na revisão bibliográfica (teses e dissertações).....	26
Gráfico 4 - Nuvem de Palavras de revistas de trabalhos selecionados na revisão bibliográfica (periódicos).....	27
Gráfico 5 - Distribuição de publicações selecionadas na revisão bibliográfica por ano	27
Figura 2 - Timeline de resumo dos principais eventos envolvendo a discussão.....	65

## **LISTA DE QUADROS E TABELAS**

Quadro 1 - Definição das etapas da revisão bibliográfica sobre terceirização e gestão hospitalar.....	22
Tabela 1 - Resultados gerais da revisão bibliográfica sistemática por palavras-chave (Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES).....	23
Tabela 2 - Resultados gerais da revisão bibliográfica sistemática por palavras-chave (Catálogo de Periódicos da CAPES).....	24

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AD** – Análise de Discurso de orientação francesa
- Abrasco** – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
- ALMG** – Assembleia Legislativa de Minas Gerais
- ASTHEMG** – Associação dos Servidores Técnico-Administrativos da Saúde de Minas Gerais
- CAP** – Caixas de Aposentadoria e Pensões
- CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- Cebes** – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
- CES-MG** – Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais
- CF/88** – Constituição Federal de 1988
- CHU** - Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência
- CLT** – Consolidação das Leis do Trabalho
- CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CSSFA / CSSFe / CSSI** – Instituições psiquiátricas da rede Fhemig - Casa de Saúde Santa Fé, Casa de Saúde Santa Izabel, Casa de Saúde São Francisco de Assis
- Embrapa** – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
- ENAP** – Escola Nacional de Administração Pública
- Faepu** – Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia
- Feal** – Fundação Estadual de Assistência Leprocomial
- Feamur** – Fundação de Assistência Médica e de Urgência
- Feap** – Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica
- Fhemig** – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
- FioCruz** – Fundação Oswaldo Cruz
- FGV** – Fundação Getulio Vargas
- HAC** – Hospital Alberto Cavalcanti
- HCM** – Hospital Cristiano Machado
- HEM** – Hospital Eduardo de Menezes
- HIJPII** – Hospital Infantil João Paulo II
- HJK** – Hospital Júlia Kubitschek
- Hmal / HMAL** – Hospital Maria Amélia Lins
- HJXXIII** – Hospital João XXIII
- HoPE** – Complexo de Saúde Hospitalar Padre Eustáquio

**HRAD** – Hospital Regional Antônio Dias  
**HRJP** – Hospital Regional Dr. João Penido  
**HCM** – Hospital Cristiano Machado  
**IAP** – Institutos de Aposentadoria e Pensões  
**INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social  
**Inamps** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
**Ipea** – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
**IRS** – Instituto Raul Soares  
**MOV** – Maternidade Odete Valadares  
**MPMG** – Ministério Público de Minas Gerais  
**MRSB** – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira  
**NPM** – New Public Management (Nova Gestão Pública)  
**PAS** – Plano de Atendimento à Saúde  
**PDR** – Plano Diretor de Regionalização  
**PDRAE** – Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado  
**PND** – Programa Nacional de Desburocratização  
**PPP** – Parceria Público-Privada  
**RAG** – Relatório Anual de Gestão  
**RAS** – Rede de Atenção à Saúde  
**RJU** – Regime Jurídico Único  
**Samcil** – Serviço de Assistência Médica ao Comércio e Indústria  
**SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
**SINDPROS** – Sindicato dos Trabalhadores da Rede Fhemig  
**Sinmed-MG** – Sindicato dos Médicos de Minas Gerais  
**Sind-Saúde/MG** – Sindicato Único dos Trabalhadores da Saúde de Minas Gerais  
**SSA-Gehosp** – Serviço Social Autônomo de Gestão Hospitalar  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**SES-MG** – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais  
**UFG** – Universidade Federal de Goiás  
**UFBA** – Universidade Federal da Bahia  
**UFES** – Universidade Federal do Espírito Santo  
**UFMG** – Universidade Federal de Minas Gerais  
**USP** – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1. Objetivos de Pesquisa.....</b>	<b>15</b>
<b>2. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>18</b>
2.1. Levantamento de informações sobre o Hospital Maria Amélia Lins.....	18
2.2. Aprimorar a compreensão teórica sobre a literatura de reforma administrativa e terceirização.....	20
2.3. Captar reflexões sobre a transferência da gestão hospitalar.....	21
2.4. Realizar Análise de Discurso de atores envolvidos no processo de terceirização do Hmal.....	28
<b>3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): GÊNESE, PRINCÍPIOS, VALORES E DIRETRIZES.....</b>	<b>31</b>
3.1. Breve contextualização histórica.....	31
3.2. Estruturação básica do SUS.....	34
<b>4. CAPITALISMO EM MOVIMENTO: A DANÇA ENTRE ESTADO E MERCADO..</b>	<b>41</b>
<b>5. O MODELO NA PRÁTICA: CONSIDERAÇÕES SOBRE A TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE.....</b>	<b>53</b>
<b>6. CONJUNTURA: MINAS GERAIS E O HOSPITAL MARIA AMÉLIA LINS (HMAL)</b>	<b>57</b>
<b>7. IMERSÃO NO DEBATE DAS AUDIÊNCIAS PÚBLICAS: ANÁLISE DE DISCURSO.....</b>	<b>66</b>
7.1. Resumo das audiências.....	70
7.2. O cenário de desassistência e violação de direitos.....	72
7.3. O posicionamento da gestão com relação à decisão.....	77
7.3.1. A contestação dos dados.....	80
7.4. A falta de transparência.....	82
7.5. A legitimidade nos discursos.....	83
7.5.1. A qualidade operacional.....	84
7.5.2. A relação afetiva com os hospitais.....	85
7.5.3. A legitimidade da Fhemig.....	87
7.6. O debate sobre a gestão.....	88
7.6.1. As cirurgias eletivas.....	89
7.6.2. O edital.....	90
7.6.3. Oposição ideológica à mudança de gestão.....	92
7.7. A situação dos trabalhadores.....	94
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>97</b>
8.1. A metodologia.....	97
8.2. O conteúdo.....	99
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>106</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>116</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Esta monografia, enquanto trabalho de conclusão de curso, analisa os discursos produzidos no contexto do projeto da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) de cessão do Hospital Maria Amélia Lins (Hmal), situado no município de Belo Horizonte. De forma abrangente, buscou-se encarar o processo como uma amostra de fenômeno mais amplo de construção e implementação de novas modelagens de prestação de serviço público e terceirização<sup>1</sup> (parcerias, PPPs, concessões, etc.) enquanto um fenômeno discursivo, que se sustenta em elaboração teórica, administrativo/gerencial, porque é necessário que alguém o execute e, principalmente, político, uma vez que não é despretensioso.

Para tal, inicialmente, cabe destacar que as políticas públicas são conjuntos de ações e diretrizes tomadas por governos ou instituições públicas com o objetivo de atender a necessidades coletivas e promover o bem-estar da população (SECCHI, 2010). Por meio delas, o Estado tem a capacidade de intervir na realidade social e transformar a realidade das pessoas envolvidas. Por consequência, a conclusão é a de que o fortalecimento de políticas públicas, juntamente com o seu desenvolvimento técnico e científico, é de interesse da sociedade, sobretudo em um país repleto de desafios e desigualdades, como o Brasil.

Nesse sentido, é notável que, quando fazemos um recorte para o campo da saúde pública, tema de interesse desta pesquisa, a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou uma revolução da forma como os serviços de saúde são enxergados e executados no país (BULCÃO & SANTINI, 2024). Desde a luta do movimento dos sanitaristas, passando pela Assembleia Constituinte, pela promulgação da Lei Orgânica da Saúde de 1990, até o recente enfrentamento à crise da pandemia de COVID-19, o SUS, com toda amplitude, tem se mostrado

---

<sup>1</sup> Este é um conceito-chave para a pesquisa. O direito administrativo classifica a terceirização como um contrato de fornecimento de mão de obra (DI PIETRO, 2011). Mas não é desta definição que a pesquisa trata quando o aborda. Recorre-se aqui à terceirização como um conceito genérico que remonta à “transferência de execução do serviço a um terceiro”, tendo a clareza de que não está se discutindo o instrumento jurídico do contrato de terceirização. Essa conceituação tem respaldo no trabalho do doutrinador do direito, Bandeira de Mello (2016, p. 228), no qual ele afirma que “Terceirização significa, pura e simplesmente, passar para particulares tarefas que vinham sendo desempenhadas pelo Estado. Daí, que este rótulo abriga os mais distintos instrumentos jurídicos, já que se pode repassar a particulares atividades públicas por meio de concessão, permissão, delegação, contrato administrativo de obras, de prestação de serviços etc. Com isto, é bem de ver, falar em terceirização não transmite ao interlocutor a mínima ideia sobre aquilo que está de direito a ocorrer. Isto é, não se lhe faculta noção alguma sobre a única coisa que interessa a quem trata com o Direito: a identificação de um regime jurídico incidente sobre a espécie cogitada.”

indispensável para a implementação de serviços de atenção de saúde, vigilância sanitária, entre outros. Essa relevância, todavia, foi conquistada a partir da mobilização política de diversos atores, e a defesa do SUS, enquanto sistema universal e gratuito, para além da mera formalização, continua dependendo da sustentação política de sua legitimidade (BULCÃO & SANTINI, 2024).

Isto posto, chama a atenção que, sob a gestão de Romeu Zema (2019-atualmente), a abertura ao setor privado da economia tem se consolidado, como parte de um projeto estratégico do governo de Minas Gerais, voltado à transferência de atribuições historicamente conduzidas pelo Estado (MINAS GERAIS, 2023a). Esse movimento integra uma agenda de reestruturação da administração pública mineira, orientada por princípios do neoliberalismo e do gerencialismo, que se pauta em uma lógica de racionalidade instrumental (ZWICK *et al.*, 2012), com foco na busca por eficiência gerencial, na redução do papel do Estado e na centralidade da lógica de mercado.

No contexto da saúde pública mineira, a gestão hospitalar tem sido bastante debatida, frente aos grandes compromissos do SUS, à agenda governista e à crise fiscal do Estado de Minas Gerais. O governo Zema, na figura do atual Secretário de Estado de Saúde, Fábio Baccheretti, tem se disposto a ceder a administração dos hospitais como alternativa de aprimoramento da gestão deles. A expectativa é a de que essa “abertura” possibilite a ampliação dos serviços, maior dinamismo operacional, redução de custos e maior eficiência e eficácia.

Todavia, alterar a modelagem da gestão hospitalar, pela jurisprudência referente às suas práticas, modifica a forma como os serviços são prestados e, por consequência, ela pode impactar o desenvolvimento e qualidade das políticas públicas circunscritas e correlacionadas ao Hmal. E, evidentemente, uma proposição dessa magnitude enfrenta resistências políticas e institucionais, especialmente se tratando de uma possibilidade que divide opiniões, como é a cessão de uso proposta nesse caso.

Assim, foram estabelecidos os dois polos centrais da discussão que serão analisados: de um lado, os movimentos sociais, sindicatos, deputados de oposição e servidores da rede hospitalar, que se posicionam como garantidores dos princípios norteadores originários do SUS. Do outro lado, os representantes do governo que buscaram defender a viabilidade da nova proposta de gestão, frente aos antagonismos do primeiro grupo.

Complementarmente, pode-se dizer que é na construção de um debate público amplo que as questões sobre as políticas entregues à população podem ser avaliadas e contestadas. Nesse sentido, a discussão é essencial para o processo de atuação do Estado. Também se entende que, antes de se consolidarem como políticas públicas, as propostas são formuladas sob a forma de ideias, justificativas e pressupostos. E existe todo um processo de formação cultural e de perspectiva de possibilidades que são construídos e mobilizados discursivamente. Como resultado, tem-se a mobilização de discursos que são capazes de dar sentido às ações públicas, sendo parte relevante da construção dos rumos delas, como nos lembram Domingues *et al.* (2025).

Por isso, como uma espécie de amostra desse fenômeno, esta pesquisa propõe investigar as disputas políticas e discursivas em torno da proposta de transferência da gestão do Hmal, entendendo que esse caso é relevante para a compreensão dos discursos que mobilizam a construção da saúde pública em Minas Gerais. Não somente isso, mas também que o Hmal ilustra bem o debate em torno das mudanças na prestação dos serviços públicos no país, que atravessa os debates sobre as reformas administrativas.

Assim, a pesquisa teve como objetivo compreender as disputas discursivas em torno da organização dos serviços de saúde no âmbito do governo do estado de Minas Gerais, por meio da análise do conflito recente em torno da possibilidade de transferência da gestão do Hospital Maria Amélia Lins (Hmal). Para essa análise foram utilizados documentos oficiais, falas públicas, reportagens e registros de audiências públicas. Não somente isso, mas também existe a expectativa de que tal pesquisa nos permita refletir sobre o papel do Estado frente às demandas sociais.

Para isso, adota-se a abordagem teórico-metodológica da Análise de Discurso de orientação francesa (AD), associada a um levantamento bibliográfico sistemático. Parte-se do entendimento de que a disputa em torno da gestão do Hmal não se resume a uma questão técnica ou administrativa, mas expressa embates ideológicos mais amplos sobre o papel do Estado, a universalidade do SUS e os rumos da saúde pública no Brasil.

A estrutura do texto foi pensada para que, antes de ter contato com a discussão em torno do Hmal, o leitor construa um repertório mínimo que permita entender as relações mais fundamentais que constituem as perspectivas presentes no debate. Por isso, começa-se apresentando o Sistema Único de Saúde (SUS),

entendido como o grande norteador das políticas de saúde no país. Na sequência são apresentados o a relação entre a reforma Bresser, o gerencialismo e o neoliberalismo, buscando entender um pouco do impacto destas praticas na saúde pública. Somente depois deste percurso é que é apresentada a situação do Hmal, entendendo que os elementos apresentados anteriormente reconstituem o contexto socio-historico que dá sentido ao caso.

Pretende-se que, ao final, o leitor esteja melhor contextualizado sobre a condução do projeto referente ao destino do Hospital Maria Amélia Lins, por meio da apresentação geral de elementos que serão importantes para a AD. Também espera-se que a pesquisa aumente a compreensão sobre a implementação de novos modelos de gestão, a sustentação prática destas modelagens de serviços em seu aspecto discursivo, além das múltiplas perspectivas defendidas pelos distintos atores analisados. Por fim, esse trabalho será bem-sucedido na mesma medida em que consiga destacar, para além dos aspectos técnicos e políticos, os aspectos humanitários do fenômeno, à luz dos valores que devem guiar toda a política de saúde pública. No tópico a seguir serão apresentados mais detalhadamente os objetivos da pesquisa, além de alguns elementos que marcam a sua construção.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

Conforme apresentado anteriormente, destaca-se que o objetivo geral desta pesquisa é **compreender as disputas discursivas em torno da organização dos serviços de saúde no âmbito do governo do estado de Minas Gerais, por meio da análise do conflito recente em torno da possibilidade de transferência da gestão do Hospital Maria Amélia Lins (Hmal).**

Para o alcance desse objetivo geral, foram pensados os seguintes **objetivos específicos**:

- Levantar informações sobre a situação em que o Hmal se encontra, descrevendo o conflito posto em relação à sua transferência de gestão;
- Aprimorar a compreensão teórica sobre a literatura de reforma administrativa e das modalidades de terceirização, buscando identificar e apresentar elementos-chave para o estudo proposto;
- Captar, com base na literatura, reflexões sobre a transferência da gestão nos serviços públicos de saúde, priorizando o recorte da gestão hospitalar;
- Realizar a Análise de Discurso de falas públicas, documentos oficiais, matérias de jornais, atas públicas, entre outros, de atores envolvidos no processo de terceirização do Hmal.

Por meio da apresentação dos objetivos da pesquisa, destacamos que, apesar de o estudo buscar um entendimento acerca do projeto desenhado para os serviços da rede pública de hospitais, em especial o Hmal, em última análise, o objeto direto da pesquisa é o debate sobre o tema. Assim, a metodologia desenhada buscou possibilitar que esse objeto fosse trabalhado satisfatoriamente. Por isso, o percurso metodológico deste estudo se baseou em uma análise do discurso de relatos e falas públicas de atores envolvidos no referido processo.

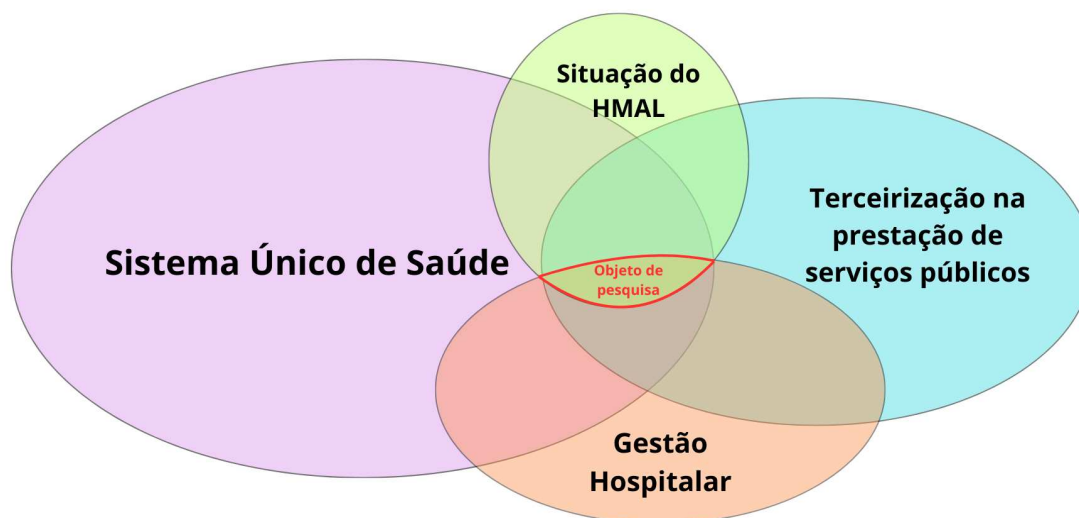
Para a construção desses objetivos, conforme destaca Orlandi (1999), considerou-se que o discurso não pode ser desassociado do contexto social que o produz, sendo que a compreensão desse contexto é fundamental para a própria análise do discurso. Isso significa dizer que, para possibilitar a operação da análise de discurso, foi necessária a realização de uma investigação sobre elementos e conhecimentos que atravessam inevitavelmente a discussão. Para facilitar essa

definição, foram pensados eixos temáticos aos quais o debate pertence. Definiu-se que os eixos temáticos centrais da construção do referencial teórico são:

- O Sistema Único de Saúde, em seus aspectos mais fundamentais;
  - Entende-se que o SUS, enquanto sistema de saúde coletiva, orienta qualquer discussão sobre saúde no país, seja de forma direta ou indireta.
- As novas formas de prestação dos serviços públicos, o cerne da discussão;
  - O edital de transferência do serviço do Hospital Maria Amélia Lins é o que produziu a contenda analisada, sendo importante uma compreensão mínima, então, do que seria essa alteração do serviço que foi prevista.
- Gestão hospitalar, aspectos gerais e o debate da terceirização;
  - Afunilando a reflexão, definiu-se como necessário o entendimento dos aspectos gerais da gestão hospitalar e como a literatura tem lidado com a terceirização e novas modelagens nesse setor.
- O Hospital Hmal, histórico e situação que levou à disputa.
  - Por último, o hospital que materializa a discussão possui uma trajetória institucional, cujos principais marcos precisavam ser destacados.

O diagrama da Figura 1 busca ilustrar a localização deste debate público em relação a esses eixos temáticos:

Figura 1 - Diagrama de eixos temáticos para o referencial teórico



Fonte: Elaboração Própria, 2025.

Assim, considerando os objetivos apresentados, além de alguns elementos que marcam a construção da pesquisa, iremos detalhar no próximo capítulo o percurso metodológico definido para o alcance desses objetivos. A partir dos objetivos apresentados, foram pensadas estratégias para possibilitar o seu cumprimento. Buscou-se adequar as metodologias às demandas práticas da pesquisa, realizando adaptações para as necessidades identificadas. Os tópicos seguintes irão tratar deste desenvolvimento.

## 2.1. Levantamento de informações sobre o Hospital Maria Amélia Lins

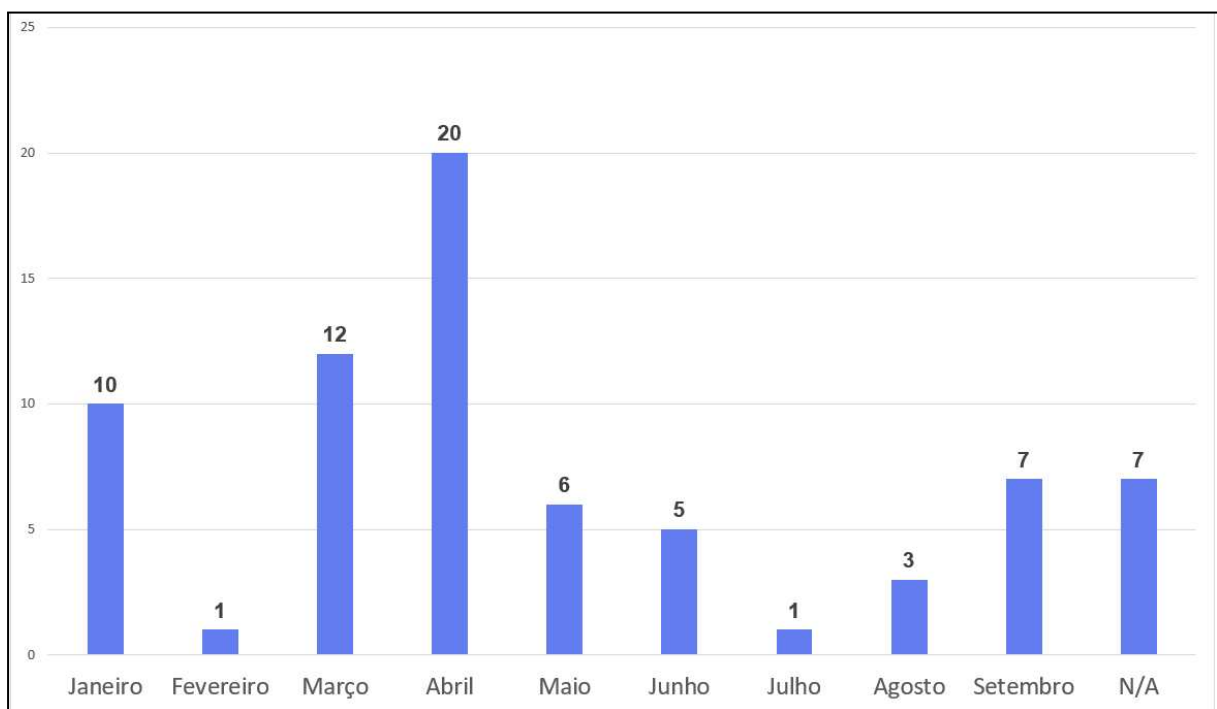
Para a realização da seleção de reportagens, foi conduzido um levantamento sistemático de reportagens jornalísticas publicadas entre os anos de 2019 e 2025 sobre o tema “Hmal”. O período foi definido com base no mandato de Romeu Zema. A principal ferramenta utilizada foi o motor de busca Google, devido à sua ampla cobertura de conteúdos noticiosos e à possibilidade de aplicação de filtros avançados, tanto por fonte quanto por período. A busca foi realizada por meio da inserção de palavras-chave relacionadas ao tema, sempre delimitadas por aspas duplas, a fim de garantir a recuperação de expressões exatas. Foram utilizados como descritores os termos “Hospital Maria Amélia Lins” e “Hmal”. O objetivo desta

pesquisa foi o de localizar informações adicionais que pudessem complementar a discussão, bem como ajudar a identificar outros atores e perspectivas acerca do fenômeno, que podem estar sendo excluídos ou sub-representados nas audiências públicas. Por fim, para o levantamento nos sites oficiais, bastou uma consulta simples aos respectivos sites da Fhemig, da Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais (ALMG) e da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES-MG).

### Resultados:

Ao todo foram encontradas 72 reportagens correlacionadas ao tema registradas no APÊNDICE A. A seguir está uma breve análise deste material, com o intuito de identificar possíveis padrões. Foi delimitado o mês de setembro por conta do prazo de entrega desta monografia. Além disso, algumas reportagens foram encontradas sem data de publicação, o que empobrece a leitura. Em um primeiro momento, optou-se por mantê-las na base de dados, mas com a perspectiva de que a ausência desta informação reduz a qualidade dela para o propósito desta pesquisa.

Gráfico 1 - Distribuição das reportagens encontradas até set/2025



Fonte: elaboração própria.

Gráfico 2 - Nuvem de Palavras dos veículos de notícia encontrados na busca de reportagens



Fonte: elaboração própria.

Embora o período delimitado tenha sido desde 2019, as reportagens se concentraram bastante no ano de 2025, ano da disputa política em torno do processo de cessão do Hmal. A partir do gráfico 1, é possível identificar alguns picos de publicação, em especial nos meses de janeiro, março, abril, maio e setembro. Provavelmente, os próprios eventos justificam o pico de publicações, sendo janeiro o momento de eclosão da crise, março e abril os meses de realização das primeiras audiências públicas e de suspensão do edital, enquanto setembro foi o mês de publicação da decisão do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG) acerca do processo.

Já o gráfico 2 nos permite ter uma dimensão da distribuição dos veículos de imprensa que publicaram sobre o Hmal no período. De maneira geral, há uma diversidade de fontes, passando por veículos de imprensa tradicionais, como o jornal O Tempo, Itatiaia e o Estado de Minas, juntamente com órgãos de Estado como a Assembleia Legislativa de Minas Gerais e a Fhemig. Também estão listados veículos alternativos de imprensa e páginas de entidades sindicais/políticas.

Essas reportagens serviram de referência para a construção do tópico sobre a situação do Hmal, presente no tópico 6 deste trabalho. Também foram consultados o Edital Fhemig/HMAL n.º 1/2025, a Ação Civil Pública aberta pelo Ministério Público de Minas Gerais (MPMG) sobre o caso e as decisões do TCE-MG<sup>2</sup> sobre o tema.

## **2.2. Aprimorar a compreensão teórica sobre a literatura de reforma administrativa e terceirização**

O segundo objetivo foi trabalhado sob a perspectiva de conseguir contextualizar o fenômeno político e histórico que possibilitou que a terceirização se tornasse uma prática corrente. A partir da literatura utilizada para elaboração do projeto de pesquisa (DRUCK *et al.*, 2018; CARNEIRO; MENICUCCI, 2011; SINGULANO *et al.*, 2022; PELATIERI *et al.*, 2018), decidiu-se adotar o trabalho organizado por Bresser-Pereira e Spink (2007) para complementar o conhecimento já adquirido. Entendeu-se que esse trabalho permitiria uma reflexão plural sobre a reforma gerencial, que é central para o cumprimento desse objetivo específico. Além disso, foi adotado o texto da ENAP (2021), que discutiu a contratualização dos serviços públicos no país, uma vez que o domínio do conceito e a apropriação teórica desenvolvida no mapeamento realizado pela ENAP subsidiaram parte das reflexões que estarão dispostas nesta pesquisa. Por fim, buscando uma reflexão sobre o contexto de Minas Gerais, foi incorporado como referência o trabalho organizado por Vilhena *et al.* (2006), central para entender os desdobramentos da reforma gerencial à mineira, batizada de Choque de Gestão. Também foram incorporados artigos encontrados por meio do portal SciELO e Google Scholar (SAMPAIO & FURBINO, 2024; SOUZA, 1994).

Essa etapa do percurso metodológico que envolve esta pesquisa, a partir da estratégia de fichamento, procurou realizar uma síntese dos principais pontos de interesse na discussão sobre serviços públicos mediados por contrato. O resultado deu origem ao tópico 4 do presente trabalho.

---

<sup>2</sup> Acórdão n.º 1185003/2025. (TCE-MG, 2025a).

Nota de Transcrição – Primeira Câmara – 16/9/2025 (Processo 1185003 – Representação). (TCE-MG, 2025b).

### **2.3. Captar reflexões sobre a transferência da gestão hospitalar**

Antes de avançar sobre a análise dos discursos, identificou-se a necessidade de uma etapa preliminar, que representa uma tentativa de assimilar os elementos mais gerais acerca do debate sobre as novas modelagens de prestação de serviço do setor público, priorizando o recorte da gestão hospitalar, no Brasil. Para isso, existe a proposta de construção de uma revisão bibliográfica sistemática, adaptando-a para o objetivo estabelecido. Por revisão bibliográfica sistemática, adotou-se a perspectiva de Sampaio e Mancini (2006), Costa e Toledo (2016) e Cavalcante e Oliveira (2020).

Seguindo a metodologia desenhada no trabalho de Sampaio e Mancini (2006), a revisão bibliográfica sistemática consiste em 7 (sete) etapas. Inicialmente, é fundamental definir a pergunta científica, especificando claramente a população e a intervenção de interesse, pois essa definição orienta toda a busca e análise posterior. Em seguida, devem-se identificar as bases de dados que serão consultadas, além de definir as palavras-chave e estratégias de busca mais adequadas para localizar estudos relevantes. Após a busca, é necessário estabelecer critérios para a seleção dos artigos, determinando quais estudos serão incluídos ou excluídos com base em parâmetros previamente definidos.

Com os artigos selecionados, procede-se à aplicação dos critérios, justificando eventuais exclusões e garantindo transparência no processo. Posteriormente, é realizada a análise crítica e a avaliação dos estudos incluídos na revisão, considerando a qualidade metodológica e a relevância dos resultados apresentados. A partir dessa análise, elabora-se um resumo crítico, no qual são sintetizadas as informações obtidas dos artigos selecionados, permitindo uma visão integrada das evidências disponíveis. Por fim, é essencial apresentar uma conclusão, destacando as evidências sobre os efeitos da intervenção e apontando implicações para a prática, limitações encontradas e possíveis direções para futuras pesquisas.

No âmbito deste estudo, foi dado enfoque na busca por artigos acadêmicos, utilizando o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e o Catálogo de Teses & Dissertações, também da Capes. Abaixo estão descritos como foram definidas as etapas da revisão bibliográfica, de forma que a operação da metodologia seja a mais transparente

possível. Evidentemente, lembrando, como essa operação busca facilitar a elaboração de um referencial teórico, em alguma medida, houve adequações ao propósito, assim como mencionado em etapas anteriores desse percurso metodológico. O quadro 1 apresenta os principais critérios definidos para a revisão bibliográfica.

Quadro 1 - Definição das etapas da revisão bibliográfica sobre terceirização e gestão hospitalar

<b>Etapa</b>	<b>Definição</b>
Definir a pergunta científica	O que é possível afirmar sobre a adoção de contratos de gestão, no âmbito da gestão hospitalar?
Banco de dados	Catálogo de Teses & Dissertações da CAPES e Portal de Periódicos da CAPES
Estabelecer critérios para a busca	Idioma em português; discutindo a realidade do Brasil; revisado por pares; voltado para a ciências sociais aplicadas e/ou ciências humanas; foco na relação de concessão de uso/parceria com terceiro setor; ser possível identificar a aderência a pesquisa somente pelo título e resumo.
Palavras-chave	Apresentada na parte de resultados desta seção de forma detalhada.
Resumo Crítico	Adotado na forma de fichamento.
Conclusão	Síntese apresentada no capítulo 5 desta pesquisa.

Fonte: Elaboração própria.

Como mencionado, após realizada a busca, foram selecionadas as produções acadêmicas, por meio da leitura dos títulos, resumos e palavras-chave. Após a seleção dos trabalhos, foram identificadas e descritas as principais características das produções levantadas, considerando ano de produção, principais autores, instituições de vinculação e referências utilizadas. Esses resultados aparecem abaixo. Uma consideração importante é que, pela condução da pesquisa ter sido feita por uma ordem aleatória, eventualmente, os termos que foram utilizados primeiro podem ter sido prejudicados na seleção discricionária. Isso acontece porque artigos, teses e dissertações que, por ventura, aparecem para mais de um termo foram selecionados somente uma vez. Por isso, os números

gerais da pesquisa também aparecem nas tabelas 1 e 2, para que seja possível entender a “produtividade” das palavras-chave.

## Resultados:

Tabela 1 - Resultados gerais da revisão bibliográfica sistemática por palavras-chave  
(Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES)

Palavras-chave	Números de resultados gerais	Filtros	Números de resultados com filtros	Número de trabalhos escolhidos discricionariamente
Gestão Hospitalar contratualização	43	N/A	43	7
Gestão Hospitalar descentralização	65	N/A	65	4
Gestão Hospitalar Organizações Sociais	136	Ciências humanas; ciências sociais aplicadas	30	13
Gestão Hospitalar ppp	8	N/A	8	3
Gestão Hospitalar publicização	8	N/A	8	3
Gestão Hospitalar terceirização	45	N/A	45	18
Hospitais terceirizados	51	N/A	51	5
Hospitais Organizações sociais	192	Ciências humanas; ciências sociais aplicadas	29	5
Gestão Hospitalar descentralização	65	Ciências sociais aplicadas	7	0
Gestão Hospitalar neoliberalismo	12	N/A	12	0
Gestão Hospitalar subcontratação	0	N/A	0	0
Fhemig descentralização	1	N/A	1	0
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais	46	N/A	46	0
Fhemig	40	N/A	40	0
<b>TOTAL</b>				<b>57</b>

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 2 - Resultados gerais da revisão bibliográfica sistemática por palavras-chave  
(Catálogo de Periódicos da CAPES)

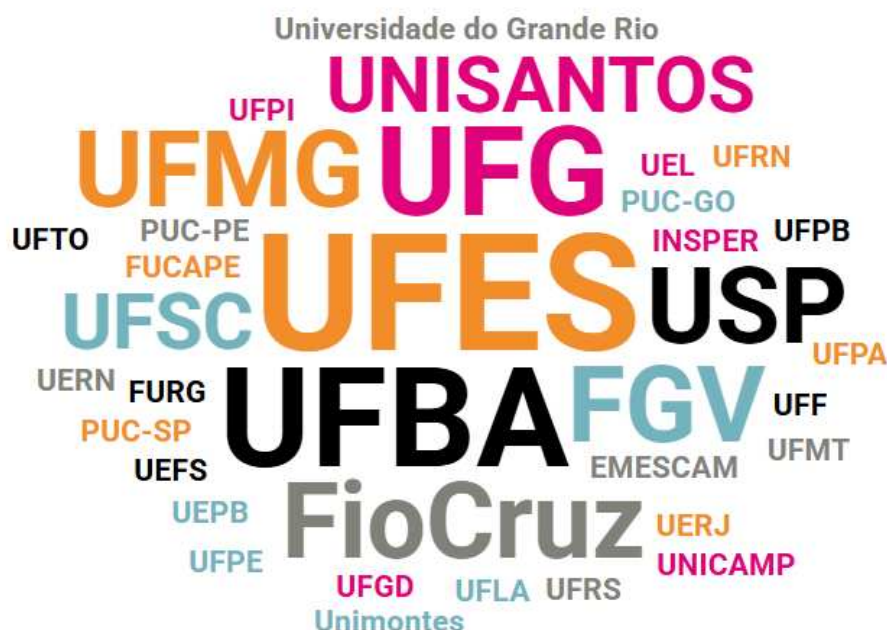
<b>Palavras-chave</b>	<b>Filtros</b>	<b>Números de resultados com filtros</b>	<b>Número de trabalhos escolhidos discricionariamente</b>
Gestão Hospitalar contratualização	Produção Nacional; revisado por pares; acesso aberto	7	2
Gestão Hospitalar descentralização	Produção Nacional; revisado por pares; acesso aberto	9	1
Gestão Hospitalar Organizações Sociais	Produção Nacional; revisado por pares; acesso aberto	44	7
Gestão Hospitalar ppp	Produção Nacional; revisado por pares; acesso aberto	4	1
Gestão Hospitalar publicização	Produção Nacional; revisado por pares; acesso aberto	2	0
Gestão Hospitalar terceirização	Produção Nacional; revisado por pares; acesso aberto	3	1
Hospitais terceirizados	Produção Nacional; revisado por pares; acesso aberto	1	0
Hospitais Organizações sociais	Produção Nacional; revisado por pares; acesso aberto; idioma: português; Ciências Sociais Aplicadas; Ciências Humanas	68	3
Gestão Hospitalar descentralização	Produção Nacional; revisado por pares; acesso aberto	8	0
Gestão Hospitalar neoliberalismo	Produção Nacional; revisado por pares; acesso aberto	1	0
Gestão Hospitalar subcontratação	Produção Nacional; revisado por pares; acesso aberto	0	0
Fhemig descentralização	Produção Nacional; revisado por pares;	0	0

<b>Palavras-chave</b>	<b>Filtros</b>	<b>Números de resultados com filtros</b>	<b>Número de trabalhos escolhidos discricionariamente</b>
	acesso aberto		
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais	Produção Nacional; revisado por pares; acesso aberto	11	0
Fhemig	Produção Nacional; revisado por pares; acesso aberto	18	0
		<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

Fonte: Elaboração Própria.

As tabelas 1 e 2 apresentam um resumo das pesquisas realizadas nos portais que foram definidos como base de dados. Nota-se que os trabalhos coletados no Catálogo de Teses da Capes são mais volumosos, provavelmente porque o portal de periódicos da Capes apresenta os mecanismos de filtragem mais sofisticados, possibilitando selecionar coisas como produção nacional e revisão por pares. Esse último quesito é essencial para assegurar a qualidade dos artigos, mas provavelmente tem grande influência na redução dos números. E, diferentemente das teses, não seria tão produtivo pesquisar sem os filtros, já que não teriam nenhum tipo de avaliação, ao passo que as teses ao menos passam pela banca avaliadora.

Gráfico 3 - Nuvem de Palavras de instituições de ensino de trabalhos selecionados na revisão bibliográfica (teses e dissertações)



Fonte: Elaboração própria.

A organização das instituições encontradas em uma nuvem de palavras permitiu ver a grande presença da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) na produção desse tema (7 trabalhos). Também foram identificadas produções oriundas da Universidade Federal da Bahia (UFBA) — 4 trabalhos —, da Universidade Federal de Goiás (UFG), da Fundação Getúlio Vargas (FGV), da Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade de São Paulo (USP), cada uma com 3 trabalhos.

Gráfico 4 - Nuvem de Palavras de revistas de trabalhos selecionados na revisão bibliográfica (periódicos)



Fonte: Elaboração própria.

No caso das revistas identificadas, talvez pela amostra menor, não foi identificada uma moda que se destaca no gráfico 4, podendo-se afirmar que é um fenômeno multimodal.

Gráfico 5 - Distribuição de publicações selecionadas na revisão bibliográfica por ano



Fonte: Elaboração própria.

Observa-se no gráfico 5 uma ampla dispersão temporal, com produções que se estendem de 1991 a 2025, mas com maior concentração a partir de 2012. O pico de publicações ocorre em 2017 e 2019, com oito e nove trabalhos, respectivamente, evidenciando um aumento expressivo do interesse pelo tema nesse período. Em 2020, há uma queda brusca no número de trabalhos, embora o volume permaneça relativamente mais alto nos anos seguintes.

O Apendice B registra os trabalhos selecionados. A síntese desta revisão bibliográfica constitui o capítulo 5 desta pesquisa.

#### **2.4. Realizar Análise de Discurso de atores envolvidos no processo de terceirização do Hmal**

Finalmente, a proposição central desta pesquisa, que consiste em lidar com o debate público sobre a situação do Hmal. Para tal, optou-se por utilizar a abordagem teórico-metodologia de Análise de Discurso de orientação francesa (AD).

Segundo Orlandi (1999), a AD procura compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história. Isto significa dizer que a linguagem é tratada na AD, desconsiderando qualquer atribuição de neutralidade. Ao contrário, ao se comunicar, o sujeito inevitavelmente revela sua formação discursiva, que, por sua vez, é conformada por uma teia de relações sociais. Gregolin (1995) chega a apontar que o discurso deve ser encarado como um objeto de natureza dual, sendo tanto linguístico quanto histórico. E é no seu caráter histórico que ele irá reproduzir a sociedade que o gesta, inclusive em suas dinâmicas de poder (TAVARES, 2021).

Além disso, como a abordagem é estruturalista, aqui, considera-se que o sujeito em alguma medida é constrangido pelos limites que a estrutura permite e, ao fazê-lo, traz consigo as determinações que ela impõe. E é essa relação que possibilita a AD de ser operacionalizada, na medida em que é o lastro entre sujeito e linguagem que nos permite acessar e realizar as categorizações dos elementos e determinantes do discurso (ORLANDI, 1999).

Ainda sobre a AD, Fischer (*apud* FERREIRA, 2017, p. 5) destaca que o pesquisador ou a pesquisadora dessa vertente ainda se apoia em dados, mas a mera apresentação não basta. Existe a responsabilidade de inseri-los em um arcabouço interpretativo que contribua para a construção do significado. Nesse

sentido, a observação dos elementos discursivos do debate sobre o Hmal seguiu esses preceitos, para que se possa extrair da política pública seus atributos simbólicos. Sendo essa uma boa contribuição desta escolha metodológica, que conforme apresenta Silva (2018, p. 102): “a análise de discurso da linha francesa não considera, portanto, o discurso de forma isolada, pois se torna um elemento da realidade social, construindo e sendo construído de forma dialética”.

Dessa forma, uma chave de leitura é de que o problema — no caso, a configuração para gestão hospitalar do Hmal — constitui uma arena comum para a constituição de atores e problemas de ação coletiva (CEFAI, 2017 *apud* DOMINGUES *et al.*, 2025). Dentro dessas arenas, a relação entre indivíduos e a situação produz, simultaneamente com a ação coletiva, regimes discursivos que constituem arquiteturas de persuasão e valoração (MARJONE, 1989 *apud* DOMINGUES *et al.*, 2025). Esse processo tem influência direta, seja na aprovação, nos rumos da política ou na aceitação pública dos resultados, tendo poder de intervenção na realidade. Por isso, entender essa conformação é de suma importância.

Ademais, a compreensão das motivações subjacentes envolve a conformação do poder, que, para além de uma disputa de significados, se manifesta nos procedimentos e instrumentos constitutivos de governamentalidades, isto é, o governo disciplinar das práticas administrativas, mas também de condutas e contracondutas. Isto leva a perspectiva da instrumentação da ação pública a seu limite crítico (BOULLOSA *et al.*, 2021 *apud* DOMINGUES *et al.*, 2025). Também pode-se considerar que distintas motivações se atrelam a distintos usos de um mesmo instrumento de política pública, sendo que cada ator terá uma perspectiva sobre a saúde pública e sua abrangência.

Sobre a estruturação desta proposta, a partir da abordagem de Saraiva e Silva (2022), que apresentaram procedimentos propostos pelo Professor Doutor Antônio Augusto Moreira de Faria, da Faculdade de Letras da Universidade Federal de Minas Gerais e sistematizados por Saraiva (2009, p. 90-91). Essa metodologia pode ser definida em etapas, que permitem levantar, a partir dos discursos, características essenciais. Antes disso, é importante entender que o ato de falar atua em dois caminhos que são característicos da própria linguagem: a sintaxe e a semântica. Em resumo, a sintaxe diz respeito à estrutura das sentenças e à disposição das palavras, enquanto a semântica trata da produção de significado. É

a partir dessas duas categorias que um discurso irá se estruturar. Partindo desse ponto, aquele que analisa precisa conseguir destacar a função dos elementos presentes em diálogo com a completude de cada discurso.

Para tal, o método adotado (SARAIVA E SILVA, 2022) foi o de, primeiro, identificar o vocabulário utilizado para a construção do debate, entendendo a palavra como o átomo dessas construções e tentando captar qual é o léxico próprio do tema. Segundo, localizar os principais temas e figuras que aparecem na discussão. O terceiro ponto seria mapear os percursos semânticos que foram percorridos ao longo da construção argumentativa. Como quarto ponto de análise do discurso, foi adotada a identificação e análise dos principais aspectos interdiscursivos, ou seja, o diálogo dos discursos presentes com outros discursos com os quais eles dialoguem. Por fim, houve uma interpretação do contexto social que foi capaz de gestar tais discursos, que é um ponto relevante, uma vez que, neste contexto, o discurso pode ser compreendido como a produção social de textos.

Como objeto, adotou-se a interpretação das falas das audiências públicas realizadas para debater a proposta do Poder Executivo Mineiro para o Hmal, bem como publicações oficiais dos órgãos identificados como atores e reportagens de jornal. A partir desses documentos foram extraídos os elementos centrais da discussão que foi investigada. Foram selecionadas três audiências realizadas na Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais (ALMG). Elas podem ser acessadas gratuitamente no próprio site da casa legislativa (MINAS GERAIS, 2025c). A primeira aconteceu na Comissão de Direitos Humanos no dia 19 de março de 2025, a segunda aconteceu no dia 1 de abril de 2025 na Comissão de Administração Pública e a terceira foi realizada no dia 16 de junho, também na Comissão de Direitos Humanos.

Desta forma, pôde-se discutir os principais “aspectos ideológicos defendidos nestes discursos” e também os principais “aspectos ideológicos combatidos nestes discursos” (SARAIVA & SILVA, 2022). É relevante destacar que essas etapas, embora tenham sido cumpridas na análise, nem sempre foram destacadas na síntese de conclusão da AD. Optou-se pelo enfoque na reflexão acerca do percurso semântico e nos aspectos interdiscursivos que produzem os discursos políticos que serão apresentados.

### **3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): GÊNESE, PRINCÍPIOS, VALORES E DIRETRIZES**

Neste capítulo, iremos tratar de uma breve contextualização histórica do SUS, para apresentarmos sua estrutura básica, na sequência. Esse será um movimento importante para a construção deste estudo, uma vez que o debate empreendido em torno da terceirização do Hmal se articula diretamente com os movimentos que se articulam em torno da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios, valores e diretrizes.

#### **3.1. Breve contextualização histórica**

A saúde pública é um grande desafio para as sociedades modernas. Isto porque o adensamento dos centros urbanos, bem como os novos estilos de vida que emergem na modernidade, trazem consigo uma precarização das condições sanitárias. Concomitantemente, o desenvolvimento da indústria durante o século XIX provocou um aceleração no desenvolvimento das cidades que, por consequência, desencadearam a eclosão de enfermidades que refletem no tecido social. Assim, a noção de “saúde pública” emerge em um contexto de grande interesse no controle de doenças, a fim de garantir a integridade dos sistemas produtivos durante a Primeira Revolução Industrial (KIRST & DARSIE, 2022).

É interessante pensar sobre esta gênese do conceito porque ela vai demarcar a maneira como as sociedades vão encarar o próprio desenho das políticas públicas voltadas para a saúde na maior parte do tempo. Ainda segundo Kirst e Darsie (2022), os primeiros esboços de intervenção do Estado nesse sentido seguiram o princípio de atender à classe trabalhadora, prioritariamente, em doenças de repercussão econômica. Este padrão se repetiu ao redor do mundo, passando por grandes economias como Alemanha, França e Estados Unidos, até chegarmos ao Brasil.

No Brasil, ainda que possamos demarcar iniciativas seculares do povo brasileiro em termos de saúde voltada para a coletividade, que remontam práticas milenares dos povos originários e às Santas Casas de Misericórdia do período colonial (BULCÃO & SANTINI, 2024), é importante considerar o salto qualitativo que existe a partir do século XIX, acompanhando as tendências mundiais.

Tradicionalmente, existia uma manutenção de práticas antiquadas mesmo para a época, como a sangria, que foram gradualmente sendo retiradas de circulação pela fundação de escolas de medicina, fruto, dentre outras coisas, da independência e da modernização brasileira. É uma espécie de virada científica da medicina nacional. Tem-se, então, a organização das primeiras iniciativas de saúde pública, ainda muito associadas à filantropia e à caridade religiosa, marcadas pela colonialidade portuguesa, complementadas por iniciativas incipientes de saneamento e vacinação. Em termos sociológicos, existia uma clara distinção no acesso à medicina, na qual a elite se tratava em casa e os poucos hospitais existentes atendiam aos mais pobres, gradualmente, foram também se estabelecendo as clínicas privadas no país. (KIRST & DARSIE, 2022; BULCÃO & SANTINI, 2024).

A virada do século XX trouxe consigo o surgimento de instituições antológicas, como o Instituto Soroterápico em São Paulo<sup>3</sup> e o Instituto Soroterápico Federal<sup>4</sup>, ambos dedicados a produzir soros e vacinas para combater epidemias, sendo seu primeiro grande foco a peste bubônica. Também houve o surgimento da seguridade social com as Caixas de Assistência e Pensão (CAP), que dedicavam sua cobertura a atender grupos profissionais específicos, normalmente ligados à indústria. Contudo, a maioria da população continuava tendo acesso à saúde na dicotomia medicina privada e filantropia. Posteriormente, o Governo Vargas substituiu os CAP pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), ampliando o desenho por categorias profissionais e estabelecendo um financiamento tripartite, articulado entre empregador, empregado e governo (KIRST & DARSIE, 2022).

Ao longo das décadas seguintes, o Brasil acompanhou um longo processo de modernização e industrialização. Como efeito, houve um impulsionamento do desenvolvimento dos grandes centros urbanos, que passavam a ser constituídos por uma pluralidade crescente. Os IAPs, pela sua atuação cada vez mais defasada em relação à cobertura, porque cada vez menos as grandes massas urbanas se enquadravam nas categorias profissionais, acabaram por criar uma demanda alta e constante para o mercado privado. Por isso, esse momento histórico é marcado pela expansão do setor privado de serviços médicos, que atendia profissionais do

---

<sup>3</sup> A partir de 1925, ganhou o nome de Instituto Butantan.

<sup>4</sup> A partir de 1974, após ter adotado outros nomes, passou a ser conhecido como Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz).

setor terciário que crescia, e o surgimento dos primeiros planos de saúde. Convém destacar que, sobretudo com a instalação da indústria automobilística, que produziu grandes movimentos sindicais, houve uma associação com convênios de saúde e sindicatos, como, por exemplo, o Serviço de Assistência Médica ao Comércio e Indústria (Samcil), que atendia à região do ABC paulista (BULCÃO & SANTINI, 2024).

Ainda assim, o modelo dos IAPs perdurou até a ascensão dos militares com o golpe militar de 1964, sendo suplantados a partir de 1966 pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Notadamente, existia uma preocupação por parte dos militares com a participação das entidades de trabalhadores e sindicatos no modelo corporativista até então vigente, sendo um dos motivos para a mudança. Então, na medida em que se começa o desafeto com as organizações sindicais, busca-se desarticular a vinculação delas com a seguridade social. Assim, a atuação do INPS ficou bastante marcada pela uniformização dos benefícios, considerando que o órgão permitia a vinculação de autônomos e empregados domésticos, que não eram cobertos pelos IAPs. Contudo, o INPS atuava sob a lógica da contratação da medicina privada, reforçando a tendência histórica de fortalecimento desse segmento (KIRST & DARSIE, 2022; BULCÃO & SANTINI, 2024).

Posteriormente, em 1977, o INPS se segmenta, dando origem ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que ficaria encarregado da assistência médica, enquanto o primeiro ficaria somente com assuntos previdenciários. Tanto Souza (2002), quanto Bulcão e Santini (2024) descrevem uma manutenção do Sistema Nacional de Saúde limitado em relação à cobertura. Ademais, o órgão esteve no centro de esquemas de corrupção, que ajudaram a consolidar uma imagem negativa a seu respeito (SOUZA, 2002; BULCÃO & SANTINI, 2024). Segundo Escorel (1999), a lógica de operação adotada pelo Sistema Nacional de Saúde até a década de 70 demarcava, em síntese, o predomínio político e financeiro das instituições previdenciárias, com os trabalhadores sem representatividade expressiva e a hegemonia dos anéis burocrático-empresariais, cujos interesses conduzem à mercantilização da saúde. Atuando de forma completamente marginal, estava a saúde pública, totalmente subfinanciada e ineficiente. A título de ilustração, o orçamento da pasta, entre 1964 e 1974, não passava de 2% do PIB.

Além disso, é um momento de conhecida repressão política e grande insegurança jurídica, traços indissociáveis do autoritarismo vigente. O período, no campo da saúde pública, também é marcado por supressão de intelectuais e pelo forte fomento do setor privado no ensino da medicina, marcado pela influência dos EUA na atuação do Regime Militar, com forte apreço pela medicina empresarial (BULCÃO & SANTINI, 2024). Soma-se a isso um cenário de crise econômica impulsionada pelo disparo da inflação, retração de salários e uma incapacidade do modelo vigente de garantir as necessidades básicas para a população, dentre elas, o acesso a serviços de saúde. É reconhecido que a concentração de renda resultante da política econômica do regime militar levou enormes parcelas da população, principalmente nas regiões metropolitanas, a enfrentar péssimas condições de vida, que em pouco tempo ficariam evidentes no aumento das taxas de adoecimento e de letalidade (ESCOREL, 1999; SCHWARCZ & STARLING, 2015; KIRST & DARSIE, 2022). Assim, o Brasil dos militares, a despeito das várias transformações que ocorreram até aquele momento, continuava reproduzindo desigualdades e reforçando privilégios, inclusive no campo da saúde. Em última instância, o regime consolidou um modelo de atenção excludente, no qual o acesso aos serviços era mediado por vínculos laborais ou pelo poder de compra, afastando a saúde de sua dimensão de direito e submetendo-a à lógica produtivista.

O resultado é o caldo cultural que gestou o chamado Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), um dos vários movimentos políticos que marcam a luta pela redemocratização brasileira. A composição do movimento contava com lideranças populares, parlamentares de esquerda, sindicatos, intelectuais e estudantes da área da Saúde, além de entidades como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Estas duas últimas instituições foram responsáveis pelo aspecto intelectual e comunicacional do MRSB (SOUZA, 2002; KIRST & DARSIE, 2022). Com esta articulação, produziram-se e organizaram-se os elementos necessários para a revolução da Saúde Pública brasileira, materializada no Sistema Único de Saúde (SUS).

### **3.2. Estruturação básica do SUS**

Até aqui, neste capítulo, dedicou-se a discorrer sobre os principais elementos que antecederam a criação do SUS, porque o sistema é diretamente relacionado

com o contexto que o produziu, sendo uma resposta a ele. Convém apresentar também alguns conceitos centrais, bem como os principais marcos regulatórios, que atravessam diretamente as demandas apresentadas ao longo das audiências públicas que serão analisadas.

A partir de Kirst e Darsie (2022), pode-se compreender que o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, bem como a formação do SUS, está pautado na virada tipicamente nacional que o conceito de Saúde Coletiva causa, frente ao que se vinha construindo até o momento a partir da noção de Saúde Pública. Até aqui, a tradição vigente abordava os vários tipos de adoecimento sob uma perspectiva estritamente biologizante e individualista, fato que foi bastante criticado na década de 70 em diante. A ruptura epistemológica que acontece a partir da noção de Saúde Coletiva é a de integrar as técnicas médicas com conhecimentos de áreas como Ciências Sociais, Bioestatística e Administração em Saúde, para compreender os fenômenos de saúde e adoecimento nas populações. De acordo com Paim e Almeida Filho (1998, p. 312),

[...] Sublinhar o caráter histórico e estrutural da saúde coletiva significa reconhecer, teórica e empiricamente, um conjunto de práticas (econômicas, políticas, ideológicas, técnicas, e outras) que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde. [...] A saúde coletiva preocupa-se com a saúde pública enquanto saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, castas, classes sociais, populações.

Essa compreensão tem o poder de desindividualizar a saúde, dando foco para a atuação em rede, já que, uma vez que os problemas são multidisciplinares, as soluções também devem ser. Assim, a gestão e a prática em saúde passam a ser exercícios de construção coletiva, em que os saberes técnico-científicos dialogam com os saberes populares e experiências vividas.

Sob esta perspectiva, o MRSB realizava suas conferências em Brasília, para debater os rumos da política de saúde no Brasil, com vistas a reformar o Sistema Nacional de Saúde e seus mecanismos de financiamento. O resultado concreto destas discussões, em alguma medida, conferiu materialidade ao SUS (KIRST & DARSIE, 2022).

De alguma forma, dada a sua complexidade, o SUS está em constante construção, o que pode ser acompanhado pela sua legislação promulgada em anos espaçados entre si. O manual publicado pelo Conselho Nacional de Secretários de

Saúde (CONASS) (CONASS, 2015), apresenta uma série de leis que regulamentam o SUS, dando destaque para: a Constituição Federal de 1988 (CF/88); a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990; a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990; a Lei Complementar (LC) n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Nesse sentido, houve um espaçamento considerável entre elas, com a LC n. 141 sendo aprovada mais de vinte anos depois da Constituição. A própria transição do modelo anterior para o SUS contou com a estrutura do Inamps, órgão que só foi extinto em julho de 1993, cinco anos após a constituição.

Isto posto, a CF/88 marca a mudança de perspectiva para saúde coletiva quando o artigo 196 define que

[...] A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Esse artigo marca o compromisso do Estado brasileiro com a garantia da saúde, o que é uma inovação se comparado com qualquer outra proposta pregressa. Aqui, fica definido o princípio da universalidade do SUS, demarcando a passagem de uma lógica previdenciária e seletiva para uma concepção mais democrática.

Além disso, o artigo 200 (BRASIL, 1988) define as principais competências do sus como sendo “controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos” (inciso I), “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” (inciso II), “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (inciso III), “participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico” (inciso IV), incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação (inciso V), fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano (inciso VI), participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos (inciso VII), colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (inciso VIII).

Observa-se, por meio da diversidade de incisos, que a atuação do SUS foi pensada para atuar em diversas frentes que compõem a saúde humana, cuidando de aspectos sanitários e epidemiológicos, como era a tradição do campo, até fatores ambientais, que também comprometem o bem-estar. Assim, o Art. 200 transforma o princípio da saúde como direito em um conjunto de obrigações estatais concretas.

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990a). Logo em seu artigo 2º, ela aborda que “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (§ 2º), o que dialoga também com o conceito de saúde coletiva, na medida em que apresenta uma divisão de tarefas de promoção da saúde que engloba todo o tecido social (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998; KIRST & DARSIE, 2022).

Também estão expressos nesta lei alguns princípios que regem o sistema, como a universalidade e igualdade de acesso, que representam a garantia de que todo e qualquer cidadão, sem exceção, tem o direito de utilizar os serviços de saúde em todos os níveis de assistência (art. 7º, I e IV). Em alguma medida, é um reforço ao artigo 196 da CF/88 (BRASIL, 1988), que manifesta esse espírito. É por meio deste princípio que se garante a assistência a todos sem discriminação. Tem-se ainda a ideia de integralidade, que garante que o indivíduo seja atendido em sua completude. Assim, o SUS deve contar com um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, que abrange desde a promoção da saúde e a prevenção de doenças até o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos. Na prática, esse princípio corresponde ao rompimento da contradição entre ações preventivas e as curativas, uma vez que é desconstruído o modelo de atendimento direcionado para doenças (KIRST & DARSIE, 2022).

Complementarmente, sobre a organização do sistema, a lei estabelece também a descentralização, que transfere o poder e a responsabilidade da gestão dos serviços de saúde para os municípios, permitindo que as decisões sejam tomadas localmente por quem melhor conhece as necessidades da população. Todavia, nem sempre o município tem estrutura suficiente para atender às demandas, então, para superar a limitação de recursos de um único município, o princípio da Regionalização e Hierarquização organiza vários municípios vizinhos em uma rede, formando uma região de saúde onde se pactua a oferta de serviços

especializados. Nas regiões de saúde<sup>5</sup>, organizam-se os serviços em níveis de complexidade, que iniciam na Atenção Primária<sup>6</sup>, passando pela Atenção Secundária<sup>7</sup> e pela Atenção Terciária<sup>8</sup>, garantindo que o usuário receba o cuidado adequado à sua necessidade. A esse conjunto de serviços, dá-se o nome de Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>9</sup>. Em Minas Gerais, o documento que oficializa estas relações é o Plano Diretor de Regionalização (PDR), produzido pela SES-MG (MINAS GERAIS, 2023b).

A Lei n.º 8.142/1990 (BRASIL, 1990b) complementou a 8.080/1990 no que diz respeito à regulamentação geral do SUS. Destaca-se aqui o desdobramento do princípio da participação social (BRASIL, 1990a), regulamentado na atuação dos conselhos de saúde. O Artigo 1º da Lei n.º 8.142/1990 define em seu § 2º que

[...] O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990a).

Em síntese, é mediante o conselho de saúde que a participação social ganha legitimidade, sendo um espaço democrático de deliberação e fiscalização. Uma das atribuições mais significativas dos Conselhos, conforme reforçado pela LC n. 141/2012, é a de deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades na saúde. Também compete aos conselhos a apreciação do orçamento da saúde de seu ente federativo correspondente, além da avaliação do Plano de Saúde<sup>10</sup>, da

---

<sup>5</sup> Nos termos do Decreto n. 7.508/2011, é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011)

<sup>6</sup>A atenção primária em saúde seria aquela que lida com questões de menor complexidade, passando por doenças mais comuns até os programas de promoção e prevenção em saúde (BLEICHER & BLEICHER, 2016).

<sup>7</sup>O nível secundário envolveria atividades que requerem profissionais especializados e equipamentos de maior densidade tecnológica (BLEICHER & BLEICHER, 2016).

<sup>8</sup>A atenção terciária seria aquela que exigiria profissionais bastante especializados e muitos equipamentos de alta complexidade, em geral, bastante caros (BLEICHER & BLEICHER, 2016).

<sup>9</sup> Nos termos do Decreto n. 7.508/2011 é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011).

<sup>10</sup> O Plano de Saúde é um instrumento de planejamento para a definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde em cada esfera de gestão do SUS. Ele estabelece os compromissos do governo para o setor saúde para um período de quatro anos (CONASS, 2015).

Programação Anual de Saúde (PAS)<sup>11</sup> e do Relatório de Gestão (RAG)<sup>12</sup>, que, ao final, representa o acompanhamento da execução das políticas públicas de saúde no território (CONASS, 2015).

Em termos de financiamento, a LC n.º 141/2012 representou um marco histórico para a consolidação do SUS ao regulamentar o parágrafo 3º do artigo 198 da CF/88, que demarca, de forma geral, o financiamento da Saúde Pública nos moldes da Seguridade Social (BRASIL, 1988). Ao estabelecer critérios objetivos de financiamento, a lei buscou reduzir as assimetrias entre os entes federados e reafirmar o princípio da equidade. Todavia, na prática, a insuficiência orçamentária continua sendo um dos principais desafios estruturais do sistema. Ainda assim, ela definiu com precisão o valor mínimo e as metodologias de cálculo do montante que a União deve aplicar anualmente em ações e serviços de saúde, ajudando a estabelecer percentuais mínimos obrigatórios de aplicação da arrecadação de impostos para os entes federativos. Possibilitou a criação de critérios técnicos e equitativos para o rateio dos recursos federais destinados às unidades federadas e dos recursos estaduais repassados aos municípios. Também foi instituído, a partir da LC n. 141/2012, um sistema de fiscalização, monitoramento, avaliação e controle social das despesas com saúde em todas as esferas de governo, assegurando assim a aplicação adequada dos recursos públicos e fortalecendo os mecanismos de governança no âmbito do SUS (CONASS, 2015).

Em suma, a regulação do SUS se apoia em um conjunto extenso de normas (leis, decretos, portarias e pactos interfederativos), que disciplinam desde o financiamento até a regionalização. Mencioná-las em detalhe excederia o escopo deste texto, mas é importante reconhecer que essa arquitetura normativa reflete o caráter dinâmico e federativo do sistema. Optou-se, assim, por acompanhar o manual do CONASS (CONASS, 2015) na delimitação dos principais pontos da legislação, além da apresentação, dentro destes marcos, dos valores basilares do SUS. Seria possível incorporar nessa reflexão valores como a resolutividade (art. 7º da Lei n.º 8.080/1990, inciso XII), entendida como a capacidade do sistema de resolver os problemas de saúde das pessoas que o procuram, em qualquer nível de

---

<sup>11</sup> Programação Anual de Saúde define as ações, os indicadores e a previsão de alocação de recursos orçamentários para o ano específico, garantindo o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde (CONASS, 2015).

<sup>12</sup> Relatório de Gestão é o instrumento anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta os eventuais redirecionamentos necessários no Plano de Saúde (CONASS, 2015).

complexidade, bem como o princípio da racionalidade (incisos XI e XIII), que diz respeito ao uso eficiente e tecnicamente fundamentado dos recursos disponíveis (BLEICHER & BLEICHER, 2016). Ainda que não tenha se esgotado toda a complexa concepção do Sistema Único de Saúde, que, como mencionado, dialoga com a noção de saúde coletiva (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998), buscou-se ilustrar, com alguns elementos, como se estrutura o SUS.

E, de acordo com Bahia (2018), essa estruturação tem tido alguns êxitos, como, por exemplo, o crescimento do investimento na atenção básica, que multiplicou por 5 entre os anos de 1998 e 2015. Outro indicador importante é a ampliação da assistência ambulatorial, que, ao final deste mesmo ciclo, atingiu o patamar de 88% de atendimento SUS. Também se destacou o fato de que, entre 1995 e 2015, o componente público da produção hospitalar, em termos de total de internações, subiu de 22% para 43% (BAHIA, 2018). Esses e outros indicadores corroboram com a tese de que o SUS significou um avanço qualitativo na saúde pública brasileira. Todavia, Bahia (2018) discorre sobre como ele vem sendo atacado, sobretudo no que tange aos interesses do mercado privado de saúde, bem como o de seus agentes políticos. Desta forma, defender a manutenção e ampliação do SUS, mantendo a fidelidade aos valores que o conceberam, torna-se uma tarefa dos setores democratas e humanistas.

Por último, cabe dizer que compreender o SUS dentro de seus marcos regulatórios, bem como conhecer a sua gênese, é bastante relevante para uma reflexão envolvendo um hospital como o Maria Amélia Lins. Uma unidade hospitalar, que mais parece um átomo frente à complexidade do Sistema Único de Saúde, mas que, ao mesmo tempo, é, em vários sentidos, atravessada por seus valores, diretrizes e marcos regulatórios. Nesse sentido, entender o SUS é se aproximar do Hmal e permite que esta pesquisa se aproxime de seu objeto. Não somente isso, mas, devido à estruturação em rede e aos valores e princípios apresentados, o bom funcionamento deste hospital, longe de ser interesse exclusivo de seus servidores e usuários diretos, é benéfico para todos os mineiros.

#### 4. CAPITALISMO EM MOVIMENTO: A DANÇA ENTRE ESTADO E MERCADO

Compreendendo alguns dos elementos que marcam a gênese e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, iremos avançar sobre um elemento mais geral de estruturação da Administração Pública, e que dialoga diretamente com a construção dessa pesquisa, que é o debate das reformas administrativas e as reflexões acerca dos processos de terceirização, como apresentado na Figura 1, destacada na introdução deste trabalho. Para iniciar esse capítulo, vamos apresentar alguns elementos relativos à dinâmica entre Estado e Mercado.

Neste sentido, destacamos que o desenvolvimento das sociedades capitalistas, sobretudo ao longo do século XX, impôs às organizações uma necessidade de adequação. Isso porque, com o aumento do dinamismo econômico, o avanço da globalização e as novas demandas sociais, os antigos modelos organizacionais começaram a apresentar suas limitações. No âmbito privado, esse momento é marcado pelo declínio do modelo fordista de produção, em favorecimento de modelos de gestão mais flexíveis. Essa flexibilização é, não só resultado de novas descobertas e teorias da administração científica — que buscam um intercâmbio maior com outras áreas do conhecimento, como a psicologia — mas, também, é fruto de uma necessidade concreta de garantir a eficiência e a eficácia das atividades produtivas, frente às mudanças estruturais no mercado globalizado e financeirizado (WOOD JR, 1992).

Antunes (2018, p. 176) nos ajuda a compreender essas mudanças estruturais que ocorreram, por meio da apresentação do padrão de acumulação flexível do capital, que, em meio a padrões de continuidade e descontinuidade, passa a conformar elementos relativamente novos, que se distinguem do padrão taylorista/fordista de acumulação. Neste sentido, “flexibilização, terceirização, subcontratação, círculo de controle de qualidade total, *kanban*, *just-in-time*, *kaizen*, *teamwork*, eliminação do desperdício, ‘gerência participativa’, sindicalismo de empresa, entre tantos outros pontos, tornaram-se dominantes no universo empresarial”.

Essas transformações da administração, que marcadamente são associadas ao modelo toyotista de produção, criam ou intensificam, entre outras coisas, a demanda dos grandes capitalistas por maior autonomia e flexibilidade na gestão de capitais, além de uma maior desregulamentação do mundo do trabalho (ANTUNES,

2018). Nesse sentido, surge um processo de uma espécie de revisão dos pactos sociais estabelecidos nas sociedades capitalistas acerca do papel interventor do Estado na economia (HARVEY, 2008), que tem interesse direto em favorecer o mercado e a iniciativa privada como eixo central da coletividade. Além disso, o período coincide com a chamada crise do Estado de Bem-Estar Social, que é acompanhada ou, mais a rigor, é causada por um endividamento generalizado dos Estados nacionais ao redor do mundo, fato que acabou contribuindo para a ascensão do paradigma da austeridade fiscal (BLYTH, 2017).

Esse contexto, a partir da retomada de correntes de pensamento da economia clássica e neoclássica, bem como com contribuição, autores e atores políticos, permitiu a conformação do que viria a ser compreendido como neoliberalismo. David Harvey (2008, p. 2) define esse conceito como

[...] uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos à propriedade privada, livres mercados e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas [...]

O conceito, para além dessa definição, apresenta uma polissemia interessante, podendo ser também utilizado para descrever o próprio regime de acumulação da era pós-fordista, além das próprias políticas públicas gestadas sob a perspectiva do estado mínimo e do *laissez-faire* (FLECK, 2021). Seja como for, fato é que, a partir da década de 70, é possível destacar o surgimento de figuras e movimentos políticos de caráter tipicamente neoliberais, sendo Ronald Reagan, Margaret Thatcher e Augusto Pinochet, cada um à sua maneira, os exemplos mais arquetípicos (HARVEY, 2008). Contudo, para esse trabalho, a definição apresentada por David Harvey se torna particularmente interessante, uma vez que aborda o aspecto político do neoliberalismo nessa pesquisa.

Continuando, a corrente teórico-política que emerge a partir desse contexto terá um diagnóstico do Estado profundamente crítico. Nesse sentido, tanto o político quanto o burocrata aparecem como agentes perversos do estrangulamento da iniciativa privada e, por consequência, do desenvolvimento (EVANS, 1998). Por esse motivo, o neoliberalismo surge com um forte interesse em reorganizar o Estado profundamente, a fim de torná-lo mais permeável à dita eficiência do setor

privado e redirecioná-lo aos novos interesses do grande capital (CARNEIRO; MENICUCCI, 2011).

Assim, as reformas administrativas do Estado ganham centralidade no debate político, sendo o modelo de reforma mais popular o da reforma gerencialista (New Public Management - NPM). Aqui, a administração pública é profundamente impactada pela lógica de gestão privada, incorporando ferramentas e valores típicos do mundo empresarial para a burocracia (CARNEIRO; MENICUCCI, 2011). Por consequência, se formata uma nova forma de conceber a cidadania, a participação social e os serviços públicos (HARVEY, 2008). Agora, o cidadão é, por vezes, tratado como um mero consumidor de serviços e, por extensão, o Estado seria um prestador desses serviços, que atenderia uma demanda. Nessa simplificação, na medida em que a ineficiência se apresenta, o “natural” é que se recorra àquele que consiga ser eficiente: o setor privado. Isso bagunça a própria noção de Estado e de coletividade, já que centraliza o debate econômico e marginaliza as demais atribuições estatais (CARNEIRO; MENICUCCI, 2011). De toda forma, esse processo reformista se generaliza no mundo — muito influenciado pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e outros atores — e acaba ditando os rumos do debate público desde então (HARVEY, 2008).

Embora tratar todos os movimentos reformistas do período como neoliberais seja um equívoco, é inegável que, em menor ou maior grau, os agentes das reformas administrativas precisaram responder ou dialogar com as proposições do neoliberalismo, sobretudo na segunda metade do século XX. E, de fato, na década de 80, o compromisso adotado pela burocracia e classe política das principais democracias do globo que capitanearam as reformas administrativas foi, majoritariamente, o de reduzir o aparelho do Estado (KETTLE, 1998).

De forma sintética, Przeworski (1998) definiu a reforma como o momento de definir o que o Estado deve fazer e o que ele não deve fazer. De fato, as discussões sobre o tema, invariavelmente, passam por delimitar quais seriam as áreas de atuação da máquina pública e sobre quais valores e princípios ela deveria atuar. Em certo sentido, também é sobre reafirmar ou negar alguns pactos sociais já estabelecidos, da mesma forma que permite o surgimento de novas possibilidades para a regulação da sociabilidade.

Vejamos o exemplo da trajetória da burocracia brasileira, o qual muito nos interessa, seja pela implicação na realidade nacional ou como um estudo de caso.

Ao longo do século XX, o Brasil passou por uma mudança social significativa, lançando as bases do que seria uma sociedade urbana, em detrimento do estilo de vida rural. Ainda que alguns traços do subdesenvolvimento se mantiveram, houve um avanço expressivo na industrialização e no desenvolvimento dos centros urbanos. Grosso modo, pode-se definir como um marco importante para esse desenvolvimento a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, na década de 30. Dentre outros desafios, o governo Vargas acabou enfrentando também a necessidade de reforma institucional, demanda incontornável do estabelecimento de um Estado moderno no país (SOUZA, 1994). Isto porque, nesse período, as relações tradicionalmente clientelistas, determinadas por um estilo de vida rural e marcadamente patrimonialistas, dominavam a vida institucional brasileira. Não somente isso, o grau de subordinação da sociedade aos interesses oligárquicos era tamanho que corrompia qualquer chance de participação institucional livre, bem como o exercício pleno da democracia. De acordo com Souza (1994), a figura que representa bem a administração pública desse período é o cartório, uma instituição da coletividade, cuja atuação está umbilicalmente ligada ao interesse privado, diretamente relacionada com o exercício do poder e com a concessão de privilégios.

Nesse sentido, Vargas promove os primeiros passos do modelo burocrático no país. Para Bresser-Pereira (1998), o mérito desta primeira reforma é o projeto de ruptura com a operação do estado liberal, resumida na garantia dos direitos de propriedade e no binômio patrimonialismo e nepotismo. Neste contexto também é demarcada a virada para o Estado Desenvolvimentista, que buscava expandir sua atuação em termos de intervenção e regulação da vida social brasileira. Dialogando com o Capítulo 3, que fala sobre a trajetória da Saúde Pública, é a mesma conjuntura que dá vida aos IAPs, ou seja, progride-se qualitativamente na cobertura da Seguridade Social.

Retomando a definição de Przeworski (1998), nesse momento histórico, o Estado decidiu que era seu papel ser um ator da industrialização e modernização do país, sendo a reforma um dos alicerces desta virada. Vale lembrar que é um período de forte expansionismo no mundo, muito determinado pela superação da crise de 1929 e o avanço da Segunda Guerra Mundial, sendo o varguismo também uma resposta conjuntural às necessidades brasileiras, frente às circunstâncias (SCHWARCZ & STARLING, 2015). No entanto, Souza (1994) questiona a eficiência

da reforma daspiana<sup>13</sup> em romper definitivamente com os problemas típicos do velho modelo. Para ele, não houve uma superação do patrimonialismo, apesar de reconhecer progressos no tema. Na prática, o que houve foi o chamado insulamento burocrático, no qual o aparelho burocrático nascente operava em clusters afastados do velho modelo patrimonialista das oligarquias tradicionais. Mas, seja como for, este foi o primeiro momento em que o Brasil desenvolveu uma burocracia meritocrática, universalista e profissional, voltada à produção de políticas públicas em larga escala (ABRUCIO *et al.*, 2010). Além disso, a compreensão de burocracia vigente nesse momento é tipicamente weberiana, com foco no controle de normas e processos.

A segunda reforma administrativa foi operada pelo Regime Militar, encarnada no Decreto-Lei n.º 200/67. Esta reforma caminhou em direção à descentralização administrativa, dando espaço para a atuação da administração indireta e empresas públicas, como uma espécie de cristalização das organizações paralelas que operavam fora da zona de influência da DASP (ABRUCIO *et al.*, 2010). Nesse sentido, é um período de expansão de organizações como a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) ou o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), entre outros. Contudo, se os militares foram relativamente eficientes nesse movimento descentralizador, ao mesmo tempo, o regime falhou em criar uma coordenação dessas novas instituições. Paradoxalmente, na medida em que promovia a descentralização, também atuava de maneira centralizadora, típica do autoritarismo do período, buscando uma replicação dos modelos e formas dos aparatos federais nos entes subnacionais (ABRUCIO *et al.*, 2010). Cabe destacar que não foram aperfeiçoados os mecanismos de *accountability* justamente pelo domínio do regime, que, na prática, sustentou a ineficiência da burocracia. Abrucio *et al.* (2010) vão chamar a atenção para o assédio do poder econômico, que conseguia tencionar o generalato para o cumprimento de benesses para os grupos de interesse. Vale lembrar que esta época é de grande abertura para o setor privado, também marcada por grandes escândalos de corrupção, sendo os casos de superfaturamento e contratos irregulares do INPS e do Inamps bastante ilustrativos (BULCÃO & SANTINI, 2024).

---

<sup>13</sup> A reforma de Vargas recebe este nome porque foi concebida e operacionalizada a partir do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), fundado em 1938 (ABRUCIO *et al.*, 2010).

Com a influência do debate neoliberal, descrito anteriormente, já começa a marcar presença ainda durante o Regime Militar, sendo um dos pontos de inflexão a criação do Programa Nacional de Desburocratização (PND). Começa-se então a circulação das reflexões que culminaram na reforma Bresser (ABRUCIO *et al.*, 2010).

Sequencialmente, o processo de redemocratização brasileiro foi movimentado por grande mobilização popular, sendo tensionado por movimentos sociais e sindicatos de diversas naturezas, sendo MRSB o mais ilustre para o campo da saúde<sup>14</sup>. Estruturalmente, a sociedade brasileira, de acordo com Schwarcz e Starling (2015), é gestada sobre bases violentas, hierárquicas e profundamente excludentes, que ainda moldam o modo como a cidadania é compreendida e praticada. Segundo as autoras, o Brasil é um país onde existe o processo de naturalização da violência, que é manifestado no campo prático e simbólico. Isso produz uma sociedade de dominados e dominadores, na qual o usufruto da cidadania pertence aos que conseguiram subjugar a maioria que, por sua vez, tem a marginalização como tônica da sua interação social. Essa seria uma marca estruturante do Brasil. Por outra perspectiva, Carvalho (2008) destaca que a sociedade brasileira apresenta uma cidadania incompleta, também fruto da tutela das classes dominantes sobre as classes populares, e marcada pela desordem na consolidação entre direitos civis, políticos e sociais. Nesse sentido, o que existe de comum nas duas abordagens é reconhecer que o Brasil e seu povo convivem cotidianamente com a injustiça e o desamparo.

Esse histórico de privação da maior parte da população vai resultar em um acúmulo social de demandas. Não à toa, durante o processo de redemocratização do Brasil, especialmente entre o final da década de 1980 e meados dos anos 1990, os movimentos populares desempenharam um papel central na pressão por mudanças políticas e sociais. Após anos de repressão sob a Ditadura Militar, a sociedade civil se organizou para reivindicar não apenas o retorno das liberdades democráticas, mas também direitos sociais historicamente negligenciados. A campanha das Diretas Já, entre 1983 e 1984, caracteriza bem essa mobilização popular, unindo diferentes setores sociais e políticos na luta pelo direito ao voto direto para presidente. Embora a proposta de eleição direta tenha sido derrotada no

---

<sup>14</sup> Vide o capítulo 3.

Congresso, o movimento abriu caminho para o fim da ditadura e para a convocação da Assembleia Constituinte que elaboraria a CF/88 (SCHWARCZ & STARLING, 2015).

Assim, no campo social, a Constituição transformou necessidades humanas básicas em direitos fundamentais de caráter universal, definindo-os como dever do Estado. O texto ampliou o rol de direitos sociais e adotou o conceito de seguridade social, integrando ações nas áreas de saúde, previdência e assistência. Essa expansão foi acompanhada pela diversificação das bases de financiamento, notadamente via contribuições sociais, e pela criação de arranjos institucionais inovadores, como o SUS, que fora desenhado a partir do texto constitucional<sup>15</sup>. Foi o primeiro movimento de transformação do Estado sobre os preceitos da democracia liberal moderna (CARNEIRO & BRASIL, 2021). Nesse sentido, destaca-se também a ampliação das instituições de participação social, impensáveis, seja no modelo centralizador da DASP ou no período militar. Em termos ideológicos, a CF/88 se orientava para a construção de um estado de bem-estar social tardio, cujas inspirações ao redor do mundo já não estavam mais em seu apogeu. Ao contrário, era um momento de questionamento do modelo, para não dizer declínio. Só que a sociedade brasileira, que não conheceu nada próximo de uma seguridade social sólida, sonhava em um dia poder construir algo que fosse capaz de enfrentar as enormes mazelas que afligiam estruturalmente. Com isso, a CF/88 tornou-se a materialização destes desejos por justiça social, democracia e combate às desigualdades (ABRUCIO *et al.*, 2010).

Em termos burocráticos, a Carta pretendia consolidar o modelo burocrático weberiano como base estruturante, promovendo a profissionalização do serviço público por meio da adoção do concurso público universalizado, da previsão de planos de carreira com direito à estabilidade e da instituição de um Regime Jurídico Único (RJU) para romper com a heterogeneidade anterior nas contratações (CARNEIRO & BRASIL, 2021). Em parte, esta reafirmação de um modelo de burocracia tradicional advém da herança dos militares, que, devido ao autoritarismo, promoveram uma desarmonia na noção de impessoalidade tipicamente weberiana (ABRUCIO *et al.*, 2010). Ou seja, buscava-se consolidar finalmente uma burocracia tradicional e sólida.

---

<sup>15</sup> Vide o Capítulo 3.

Contudo, com a aprovação da Reforma Bresser, materializada no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), esta construção ganhou mais camadas de complexidade. Abrucio *et al.* (2010) destacam que a Constituição não deu conta de resolver todos os problemas da vida pública brasileira, sendo a década de noventa que se seguiu muito marcada pela desconfiança do funcionalismo e classe política. Cabe destacar que esta é uma influência marcante do pensamento neoliberal, que ganha um protagonismo no mundo todo durante este período (EVANS, 1995). De fato, era um momento bem conturbado para o Estado, que lidava ainda com a crise fiscal e o problema da hiperinflação, elementos que acabam corroendo a legitimidade do aparelho burocrático. Assim, o principal objetivo da reforma foi o de tornar o Estado mais eficiente, buscando resolver a crise fiscal e de legitimidade que o Estado enfrentava.

Outro ponto desta reforma foi o fato de que a administração pública passou a ser orientada para resultados. Dentro da definição de reforma de Przeworski (1998), este foi o momento em que se definiu o que o Estado brasileiro deveria fazer, estava muito mais próximo de controlar o desempenho do que de controlar os processos, como era na burocracia clássica. Nesse sentido, houve uma flexibilização dos procedimentos burocráticos, com o intuito de possibilitar a realização dos objetivos de forma mais autônoma. Um marco deste momento foi a inserção da eficiência na constituição como um princípio da administração, ilustrando que uma nova concepção da administração pública estava surgindo (ABRUCIO *et al.*, 2010). Na interpretação da New Public Management (NPM), esse movimento se traduz na implicação da necessidade de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços públicos por meio da adoção de novas ferramentas, inclusive oriundas da administração privada. Nesse sentido, a burocracia passa a incorporar elementos de gestão que são bastante novos para o Estado, com a finalidade de modernizá-lo (ABRUCIO *et al.*, 2010; DI PIETRO, 2011).

Para a realização desta transformação, o PDRAE adotou uma divisão das funções de estado em quatro categorias: o Núcleo Estratégico, as Atividades Exclusivas, os Serviços não-exclusivos e a Produção de Bens e Serviços para o Mercado. Rapidamente, as funções do núcleo estratégico e as chamadas atividades exclusivas compõem o que seriam as atividades típicas de Estado. Ou seja, atividades que inegavelmente são atribuições do aparato estatal e, portanto, são intransferíveis. Dessa forma, os objetivos para essas funções seriam os de

profissionalização da gestão, adoção e criação de instrumentos de governança orientados por metas e desempenho, além da ampliação da capacidade de agências regulatórias. Assim, dentro desta tipologia apresentada, o Estado deve dar a primazia dos seus esforços em atividades de regulação, fiscalização e planejamento (BRASIL, 1995).

Já as demais atividades, classificadas entre não-exclusivas e produção de bens e serviços, o entendimento do PDRAE é de que, dentro do possível, entregar estas funções para o mercado privado seria a melhor solução para garantir a melhor execução. Dessa forma, além da já conhecida privatização, que consiste na alienação completa de um bem para o setor privado, surge também um movimento de descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como os serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica, condensado no conceito de publicização (BRASIL, 1995). Em síntese, de acordo com o PDRAE, as atividades que não são, em essência, atribuições do aparelho estatal deveriam ser paulatinamente repassadas para o setor privado, o que produziria melhores resultados para a sociedade brasileira e uma maior qualidade na gestão de recursos públicos. É a afirmação do papel regulador de Estado em detrimento do Estado interventor/desenvolvimentista/executor.

É nesse cenário que emergem modelos como organizações sociais, contratos de gestão, parcerias com o terceiro setor (que neste trabalho estamos englobando na categoria terceirização) e instrumentos de governança orientados por metas e desempenho, como uma maneira de a parte essencial do Estado conseguir coordenar o restante das atividades públicas (BRASIL, 1995). Estes contratos começam a aparecer como alternativa à execução direta de políticas públicas, na medida em que se configuram entidades de direito privado capazes de executar atividades de interesse social.

Todavia, a reforma Bresser, que afetou diretamente a carta constitucional, também representa uma espécie de contradição em termos ideológicos. Isto porque a Constituição tem fortes inspirações dos modelos de Estado de Bem-Estar Social europeus, que, por sua vez, possuem forte conexão com os ideais da social-democracia. Quando a NPM surge com inclinações neoliberais, sendo a Reforma Bresser a sua representante no Brasil, se estabelece uma dualidade de

princípios ideológicos que passam a conviver mutuamente no ordenamento jurídico e nas práticas da administração pública nacional.

Para Bresser-Pereira (2011), a sua principal contribuição foi uma adaptação para condições executáveis, um desenho constitucional irrealista, que não considerava a capacidade concreta de concretização dos direitos estabelecidos. Nesse sentido, longe de entrar em contradição com a Constituição, a Reforma Bresser seria aquilo que possibilitaria a efetivação do texto constitucional. Enquanto idealizador da reforma, o autor defende, portanto, que ambos os modos de conceber o Estado são conciliáveis, sendo o seu trabalho uma síntese adequada à realidade brasileira.

No campo do direito, Di Pietro (2011) aponta para um descompasso histórico entre o direito constitucional e o direito administrativo. “Em vez do direito administrativo desenvolver ou aplicar as normas programáticas contidas na Constituição, ele vem se elaborando na frente e, muitas vezes, à margem da Constituição” (p. 31-32). Neste contexto, a intervenção constitucional representada pela Emenda Constitucional n.º 19, que foi o principal pilar da reforma no direito público, pode ser interpretada como uma forma de reduzir estas disparidades. Considerando que as práticas de publicização e de privatização já eram corriqueiras ao longo da história da administração pública, o que foi efetivado pela reforma, na verdade, foi uma oficialização e um alinhamento destes instrumentos com uma concepção de Estado gerencial.

Contudo, a literatura crítica sobre a Reforma Bresser evidencia que, embora seja possível distinguir um movimento mais amplo de reconfiguração do Estado das mudanças específicas voltadas à modernização da máquina administrativa, ambos os processos são inconciliáveis no contexto brasileiro. Behring (2008) argumenta que a busca por maior eficiência administrativa, embora apresentada como tecnicamente neutra, está organicamente vinculada a um projeto político, econômico e social que redefine os contornos da atuação estatal. Assim, as transformações efetivadas na década de 90 contribuíram para aprofundar a diluição das fronteiras entre público e privado, fenômeno identificado por Brettas (2017), na medida em que o Estado passou a incorporar lógicas de funcionamento próprias do mercado. Como consequência, o Estado brasileiro reforçou uma orientação econômica voltada à sustentação da acumulação capitalista, ao mesmo tempo em que se afastava do projeto constitucional de 1988, centrado na universalização de direitos e

na construção de um Estado social robusto. Esse processo expressa uma mitigação progressiva da presença estatal frente às dinâmicas de mercado e revela um tensionamento permanente entre o ideal normativo da Constituição e as práticas administrativas e econômicas adotadas a partir da década de 1990 (BEHRING, 2008; BRETTAS, 2017).

De fato, pode haver uma simplicidade no raciocínio de Bresser-Pereira (2011) quando é cogitada a possibilidade da conciliação. Ao se constitucionalizar valores contraditórios, o que se produz são dois lados com o mesmo grau de legitimidade para orientar a atuação do Estado, lados estes que dificilmente tenderão a se misturar. Ou seja, a reforma Bresser pode ser entendida como a cristalização do conflito.

Outro elemento importante é que, com a formatação do capitalismo em um regime de acumulação pós-fordista, que se desenvolve par e passo com o pensamento neoliberal, qualquer possibilidade de neutralidade dos novos instrumentos de gestão cai por terra. A conjuntura da economia que nasce naquele momento favorece o avanço da agenda do neoliberalismo no país, assim como o gradual abandono da proposta de construção de um *Welfare State*. Considerando o trabalho de Almeida Jr., Lisboa e Pessoa (2015), que são adeptos de uma visão mais liberal da economia, existe um desenho institucional no qual os vários programas sociais brasileiros tencionam o equilíbrio entre receitas e despesas, o que compromete a saúde fiscal do país. São diagnósticos como esse que costumam colocar os compromissos assinalados na CF/88 em xeque.

A atuação do Estado, contudo, deve constantemente enfrentar a complexidade inerente à sociedade brasileira e as adversidades decorrentes da gestão de um país de dimensões continentais e grande diversidade. A recente crise da COVID-19 exemplificou essa premissa, reafirmando a imprescindibilidade de um sistema de saúde pública coordenado, integrado e universal, tal como preconiza, dentro de seus limites, o SUS. O período também evidenciou a relevância do investimento em políticas sociais e da capacidade estatal de agir com celeridade e eficiência diante de crises. Por conseguinte, longe de se tornar obsoleto, o Estado se mantém como um ator indispensável, uma vez que a vida coletiva, em toda a sua complexidade, exige permanentemente uma instância responsável pela ordenação da sociedade (CARNEIRO & BRASIL, 2021).

Em síntese, o grande impasse brasileiro, desde a ascensão do modelo gerencial, são as interpretações sobre como as novas formas de prestação de serviço público e a relação entre público e privado interferem na efetivação dos direitos constitucionais. E, seja como for, esta sobreposição de valores pode ser interpretada também como reflexo da democracia, que permite a convivência de contrários sobre o mesmo ordenamento jurídico, ficando a cargo da política a decisão de qual dos valores se sobressaem em cada situação, mesmo considerando quaisquer desequilíbrios de poder. E para além dos clichês e das respostas prontas, é preciso que o Estado brasileiro consiga responder às demandas da sociedade.

Por isso, analisar um caso concreto como o do Hmal nos permite observar a conformação prática desta sobreposição de contrários, a fim de averiguar como cada uma das influências se organiza para conferir legitimidade à sua proposta e se impor sobre as demais.

## 5. O MODELO NA PRÁTICA: CONSIDERAÇÕES SOBRE A TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE

Após a efetivação da reforma gerencial no Brasil, abriu-se o precedente para a formalização de novas formas de gestão hospitalar dentro do SUS. Considerado um serviço não-exclusivo de Estado, os hospitais entraram para a lista dos serviços cujas estratégias de modernização se orientavam para a publicização. Posteriormente, as bases legais para sustentar este processo foram sendo construídas por meio de legislações específicas. A partir de 1998, normativas legais foram criadas para institucionalizar a criação de organizações não vinculadas à administração direta do Estado na área da saúde.

A Lei 9.637 de 1998 criou as Organizações Sociais (OS), a Lei 9.790 de 1999 criou as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), a Lei 8.987, de 1995, que regulamenta as Concessões e Permissões de serviços públicos e, por fim, a Lei 11.079 de 2004 criou as Parcerias Público-Privadas (PPP). Este arcabouço foi responsável por consolidar a Reforma Bresser, dando materialidade para o que ela preconizava. Minas Gerais, que contou com uma reforma administrativa própria, também possui legislação estadual para lidar com as modalidades de terceirização, sendo a Lei Estadual 14.870/2003 referente a OSCIPs estaduais, a Lei Estadual n.º 23.081/2018 e o Decreto Estadual n.º 47.553/2018 responsáveis por regular as OS estaduais.

Comentando brevemente cada modalidade, Di Pietro (2011, p. 285) definiu a OSCIP como uma “pessoa jurídica de direito privado, criada por particulares, sem fins lucrativos”, cujo vínculo com o Estado se estabelece mediante a celebração de um termo de parceria. Todavia, de acordo com Lemos *et al.* (2006), este instrumento é mais adequado para a condução de projetos com uma diversidade de ações, como a execução de políticas públicas, não sendo o melhor modelo para a gestão de um aparelho, como um hospital. Por esse motivo, não é muito comum que se vejam OSCIPs desempenhando esta função.

Por sua vez, as PPPs são um tipo de contrato administrativo em que o Estado envolve a iniciativa privada para realizar atividades de interesse público, especialmente em contextos de serviços complexos ou quando há insuficiência de recursos públicos para investimentos. As PPPs são uma forma específica de concessão que se diferem das concessões tradicionais porque exigem aporte

financeiro do Estado, seja para viabilizar economicamente o projeto, seja para assegurar o pagamento ao operador diante de riscos. Uma característica marcante deste modelo é a possibilidade de a concessionária auferir lucro a partir do empreendimento (ATHAYDE, GUSMÃO E SILVA, 2006).

Na gestão hospitalar, a possibilidade de mercantilização desse modelo tem que ser observada com cautela, já que conflita com os princípios do SUS a cobrança de qualquer tarifa nos serviços da rede. Ainda assim, o modelo de PPP, tem como uma de suas vantagens uma maior amplitude para as pactuações, já que o parceiro privado pode investir recursos financeiros próprios no empreendimento. Assim, é possível que se pactuem maiores ganhos de escala, ampliação no corpo técnico ou aquisição de equipamentos, por exemplo, podendo-se, assim, construir projetos mais ambiciosos. Também existe, nesse modelo, um compartilhamento do risco entre as partes, o que é interessante para iniciativas mais arriscadas. As iniciativas desta modelagem ainda estão tomando forma, sendo o Hospital do Subúrbio na Bahia um caso para observação, que mostra que as PPPs estão começando a se tornar atrativas no setor de saúde, dependendo da intervenção da administração pública para garantir o cumprimento do interesse público nestes casos (DI PIETRO, 2011; ANDRADE & PINTO, 2022, ALMG, 2025b).

Já o modelo de OS já é bastante difundido dentro da saúde pública, as chamadas Organizações Sociais de Saúde (OSS). Recorrendo novamente a Di Pietro (2011, p. 273), ela define uma OS como uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada pelo Poder Público para desempenhar atividades de interesse social, cuja atuação se formaliza por meio de um contrato de gestão que estabelece metas, prazos, indicadores de desempenho e critérios de avaliação. Nesse caso, a administração pública atua diretamente no monitoramento do contrato, podendo colaborar também com o fornecimento de servidores e com recursos orçamentários. Diferente da PPP, nas OSS, as instituições, como não têm fins lucrativos, o financiamento costuma ser realizado pelo Estado.

Segundo Tonelotto *et al.* (2019a), a aderência das OSS dentro da rede SUS — sendo a experiência paulistana um marco desta presença, com a atenção primária conduzida predominantemente por elas — é fruto de uma conjunção de fatores.

Primeiramente, a área já contava com instituições privadas consolidadas e capacitadas para assumir a gestão de serviços públicos, combinada com a natureza

técnica e complexa inerente ao setor saúde. Historicamente, a formação da saúde pública brasileira sempre contou com instituições filantrópicas, as quais, pela legislação atual, são consideradas instituições privadas sem fins lucrativos. E este tipo de pessoa jurídica é justamente o que é elegível como OS (TONELOTTO *et al.*, 2019a; CARMO, 2016). Assim, estas entidades viram no modelo de OSS uma possibilidade de potencializar a própria atuação, participando da composição do SUS.

Outro fator crucial reside na volatilidade da demanda por serviços de saúde, que sofre influência direta de aspectos como estilo de vida, atributos biológicos, condições ambientais e a própria estrutura do sistema de saúde. Esse cenário é agravado por uma tendência estrutural de crescimento de custos no médio e longo prazos, que exigem volumes crescentes de recursos. Na realidade brasileira, a dificuldade fiscal que o Estado impede que a administração pública acompanhe o nível de aporte financeiro que o setor exige, já que ele tem se tornado cada vez mais tecnológico. Como resultado, tem-se adotado o contrato de gestão com o terceiro setor como uma alternativa a estas limitações (TONELOTTO *et al.*, 2019a).

Desta forma, as OSS surgem como solução para os impasses da saúde pública brasileira. Dentre os objetivos da gestão terceirizada está, para além do ganho em flexibilidade e eficiência, a expectativa de que este modelo de gestão aproxime mais a política pública do cidadão (TONELOTTO *et al.*, 2019a). Em um estudo realizado no estado de São Paulo (TONELOTTO *et al.*, 2019b), realizou-se uma análise comparativa entre hospitais administrados pela administração direta do Estado e os conduzidos por OSS e, a partir da análise de 9 hospitais tendo como referência 11 indicadores, constatou-se que as OSS apresentavam desempenho superior à administração pública direta. Os indicadores analisados incluem elementos como quantidade de leitos, o uso de recursos financeiros, taxa de óbito e produção assistencial. Com este estudo, fica demarcada a possibilidade de as OSS terem um desenvolvimento satisfatório, elemento que advoga pela permanência do modelo (TONELOTTO *et al.*, 2019b).

Entretanto, a implementação do modelo nem sempre atinge o objetivo pretendido, sendo, por vezes, menos eficiente e mais onerosa para o Estado. De acordo com Soares *et al.* (2022), as críticas ao modelo de gestão por OS/OSS concentram-se em falhas que comprometem a transparência, o controle e o uso adequado dos recursos públicos. Além disso, aponta-se que as OS, em alguns

casos, operam com ampla autonomia, definindo metas muito abaixo da capacidade real, reduzindo atendimentos. Isso significa dizer que existe um desafio da administração pública em conseguir fiscalizar a atividade da concessionária.

Neste contexto, a reflexão que fica é que os modelos de terceirização, que têm se difundido pela administração pública e também na rede SUS, ainda serão alvos de muitas discussões. Existem argumentos e evidências que corroboram as duas posições. Todavia, o que fica claro nos debates é que, seja qual for a modalidade de terceirização, a possibilidade do sucesso da pactuação está diretamente ligada à qualidade do contrato (ou termo de parceria) e à capacidade da administração pública de fazer cumprir o acordado. Por isso, em um Estado que se propõe a ser mediador deste processo, a capacidade de fiscalização e regulação destas atividades, especialmente em um setor delicado como a saúde pública, precisa ser constantemente aprimorada. É preciso que a administração pública goze da disponibilidade de recursos técnicos e instrumentais para que se estabeleçam metas e indicadores adequados para que o desempenho da parceria seja o melhor possível. Mesmo aqueles que são contrários à terceirização, partindo do pressuposto de que estas práticas vêm se consolidando, devem ser capazes de defender contratos mais eficientes, que sejam capazes de garantir a concretização dos direitos sociais.

## **6. CONJUNTURA: MINAS GERAIS E O HOSPITAL MARIA AMÉLIA LINS (HMAL)**

Contemporaneamente, existe um movimento de adoção de novos modelos de gestão na saúde pública mineira, no qual a Fhemig é uma grande protagonista. Inicialmente, cabe a introdução de que a Fhemig foi criada pela Lei Estadual n.º 7.088, de 3 de outubro de 1977, que autorizou o Poder Executivo a unificar três fundações assistenciais e hospitalares: a Fundação de Assistência Médica e de Urgência (Feamur), a Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica (Feap) e a Fundação Estadual de Assistência Leprocomial (Feal) (FHEMIG, 2025a).

Posteriormente, o Decreto n.º 47.852, de 31 de janeiro de 2020, que estabeleceu o estatuto da Fhemig, definiu que é competência da Fhemig prestar serviços de saúde e assistência hospitalar considerados de importância estratégica em âmbito estadual e regional, atuando nos níveis secundário e terciário de complexidade. Tal atuação se dá por meio de hospitais organizados e integrados ao Sistema Único de Saúde (MINAS GERAIS, 2020). Ainda segundo o Decreto de Competências, destaca-se seu papel fundamental na formulação e avaliação das políticas de gestão hospitalar, em consonância com as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais, à qual está vinculada. Todavia, apesar dessa vinculação, a Fhemig possui autonomia administrativa e financeira, sendo responsável pela gestão das unidades assistenciais que compõem a instituição. Atualmente, o órgão emprega mais de 13 mil profissionais e possui 15 unidades assistenciais<sup>16</sup> distribuídas em Belo Horizonte, região metropolitana e no interior do estado (FHEMIG, 2025a).

Pode-se lastrear essa virada no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), estabelecido a partir de 2019, com validade até 2030 (MINAS GERAIS, 2023a). Por exemplo, o princípio V do documento estabelece que o governo é orientado pela ideia de “Descentralização de decisão e delegação de funções a terceiros”. Já o objetivo estratégico número 7 é definido como “Desestatizar e estabelecer parcerias com o setor privado” (MINAS GERAIS, 2023a). Isto posto,

---

<sup>16</sup> Hospital João XXIII (HJXXIII), Hospital Maria Amélia Lins (Hmal), Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII), Hospital Regional Antônio Dias (HRAD), Hospital Regional Dr. João Penido (HRJP), Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, Maternidade Odete Valadares (MOV), Hospital Eduardo de Menezes (HEM), Hospital Alberto Cavalcanti (HAC), Hospital Júlia Kubitschek (HJK), Instituto Raul Soares (IRS), Casa de Saúde São Francisco de Assis (CSSFA), Casa de Saúde Santa Fé (CSSFe), Casa de Saúde Santa Izabel (CSSI), Hospital Cristiano Machado (HCM).

cabe destacar que existem propostas interessantes de serem observadas para a contextualização da situação da Fhemig e da gestão hospitalar do Estado de Minas Gerais.

Em primeiro lugar, cabe comentar o contrato de gestão pactuado entre a Fhemig e a Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia (Faepu) para a condução do Hospital Regional Antônio Dias (HRAD) (n.º 012/2024), considerado o primeiro caso de gestão hospitalar por OS realizado pelo Poder Executivo de Minas Gerais (ABREU, 2022). Este contrato representa um marco em termos de terceirização da gestão hospitalar e, por isso, o desempenho deste contrato administrativo pode ser determinante para a política de descentralização em Minas Gerais.

Em segundo lugar, chama a atenção o Projeto de Lei 2127/2024 (MINAS GERAIS, 2024), que visa à criação do Serviço Social Autônomo de Gestão Hospitalar (SSA-Gehosp), uma entidade privada sem fins lucrativos com sede em Belo Horizonte, voltada à oferta de serviços de saúde gratuitos exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Se aprovada, a nova instituição deverá atuar em colaboração com o poder público, seguindo os princípios e diretrizes do SUS, e poderá desenvolver atividades em diferentes áreas, como prestação de serviços de saúde, execução de políticas públicas, promoção da qualidade e eficiência na gestão hospitalar, além de ações de formação e educação em saúde. O texto define no PL que o SSA-Gehosp não poderá distribuir lucros, dividendos ou resultados financeiros, sendo financiado por subvenções públicas, convênios, contratos e receitas próprias. A contratação de pessoal será regida pela legislação trabalhista vigente (CLT). Nesse caso, a Fhemig deverá prestar apoio técnico e administrativo até que a nova entidade esteja plenamente organizada. O projeto aguarda para ser discutido em plenário (MINAS GERAIS, 2024). Caso seja aprovada, essa SSA reconfigurará toda a gestão hospitalar do Estado, já que abre espaço para que os hospitais operem todos pela lógica do direito privado.

Por último, antes da discussão sobre o Hospital Maria Amélia Lins, cabe mencionar a recente aprovação da PPP envolvendo o Complexo de Saúde Hospitalar Padre Eustáquio (HoPE) (ABALEN, 2025a). O Consórcio Saúde Hope venceu o leilão que envolve a construção, equipagem, operação, manutenção e gestão de serviços de apoio do Complexo de Saúde Hospitalar Padre Eustáquio. Segundo a Abalen (2025a), o consórcio arrebatou o leilão por R\$ 286 milhões e o

contrato, estimado em R\$ 2,4 bilhões, prevê duração de 30 anos e início das obras em 2026.

O HoPE será construído no terreno do antigo Hospital Galba Velloso, na região Oeste de Belo Horizonte, com o objetivo de concentrar, em um único espaço, quatro hospitais da rede Fhemig (MOV, HIJPII, HEM e HAC), reunindo atendimentos em oncologia, infectologia, pediatria e maternidade. O complexo também abrigará o Laboratório Central de Saúde Pública de Minas Gerais (Lacen/MG), da Fundação Ezequiel Dias (Funed). Com três prédios e 532 leitos, o projeto prevê aumento de 40% nas consultas especializadas e 60% nas internações, alcançando cerca de 30 mil por ano (ABALEN, 2025a). Essa PPP também representa um aceno em direção à terceirização bastante importante, sobretudo por ser uma obra bastante ambiciosa.

Agora, partindo para o objeto central da pesquisa, o Hmal, ele foi inaugurado em 1947 no bairro Santa Efigênia, em Belo Horizonte, onde iniciou suas atividades como pronto-socorro e instituto médico-legal. Após a criação do Hospital João XXIII (HJXXIII), em 1973, passou a atuar como policlínica e, posteriormente, tornou-se hospital geral integrado à Fhemig. A partir de 1989, consolidou sua identidade como referência em ortopedia e traumatologia, recebendo serviços especializados do HJXXIII. Atualmente, conta com equipes nas áreas de cirurgia da mão, coluna, joelho, quadril e outras especialidades, além de realizar procedimentos avançados e investir em ensino e pesquisa, com programas de residência médica em Ortopedia e Cirurgia da Mão. Atualmente o Hmal compõe, junto com HJXXIII e o HIJPII, o Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência<sup>17</sup> (CHU) (FHEMIG, 2025a). Em todos esses anos, ele tem se mostrado um hospital de excelência em termos de cirurgias ortopédicas e residência médica, o que se converte em forma de apreço de médicos, enfermeiros e usuários (MINAS GERAIS, 2025b).

Feita a apresentação, é o momento de se entender a questão que causou o conflito que nos interessa. Segundo reportagem do G1 (CABRAL, 2025), em dezembro de 2024, o Hmal teve determinação para que seu bloco cirúrgico fosse fechado por tempo indeterminado. O governo de Minas Gerais justificou a medida alegando que os equipamentos estavam em manutenção. Como consequência, a

---

<sup>17</sup> Os atendimentos de urgência são aqueles que precisam de atendimento rápido. Já os de emergência são para situações críticas, em que existe risco imediato de morte ou de perda grave de função. Nesse sentido, os hospitais que compõem este complexo hospitalar são especializados nestes caracteres de atendimentos.

partir do dia 6 de janeiro de 2025, as aproximadamente 200 cirurgias mensais que seriam realizadas no Hmal foram transferidas para o HJXXIII, que já registrava mais de mil atendimentos de urgência e emergência por mês. De acordo com depoimento de servidores, a transferência implicou um aumento significativo da carga de trabalho do HJXXIII, que passou a realizar também procedimentos eletivos de baixa complexidade, incluindo cirurgias ortopédicas e bucomaxilofaciais, anteriormente realizados no Hmal. A sobrecarga comprometeu a capacidade do hospital de responder a situações emergenciais de alta complexidade, devido à priorização da demanda adicional de cirurgias. À época, a Fhemig negou as acusações (CABRAL, 2025).

Nesse contexto, o Ministério Público de Minas Gerais (MPMG) e a Superintendência Regional de Trabalho e Emprego de Minas Gerais iniciaram investigação. Os sindicatos do setor, como o Sindicato dos Médicos de Minas Gerais (Sinmed-MG), o Sindicato Único dos Trabalhadores da Saúde (Sind-Saúde/MG), o Sindicato dos Trabalhadores da Rede Fhemig (SINDPROS) e a Associação dos Trabalhadores em Hospitais de Minas Gerais (ASTHEMG), demonstraram preocupação com o fechamento do Hmal (CABRAL, 2025).

Em março de 2025, a SES-MG e a Fhemig anunciaram um projeto para transformar o Hmal em uma unidade voltada exclusivamente para a realização de cirurgias eletivas<sup>18</sup> da rede SUS que, em tese, ampliaria o acesso a procedimentos cirúrgicos e reduziria a fila de espera na região metropolitana. Segundo o órgão, a iniciativa visava também potencializar a capacidade cirúrgica do HJXXIII, destinado ao atendimento de urgência e emergência. Nesse contexto, foi publicado o Edital Fhemig/HMAL n.º 01/2025, referente à concessão de uso do Hmal, buscando viabilizar a transformação pretendida (OLIVEIRA, 2025).

Em seu tópico 2.1, o edital afirma que

[...] É objeto deste edital a seleção de Pessoa Jurídica de Direito Público ou de Direito Privado Sem Fins Lucrativos com atuação na saúde para firmar instrumentos jurídicos com vistas a viabilizar a Cessão ou Permissão gratuita de uso de imóvel e a Doação de bens móveis de propriedade da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), relativos ao Hospital Maria Amélia Lins (HMAL) [...] (MINAS GERAIS, 2025a, p.2).

---

<sup>18</sup> As cirurgias eletivas englobam os procedimentos agendados previamente, que não precisam ser feitos imediatamente, porque não representam risco iminente de morte ou de agravamento rápido do quadro clínico.

Desse modo, fica claro que a intenção é a cessão da estrutura física do prédio, bem como equipamentos e afins nele presentes, podendo ser assumidos por consórcios públicos de saúde, autarquias, fundações ou entidades do terceiro setor sem fins lucrativos (filantrópicas). O fato de a cessão ser gratuita a tipifica como não onerosa, o que significa que não haverá cobrança de nenhum tipo do vencedor. Os itens 2.2 (p.2) e 2.2.1 (p.2) mantêm a vinculação do hospital à gestão da SES-MG e aos acordos micro e macrorregionais vigentes. Além disso, conforme o item 2.4 (p.2), a vigência do futuro contrato de cessão seria ou será de cinco anos, prorrogáveis por mais cinco.

Também cabe destacar que o item 2.4.2 (p.2) prevê que a posse somente ocorrerá após a migração e integração de todos os serviços do Hmal para o HJXXIII. Uma chave de interpretação é a de que, embora esse tópico garanta a execução completa da transição de tarefas para o Hmal, existe a possibilidade de que ele tenha contribuído para o aceleração do encaminhamento dos atendimentos para o HJXXIII (MINAS GERAIS, 2025b). Também fica definido que o financiamento das operações não será por parte do orçamento da SES-MG, mas de responsabilidade do vencedor do edital (tópico 2.7, p. 3). Além disso, o anexo “ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA”, no tópico 2.7 (p. 9), diz que uma das fundamentações para a alteração é o fato de que o CHU “consegue absorver as atividades do Hmal, assim como os recursos humanos da instituição, tornando-se, dessa forma, mais robusto, produtivo e eficiente”. O tópico 5 apresenta os resultados pretendidos. Dentre eles, o item 5.2.1 (p. 12) versa sobre a “adequação da estrutura cedida e bens doados às necessidades da rede SUS para cirurgias de média e alta complexidade, com redução das filas de procedimentos cirúrgicos eletivos”. Assim, fica declarada formalmente a intenção de mudança de caráter assistencial do hospital. Também está demarcada a manutenção do hospital dentro da rede de atendimento do SUS, o que afasta qualquer ideia de privatização.

A ideia central é que o prédio sai da administração da Fhemig e é emprestado para o vencedor do edital que, por sua vez, começa a atender às cirurgias eletivas, ordenadas pela regulação da Prefeitura de Belo Horizonte. O financiamento das atividades permaneceria sendo feito pelo SUS, sendo de responsabilidade integral do cessionário a captação de recursos.

Na sequência, os movimentos sindicais se organizaram para retardar a transição como um movimento de resistência, recusando-se a assinar documentos

de transferência de servidores. O entendimento foi de que a decisão da gestão foi arbitrária e estava entregando um patrimônio do Estado sem respaldo técnico. Posteriormente, o CES-MG emitiu a Resolução n.º 166/2025, reprovando o edital e determinando a suspensão de todas as modalidades de remoção de servidores do Hmal, inclusive *ex officio*<sup>19</sup>, para qualquer outra unidade de saúde (MINAS GERAIS, 2025e).

Ainda em março, a Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais realizou uma visita técnica aos hospitais afetados pela determinação da Fhemig. De acordo com relatório publicado no Diário do Legislativo (MINAS GERAIS, 2025d), foram constatadas condições precárias tanto para pacientes quanto para profissionais. No HJXXIII, observou-se superlotação, pacientes acomodados em corredores e longas esperas por cirurgias de urgência, o que demonstra que a unidade não conseguiu absorver o volume de procedimentos anteriormente realizados pelo Hmal, que executava cerca de 250 cirurgias mensais de média complexidade. Apesar da criação de um “terceiro turno” para ampliar a capacidade cirúrgica, verificou-se que o número de procedimentos efetivamente realizados é reduzido e que faltam planejamento e estrutura para garantir o giro adequado de leitos (MINAS GERAIS, 2025d).

Os relatos de servidores apontaram ainda a retenção de macas do SAMU por falta de leitos, situação que agrava o estado clínico dos pacientes e eleva o risco de sequelas e mortes. Também foi destacada a incapacidade do HJXXIII de responder adequadamente a situações de grande emergência, diante da atual sobrecarga. A comissão ouviu denúncias sobre a falta de transparência e diálogo por parte da Fhemig, que não teria comunicado oficialmente o fechamento do Hmal nem envolvido os trabalhadores na reorganização dos serviços. Houve ainda relatos de transferências forçadas de pacientes entre os hospitais, inclusive utilizando veículos particulares e serviços de transporte por aplicativo (MINAS GERAIS, 2025d).

Diante do quadro, a deputada Bella Gonçalves apresentou requerimentos de informação à Fhemig e solicitou providências ao Ministério Público de Minas Gerais e ao Tribunal de Contas do Estado para suspender o edital. O relatório da visita foi encaminhado a esses órgãos, bem como ao Tribunal de Justiça e à

---

<sup>19</sup> "Ex officio" significa "por dever do ofício" ou "em razão do cargo", indicando que uma pessoa exerce uma função ou posição simplesmente por ocupar outro cargo. Também se refere a um ato praticado por uma autoridade sem a necessidade de um pedido ou solicitação, atuando por iniciativa própria devido ao poder conferido pelo seu cargo.

Superintendência Regional do Trabalho, visando subsidiar o acompanhamento das medidas relativas ao caso (MINAS GERAIS, 2025d).

Houve também, por parte da deputada Beatriz Cerqueira, a emissão de uma impugnação, que apresenta sete pontos de contestação ao edital em sua viabilidade econômica, em seu caráter democrático — já que o CES-MG emitiu uma reprovação —, em seu alegado descumprimento do interesse público, além da fragilidade do processo licitatório. A Fhemig julgou essas alegações improcedentes em sua resposta presente no processo SEI 2270.01.0005798/2025-25 (FHEMIG, 2025b; MINAS GERAIS, 2025f).

Ainda em março, foi realizada a primeira audiência pública na Comissão de Direitos Humanos, que contou com a presença de deputados, vereadores, servidores públicos, sindicatos, movimentos sociais e pacientes.

Além disso, o MPMG ajuizou uma Ação Civil Pública, na qual critica o edital, bem como denuncia o desmonte do Hmal, refletido no constante fechamento de leitos realizado desde 2021, até o fechamento total, que aconteceu em 2025. Ela solicitava que o Estado mantivesse todos os recursos humanos e reativasse o bloco cirúrgico em até 15 dias, bem como os 41 leitos de enfermaria em até 10 dias. A ação também previa multa diária de R\$ 10 mil ao Estado de Minas Gerais e aos gestores responsáveis, em caso de descumprimento (MINAS GERAIS, 2025b). A interpretação do MPMG é a de que o Hmal sofreu o processo massivo de sucateamento desde o ano de 2020, que desencadeou a inutilização dos dois blocos cirúrgicos. Todo esse processo tinha como objetivo a entrega do hospital (MINAS GERAIS, 2025b).

No dia 1º de abril houve a realização da segunda audiência pública, desta vez na Comissão de Administração Pública.

Em 2 de abril, foi publicado o resultado preliminar do edital de seleção para a gestão do hospital. O vencedor do processo foi o consórcio público Icismep, composto por 89 municípios mineiros. Com esse resultado, o Hmal permaneceu como hospital público, vinculado aos municípios, com acompanhamento da Fhemig, baseado nos parâmetros definidos nos termos do edital (HADDAD, 2025). Por outro lado, cinco dias depois, a Justiça de Minas Gerais determinou a reativação imediata de todos os serviços do Hmal, incluindo o bloco cirúrgico. A decisão também definiu que a Fhemig se abstenha de assinar eventual contrato com a entidade selecionada no âmbito do edital, até que seja ultimada a análise meritória ou haja expressa

revogação da decisão ora proferida. (TCE-MG, 2025a). Segundo Abalen (2025b), ainda em abril o HJXXIII acionou o Plano de contingência devido à superlotação, o que demarcou o sufocamento das operações do hospital. O plano contém instruções para o aumento do giro de leitos para lidar com a situação, bem como outras providências. Neste momento, a situação do HJXXIII se agravou bastante, fato que preocupou bastante os representantes do sistema de justiça e sociedade civil.

Em maio, foi realizada uma audiência de conciliação, na qual o Estado propôs uma abertura parcial do bloco cirúrgico. Nessa ocasião, tanto o Sind-Saúde/MG quanto o MPMG reprovaram a proposta. Assim, na ausência de solução amigável entre as partes, foi acordado entre as partes o reagendamento da audiência (MINAS GERAIS, 2025g).

Em junho, houve a realização da terceira audiência pública, a segunda na Comissão de Direitos Humanos.

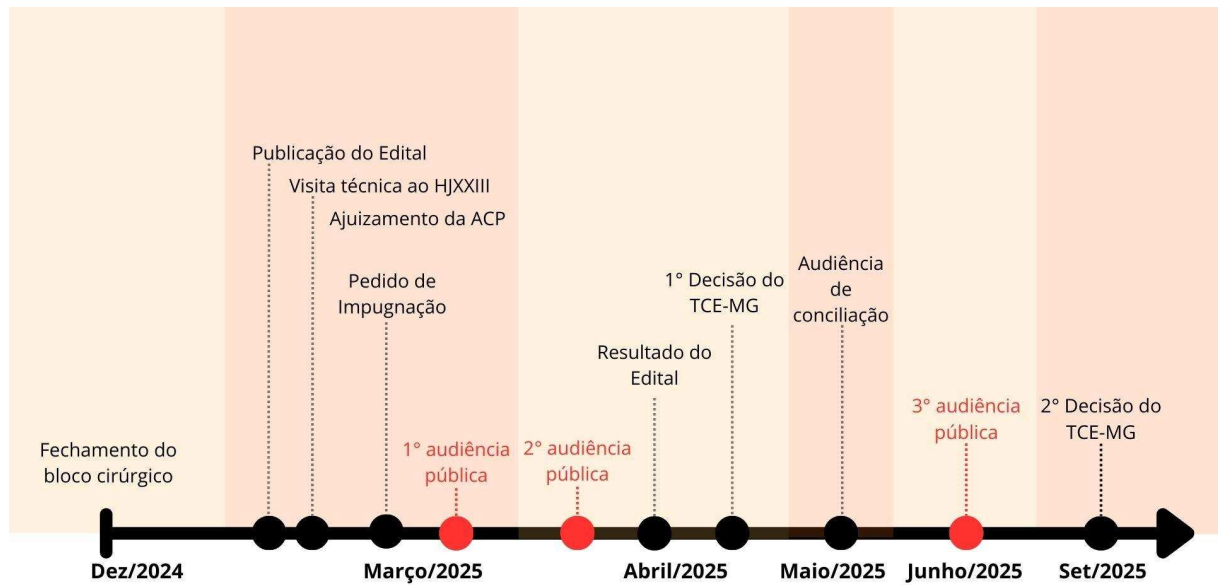
Por fim, em setembro, como medida compensatória pela situação do complexo de urgência e emergência, foi determinado que a Fhemig realizasse a abertura de seis salas cirúrgicas, com capacidade para realização mínima de 300 cirurgias mensais, para cirurgias ortopédicas. A proposta prevê que elas sejam instaladas no HJK (duas), no HJXXIII (duas) e outras duas em outro hospital da rede Fhemig na Grande BH (TCE-MG, 2025b). Esta decisão buscou mitigar os problemas crônicos que a rede apresentou ao longo do ano.

Em síntese, todo o período de 2025 foi bastante turbulento para o Hmal, contando com várias reviravoltas. Esse texto se limita a setembro de 2025, em virtude do prazo de conclusão da pesquisa. Até o momento, a situação do hospital segue indefinida. Ainda assim, ele fornece os elementos fundamentais da discussão, subsidiando as reflexões do próximo capítulo, que lidará com o conteúdo das audiências públicas. Considerando que o evento mais recente foi realizado em 16 de junho, entende-se que esta reconstituição é suficiente para dialogar com a AD.

Ademais, foram destacados os principais marcos oficiais desta linha do tempo, cabendo aqui destacar que todo o período também foi marcado por manifestações populares, luta pela saúde pública e reivindicações, seja dos

servidores ou dos usuários. Não faltam reportagens para comprovar a situação alarmante que se estabeleceu no bloco de urgência da capital mineira.<sup>20</sup>

Figura 2 - Timeline de resumo dos principais eventos envolvendo a discussão



Fonte: Elaboração Própria.

<sup>20</sup> Vide:

- a) SERRANO, 2025.
- b) SILVA, 2025.
- c) CARNEIRO, 2025.
- d) PENA, 2025.

## **7. IMERSÃO NO DEBATE DAS AUDIÊNCIAS PÚBLICAS: ANÁLISE DE DISCURSO**

Durante o longo período em que o Hmal permaneceu com as atividades suspensas, houve debates sobre o destino do hospital, muito identificados pela repercussão midiática do caso. E, pela complexidade das decisões a respeito dos rumos da instituição, diversos atores acabaram se mobilizando e se sensibilizando com os desdobramentos que se desencadearam desde a paralisação do bloco cirúrgico do Hospital Maria Amélia Lins.

Inicialmente, cabe apresentar que uma audiência pública é uma reunião pública, promovida por órgãos ou poder público estadual, para expor informações sobre determinado tema, projeto ou processo e coletar opiniões, críticas, sugestões e contribuições da sociedade interessada. A finalidade é ampliar a participação da população e da sociedade civil na discussão de assuntos públicos que afetem a coletividade, influenciando decisões administrativas ou legislativas. Assim, embora não seja um mecanismo exclusivo do SUS, dialoga muito bem com o princípio da participação social. Não somente isso, é um mecanismo que intensifica a democracia, na medida que permite a aproximação da população das instituições e avança na fiscalização do poder público (MINAS GERAIS, 1995; BRASIL, 1990b).

Como mencionado no capítulo 6, foram realizadas três audiências públicas para discutir o tema e, entendendo que a ALMG tem papel central na discussão e na fiscalização do processo, optou-se por aprofundar a compreensão do tema a partir dos debates travados nelas. Não somente isso, mas a presença dos múltiplos atores interessados no tema, como o Ministério Público, sindicatos, trabalhadores da Fhemig, usuários, representantes do governo, políticos e membros do controle social, por exemplo, garante que haja a presença de diversas perspectivas sobre o mesmo evento. Nesse sentido, as audiências públicas compõem o que Habermas (1997) conceitua como esfera pública, entendida como o espaço social no qual as deliberações e discussões podem emergir de forma livre. É por meio do processo deliberativo amplo que uma determinada decisão ou política pública pode conquistar a legitimidade dentro do que se considera o rito tradicional da democracia liberal. Uma vez que a dinâmica das sociedades modernas, pela sua abrangência e complexidade, produz sujeitos individualizados e que, portanto, refletem e articulam

seus pensamentos e ações de maneira mais ou menos autônoma, vai ser na esfera pública que essas várias formações possíveis de entendimento de mundo e de intervenção na realidade vão se encontrar.

Assim, é possível dizer que o Estado democrático ao menos pretende ser esse ambiente que permite a operação do agir comunicativo<sup>21</sup>, interessado na construção coletiva, no estabelecimento do bem-estar geral e na possibilidade de construir consensos (HABERMAS, 1997). Ademais, as proposições aparecem neste contexto, objetivando obter legitimidade, entendida como a atribuição de valor positivo e validade adquiridos por meio de um processo deliberativo mediado pela racionalidade (HABERMAS, 1997).

Isto posto, com a análise do discurso das audiências, pretende-se, identificar, a partir das falas, que são públicas e, portanto, constituem e são constituídas por aspectos ideológicos e políticos presentes na esfera pública, o que tem sido elaborado sobre a situação do Hmal e da Saúde Pública em Minas Gerais. Evidentemente, a deliberação só pode cumprir o seu propósito na medida em que os atores possuem elementos discursivos que permitem essa interação. É preciso que se entenda o outro e é preciso se fazer entender. Do contrário, cada ator fala isoladamente sobre o mesmo objeto, sem que, com isso, consiga acessar ou sensibilizar o outro. Por isso, é preciso que se construam referenciais mínimos para que a articulação dos discursos seja viável.

Além disso, Orlandi (1999) apresenta o discurso como sendo a prática de linguagem situada histórica e ideologicamente, em que sujeitos produzem sentidos a partir de condições que não controlam totalmente, mas que podem ser analisadas para revelar como a linguagem e o poder se articulam. A partir de Maingueneau (1990), compreende-se que esse componente do discurso chamado de ideologia se refere à forma como as pessoas concebem o seu modo de vida, na dimensão real e na imaginária. Neste sentido, analisar o discurso permite uma aproximação da maneira como os sujeitos vivem e interpretam o que vivem. Todavia, na medida em que essas formas de viver e ler o mundo se distanciam, também se distancia a possibilidade de qualquer entendimento ou consenso. Isto acontece porque, quando o sujeito produz um discurso, ele está inevitavelmente ancorado em um conjunto de conceitos, termos, correlações e elaborações — ao qual damos o nome de

---

<sup>21</sup> O agir comunicativo ou ação comunicativa é a forma de ação social em que os indivíduos buscam o entendimento mútuo por meio da linguagem. (HABERMAS, 1997).

formação discursiva — que delimita a produção do significado (MARINHO, 2019). E não é incomum que dois sujeitos distintos não compartilhem uma mesma formação discursiva, sendo, então, o mútuo entendimento uma possibilidade remota.

Por exemplo, nesta discussão sobre o Hmal, existem atores muito diferentes entre si em diálogo. Então, é de esperar que eles discurssem por formações discursivas diferentes (MARINHO, 2019). Todavia, todos, em maior ou menor grau, têm conhecimentos na área da saúde, atuam no SUS, trabalham sob a égide da mesma constituição, vivem na mesma região do estado, entre outras características. Isso faz com que eles tenham um repertório mínimo em comum. Só que, seguindo o exemplo, conhecer os princípios e valores do SUS não garante que eles terão uma leitura convergente de determinada atitude ou proposta. Neste sentido, qualquer ideia de convencimento ou consenso precisa considerar a multiplicidade que existe na constituição dos sujeitos.

Todavia, ainda que o discurso permita compreender sentidos e ideologias, ele não esgota a compreensão da ação política. É também necessário considerar que os atores operam estrategicamente em busca de benefícios para si ou seu grupo político, muitas vezes em afastamento de qualquer noção de bem comum.

Por outra chave de análise, a partir da teoria política da escolha racional, um aspecto relevante é o de que o parlamento é um espaço complexo, que pode ser compreendido como uma arena<sup>22</sup> política composta por várias outras arenas. Dentro desta dinâmica, a posição dos atores é inevitavelmente atravessada por interesses e por articulações políticas, sendo que o comportamento desses atores é estudado sob a perspectiva de que eles agem de maneira racional, buscando sempre maximizar seus objetivos. Isso significa que o posicionamento manifestado por uma determinada figura compõe um cálculo político mais amplo (TSEBELIS, 1998; DOMINGUES et al., 2025).

Assim, a performance pública, manifestada em audiências (que seria o jogo observado na arena principal), não necessariamente reflete ou é fidedigna ao que está sendo negociado nos bastidores (os jogos ocultos). Frequentemente, a escolha de um ator, quando observada em uma única arena, pode parecer subótima ou ineficaz. Entretanto, essa pode ser, na verdade, a estratégia ótima ao considerar o conjunto completo de jogos e o contexto institucional mais abrangente. Isso ocorre

---

<sup>22</sup> A arena é essencialmente um espaço ou contexto institucional onde um jogo, ou conjunto de ações estratégicas, ocorre, envolvendo atores que buscam maximizar seus objetivos (TSEBELIS, 1998).

porque os atores estão envolvidos em jogos ocultos em múltiplas arenas, e a sua estratégia é determinada pelos *payoffs*<sup>23</sup> em todas as arenas, e não somente na observada (TSEBELIS, 1998).

Contudo, é preciso fazer ressalva para garantir a coerência desta construção de nuances sobre a análise das audiências. Isso porque estão postos aqui autores que têm concepções muito diferentes, sobretudo sobre a construção dos sujeitos. Para a AD, o sujeito é sócio-histórico que se constrói com base nas determinações da estrutura social e na forma como vive, sendo o discurso um resultado dessa amálgama, que, inclusive, o sujeito ajuda a construir na medida que discursa. Já para essa literatura de teoria política, impera uma espécie de *homo economicus* ou de sujeito racional cartesiano, que tem sua ação calcada na racionalidade e no interesse individual por benefícios na arena em questão. Nesse sentido, as duas concepções são praticamente inconciliáveis.

Todavia, é razoável dizer que, se adotamos o sujeito socio-histórico como base e entendemos que as audiências acontecem em um parlamento, que possui, por sua vez, sociabilidade própria, este espaço irá condicionar a postura do sujeito. Assim, ele irá buscar agir conforme o ambiente e seus elementos. Esta é outra forma de dizer que, ainda que os sujeitos não sejam puramente racionais, em um cenário em que se exige a racionalidade enquanto fundamental para que se tenha alguma legitimidade, é esperado que se busque agir com racionalidade. Ou seja, ainda que não sejam sujeitos cartesianos, no parlamento eles irão procurar ser<sup>24</sup>, o que dá algum respaldo para se considerar, por vezes, as teorias de ação estritamente racionais.

Isto posto, esta pesquisa se baseia na hipótese de que, mesmo com estas limitações e ressalvas, as audiências permanecem objetos pertinentes para compreensão da situação do Hmal em seus aspectos mais fundamentais. Além disso, acredita-se que é possível realizar algum grau de interpretação dos sujeitos participantes por meio do discurso, bem como serve para aprofundar o

---

<sup>23</sup> Em seu sentido mais fundamental dentro deste contexto, *payoff* significa o resultado ou a recompensa que um jogador recebe ao final de um jogo, dependendo das escolhas estratégicas feitas por todos os atores envolvidos (TSEBELIS, 1998).

<sup>24</sup> Essa amarração, em última análise, pode ser intermediada por Habermas, que subverte a ideia de Weber de ação racional e a condiciona à política enquanto subsistema. Contudo, ele faz isso sem desconsiderar outras categorias de subjetivação (GUITIERREZ & ALMEIDA, 2013; HABERMAS, 1997).

entendimento acerca da afirmação e negação de alguns dos elementos centrais da atual política de saúde em Minas Gerais.

### 7.1. Resumo das audiências

Em primeiro lugar, cabe a ressalva de que discussões desta magnitude, com múltiplos atores, acabam contando também com relações interpessoais que complexificam a análise. Na medida em que os sujeitos têm um cotidiano de interações e atuações que ultrapassa as audiências, muitas falas acabam também contando com um contexto externo ao debate, além de uma carga afetiva (ou desafetiva) intensa. Um exemplo disso é quando a Diretora Executiva do SindSaúde/MG, Neuza Freitas, diz que

(1) [...] quem pode falar isso é quem trabalhou com Fábio [Baccheretti, Secretário Estadual de Saúde] e conhece Fábio muito bem. Mais de 12 anos ele trabalhou comigo (ALMG, 2025c, 2h e 13min).

No fragmento discursivo (01), o sujeito do discurso pretende conferir legitimidade ao seu discurso com base no tempo de convívio com a pessoa de quem se fala, a partir da expressão “*quem pode falar isso*”. O segmento mostra uma longa relação entre dois participantes da audiência, que, ao analisarmos todo o debate, constatamos que estão em polos opostos de opinião. Até mesmo o fato de o sujeito do discurso dispensar qualquer solenidade ao se referir ao secretário de Estado, apenas usando o primeiro nome, corrobora com esta interpretação. Neste sentido, chamamos atenção para o implícito pressuposto na fala, que leva ao entendimento de que existem relações cristalizadas, que os atores das audiências têm posicionamentos que passam pela ideologia e pelo papel social que desempenham, mas que também são impactados por aspectos interpessoais. Evidentemente, este fato não invalida necessariamente os argumentos.

Além disso, como mencionado no capítulo 6, a situação do Hmal, pode ser interpretada em um contexto administrativo da Fhemig de grandes transformações no sentido de abertura para os modelos de gestão e de reestruturações nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) dentro da Macrorregião<sup>25</sup> Centro, na qual Belo Horizonte está inserida. Por conta disso, são frequentes as menções a outros hospitais que operam ou operaram no território, até mesmo pelo desenho de regionalização do

---

<sup>25</sup> Macrorregião de Saúde é uma divisão territorial que agrupa municípios vizinhos para organizar e oferecer, de forma centralizada e eficiente, os serviços de saúde de média e alta complexidade, sendo Belo Horizonte um município polo de referência da Macro Centro (MINAS GERAIS, 2023b).

SUS. É a estrutura da RAS que permite a atuação integrada dos vários prestadores de serviços que atuam de forma coesa. Mas é também esta integração que faz com que uma alteração em um dos pontos da rede tenha reverberações ao longo da rede, como fica claro nos fragmentos discursivos 02 e 03, apresentados a seguir.

(02) [...] A questão aqui não é o bloco. A questão aqui é fechar o Maria Amélia Lins, porque o processo de fechamento [...] do Hospital Galba Ortopédico foi do mesmo jeito. O processo de fechamento do Hospital Galba Veloso foi o mesmo. O fechamento da administração central da Fhemig foi o mesmo. Então, quem já conhece e faz esse trânsito e acompanha todo esse processo já sabe no que vai dar. (ALMG, 2025a - Diretora Executiva do SindSaúde/MG Neuza Freitas. 2h e 30min.)

(03)[...] Porque esse assunto não está descontextualizado de um projeto macroestruturador, que é o Gehosp, que é um projeto de lei que está em tramitação aqui na Assembleia, que vai fazer todo o desmonte da rede Fhemig. [...] Nós precisamos entender essa ação como parte de um todo, e não tratá-la isoladamente como se ela se explicasse. O que está acontecendo tá dentro de um contexto de um projeto maior de privatização da rede Fhemig. (ALMG, 2025a - Dep. Beatriz Cerqueira, 15min.)

Os fragmentos 02 e 03 são falas de contestação à atual gestão e apresentam, portanto, um percurso semântico que remete à percepção de que existe um *modus operandi* da Fhemig, que tem como objetivo primordial o desmonte da rede Fhemig. Buscam uma interpretação holística do processo, a partir da visão do grupo que antagoniza com ele. Não somente isso, mas revela uma preocupação com a qualidade dos serviços de saúde, na medida em que manifestam preocupação com várias instituições do estado. Esta compreensão da integração na atuação é central para a discussão, já que uma das alegações da oposição, das entidades de classe e do controle social<sup>26</sup> é a de que o fechamento do Hmal sobrecarregou o HJXXIII, pelo papel complementar que eles tinham dentro do Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência (CHU).

Além dos aspectos relacionais, outro elemento recorrente nas audiências diz respeito ao contexto estrutural da rede, que marca a construção social dos discursos. Retomando a contextualização, do ponto de vista do conteúdo, o que foi abordado sobre o CHU pode ser enquadrado em 5 principais temas, para facilitar a AD. O fechamento do Hmal, a possibilidade de mudança de gestão materializada na publicação do edital FHEMIG/HMAL n.º 01/2025<sup>27</sup>, a previsão de mudança do papel

---

<sup>26</sup> Considerando que neste cenário estes grupos acabaram atuando em bloco, de agora em diante o texto irá tratá-los simplesmente como oposição para evitar a repetição exaustiva. Eventualmente, ainda caberá um detalhamento de qual parcela do grupo estará sendo referida.

<sup>27</sup> MINAS GERAIS, 2025a.

assistencial do Hmal, a supracitada superlotação do HJXXIII e a situação dos trabalhadores da rede.

Em linhas gerais, os representantes do governo estadual e da Fhemig defenderam o fechamento do bloco cirúrgico do Hmal como uma decisão técnica, motivada por problemas estruturais e riscos com equipamentos. Alegaram que o HJXXIII absorveu as cirurgias com eficiência, apresentando melhorias em indicadores de produtividade, mortalidade e infecção hospitalar. Além disso, o edital de cessão não representa privatização, mas sim uma parceria para ampliar cirurgias eletivas 100% SUS, sem demissões de servidores ou redução de oferta de serviços.

Entretanto, a oposição contestou esses dados, afirmando que o governo manipula indicadores e omite o quadro real de desassistência. Relatórios obtidos via Lei de Acesso à Informação e imagens de visitas técnicas exibidas durante as audiências mostraram cenários de precariedade no HJXXIII, em contraste com a versão apresentada pelos gestores. Para eles, existe uma causalidade entre a medida adotada e a saturação do serviço, o cancelamento de cirurgias, as filas de espera prolongadas e pacientes em macas pelos corredores.

Em síntese, as audiências públicas evidenciaram um conflito estrutural entre a lógica gerencial defendida pelo governo Zema e a concepção de saúde pública defendida por parlamentares, sindicatos, o Ministério Público e o Conselho Estadual de Saúde. Assim, o debate sobre o Hmal e o HJXXIII tornou-se símbolo de uma disputa mais ampla sobre o futuro da rede pública de saúde em Minas Gerais, contrapondo o discurso da eficiência administrativa à luta pela preservação do caráter público e universal do SUS.

## **7.2. O cenário de desassistência e violação de direitos**

Em março, foi realizada visita técnica ao complexo hospitalar, que reuniu trabalhadores, usuários, parlamentares e membros de movimentos sociais, que puderam verificar presencialmente a situação dos serviços após o fechamento do Hmal. Durante o percurso, segundo depoimentos, o grupo observou diretamente um cenário descrito como grave desassistência à saúde, marcado pela superlotação, pelo acúmulo de macas nos corredores e pela insuficiência de estrutura para absorver a demanda. Neste contexto, a percepção generalizada entre alguns dos participantes foi de que a interrupção da realização de cirurgias no Hmal foi o fato gerador que desencadeou estes problemas, uma vez que os demais hospitais não

tem conseguido garantir o atendimento adequado. Diante desse quadro, entendeu-se que o tema deveria ser levado à ALMG para debate, fiscalização e encaminhamento de medidas, dada a gravidade das situações encontradas e a urgência de respostas institucionais. Assim, esta visita técnica pautou as audiências que vieram na sequência, sendo importantíssima para a constatação dos fatos apresentados. Algumas falas resumem bem o que foi relatado no relatório da visita (MINAS GERAIS, 2025d; ALMG, 2025a).

(04) [...] Todo mundo que participou daquela visita técnica viu com os próprios olhos [...] o que vocês, trabalhadores e usuários, têm narrado pra gente: um cenário de desassistência à saúde criminoso, que nos leva a trazer esse debate [...], pois entendemos que há hoje acontecendo violações de direitos humanos dentro desse complexo hospitalar. (ALMG, 2025a - Dep. Bella Gonçalves. 08 min.)

(05) [...] Tenho certeza que vocês concordam comigo que aquilo que a gente viu no João XXIII é um tratamento cruel, desumano e degradante. Então, o que está sendo ferido aqui, além da Constituição, é a própria Declaração Universal dos Direitos Humanos. (ALMG, 2025a - Lucas Caetano Teles do Movimento Nacional dos Direitos Humanos. 3h 20min.)

Os fragmentos discursivos 04 e 05 reforçam a perspectiva de que existe algo grave acontecendo no CHU. No fragmento 04, quando o sujeito do discurso diz que *“todo mundo [...] viu com os próprios olhos”*, ela busca conferir veracidade à sua colocação através de terceiros que possam corroborar com a sua posição. Além disso, o uso do pleonasma enfático busca reforçar o caráter de evidência que os relatos dos trabalhadores e usuários ganharam com a confirmação dos fatos pela visita técnica. Já o fragmento 05 segue a mesma estratégia, na medida em que usa a sentença *“Tenho certeza que vocês concordam comigo”*, também buscando fortalecer seu discurso a partir do respaldo coletivo. A escolha lexical, marcada pelo uso excessivo de adjetivos em *“tratamento cruel, desumano e degradante”*, busca reforçar a gravidade da situação.

Ademais, ambos os fragmentos discursivos apresentam relação de interdiscursividade com a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Esta resolução da Organização das Nações Unidas (ONU) ratifica em seu artigo 24 o direito à saúde (ONU, 1948). Da mesma forma, a também citada CF/88, que assegura o direito à saúde e à dignidade humana, é flagrantemente violada. Pode-se complementar essa análise com os princípios do SUS da resolutividade e da qualidade, presentes na, não citada, mas importante, Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a). E, de fato, ao se considerar o relatório da visita técnica, é

bastante complicado argumentar que os cenários de superlotação e desassistência não existem (MINAS GERAIS, 2025d).

Na sequência, os funcionários do CHU presentes nas audiências tiveram a oportunidade de se manifestar e apresentar suas experiências a partir do fechamento do Hmal. Os relatos corroboram a percepção da visita técnica de que existem violações aos direitos humanos e aos princípios do SUS dentro do complexo hospitalar.

(06) [...] Já tivemos dias em que tivemos mais de 33 macas no corredor, além das macas do SAMU retidas e pacientes, inclusive, internados na cadeira. Eu tirei foto para mostrar que não tinha mais leito para colocar. Nós forramos com um cobertor, um lençol, e eu peguei outro cobertor e coloquei de travesseiro, para o paciente não ficar tão desconfortável [...] (ALMG, 2025a - Enfermeira do HJXXIII, Gisele Gomes da Silva. 3h 24min.)

O fragmento discursivo 06 narra a experiência individual de uma profissional do HJXXIII. O percurso semântico que ela adota evidencia um cenário de colapso do serviço, no qual o improviso toma protagonismo de garantir o mínimo de dignidade aos usuários, em detrimento do planejamento. Evidenciar que alguns pacientes foram atendidos em cadeiras marca a precariedade, ao passo que a sentença *“Nós forramos com um cobertor, um lençol, e eu peguei outro cobertor e coloquei de travesseiro, para o paciente não ficar tão desconfortável”* demarca os moldes desta improvisação. Novamente, está exposta uma violação aos princípios e diretrizes do SUS, neste caso, sobretudo o direito a uma atenção humanizada (BRASIL, 1990, Art. 7º, Inciso XVI).

(07) [...] porque pacientes que iam para o Hmal, em 24 ou 48 horas, a gente já tinha delimitado a conduta, marcado a cirurgia [...] Agora, como esses casos ninguém quer, [...] os pacientes ficam 10, 11, 12 dias aguardando na central de leitos. (ALMG, 2025c - Diretora do HMAL, Andrea Fontenelle. 3h e 41min.)

(08) [...] Qual é o custo disso? Está sendo levantado? Porque o custo de uma diária hospitalar, muitas vezes, é maior do que se paga pela cirurgia. Onde é que está a economia do Estado? Onde é que está o Estado eficiente? Que eficiência é essa, né? (ALMG, 2025c - Diretora do HMAL, Andrea Fontenelle. 3h e 41min.)

(09) [...] Um desses pacientes virou para a enfermeira [...] e falou assim, quando soube que era um dos que tinham vindo do interior e não estava na escala cirúrgica: “Ô moça, eu gastei R\$ 60 para chegar aqui, isso vai fazer falta na minha comida.” (ALMG, 2025a - Técnico de Enfermagem, Elizeu Ezequiel Costa. 3h 32min)

Já os fragmentos 07 e 09 refletem sobre o cancelamento de cirurgias, uma das marcas da desassistência. Em 07, o sujeito do discurso constrói um percurso semântico que é marcado pela oposição. Têm-se dois cenários: um no qual o

serviço funcionava da maneira correta e outro no qual os pacientes acabam esperando excessivamente para serem operados. A contraposição destes dois cenários é o que confere sentido a este percurso semântico. No caso do fragmento 09, cabe destacar que a citação da fala de um paciente busca ilustrar a fragilidade e o perfil dos pacientes do serviço do HJXXIII, comumente composto por pessoas pobres. Neste caso, a intenção do sujeito do discurso é sensibilizar os ouvintes, que é explicitada pela seleção lexical *“isso vai fazer falta na minha comida”*, trazendo consigo o implícito pressuposto do impacto direto da alteração dos serviços do hospital na vida das pessoas.

Por fim, no fragmento 08, o trecho *“uma diária hospitalar, muitas vezes, é maior do que se paga pela cirurgia”* demarca que existe inclusive um desperdício de recursos ocasionado pela decisão da Fhemig, que inclusive estabelece uma relação interdiscursiva com o princípio da racionalidade do SUS (BRASIL, 1990a), na medida em que o viola. Não somente isso, mas também existe outra relação interdiscursiva entre o slogan do Governo de Minas Gerais à época (Governo diferente, estado eficiente), marcada pelo trecho *“Onde é que está o Estado eficiente?”*. Aqui, o percurso semântico adotado busca questionar a dita eficiência do governo, confrontando-a a partir de uma situação observada pela gestora. Complementarmente, o fragmento discursivo 10 denuncia uma infração sanitária que estaria ocorrendo no HJXXIII.

(10) [...] a gente denunciou para o Ministério Público e para o Conselho Municipal de Saúde [...] que o material de anestesia está sendo lavado no expurgo, onde se despeja fezes, urina, secreções, todo tipo de contaminação. No mesmo expurgo, ainda está sendo lavado até hoje. (ALMG, 2025a - Técnico de Enfermagem, Elizeu Ezequiel Costa. 3h 32min).

No fragmento discursivo 10, o segmento *“onde se despeja fezes, urina, secreções, todo tipo de contaminação”* cumpre a dupla função de explicar o que é um expurgo para quem não tinha familiaridade e de demarcar a gravidade do que estava sendo feito. Novamente, tem-se a denúncia de violação dos princípios da qualidade, da atenção humanizada e da racionalidade (BRASIL, 1990a). Essa construção do discurso é acirrada, como veremos no fragmento discursivo 11, a seguir.

(11) [...] Gente, tem vários hospitais do Brasil com maca no corredor, mas existe uma diferença enorme: é porque o gestor daquele hospital não tem o que fazer. É diferente quando o gestor e o secretário de Estado estão

maquiando dados. Então, o objetivo ali é meramente mostrar para a população que o HMAL pode ser inserido no João XXIII (ALMG, 2025b - Nutricionista do HMAL Maria Gonçalves Soares. 1h e 42min.).

No fragmento discursivo 11, o percurso semântico escolhido busca evidenciar uma intencionalidade perversa por parte da atitude da Fhemig. No segmento “*porque o gestor daquele hospital não tem o que fazer*”, entende-se que, diferentemente de outros hospitais que possuem problemas parecidos, neste caso existe alternativa. E, na sequência, existe uma crítica explícita às motivações dos gestores, já que existe solução e ela não está sendo adotada.

A gestão da Fhemig buscou trazer algumas respostas para os questionamentos.

(12) O paciente ficar no corredor — o João XXIII tem pontos de oxigênio para receber pacientes no corredor. Não é ideal que ele fique muito tempo no corredor, tá? Mas isso é previsível e necessário pra saúde dele também, para que a gente possa atendê-lo (ALMG, 2025a, Diretor da Fhemig, Fabrício Giarola, 59min).

No fragmento 12, sobre o tema dos pacientes nos corredores, o diretor do CHU deu a entender que existe alguma normalidade no que estava acontecendo. Reconhece que não é o ideal, mas que está dentro do planejamento. No trecho “*isso é previsível e necessário pra saúde dele também*”, o que fica evidenciado é que ele entende que, em alguns contextos, o atendimento nos corredores se justifica, por meio da seleção lexical “*previsível*” e “*necessário*”.

(13) [...] desassistência não houve, mas, como foi um acontecimento súbito, um acontecimento muito inesperado, a gente tem ali um período de adaptação. Inclusive dos servidores que foram deslocados para o João XXIII. Isso causa muita ansiedade, é óbvio que causa. Mas que os servidores fizeram a parte deles e conseguiram girar as cirurgias. (ALMG, 2025a, Vice-Presidente da Fhemig, Patrícia Albergaria. 1h e 12min.).

No fragmento 13, a vice-presidenta da rede propõe uma mudança interpretativa da situação. O que está na primeira frase do discurso é que, em vez de se chamar de “*desassistência*”, se chame de “*período de adaptação*”. Esta troca busca suavizar os eventos denunciados pelo relatório de visita técnica (MINAS GERAIS, 2025d). Ao final, o trecho “*os servidores fizeram a parte deles e conseguiram girar as cirurgias*” sugere que a adaptação foi bem-sucedida.

Ao final da primeira audiência (ALMG, 2025a), o diretor Fabrício Giarola prometeu realizar a apuração das denúncias, reconhecendo a gravidade do que estava sendo denunciado ali. Vale destacar que tanto o posicionamento final do

diretor quanto os próprios relatos contestam a ideia de que a adaptação se completou.

### **7.3. O posicionamento da gestão com relação à decisão**

Durante as audiências públicas, os representantes da FHEMIG e do governo apresentaram dados técnicos para demonstrar que o HJXXIII conseguiu absorver integralmente as cirurgias que antes eram realizadas pelo Hmal, após o fechamento deste. Segundo a presidente da Fhemig, Renata Ferreira Leles Dias, os números comprovam não apenas a manutenção, mas também a ampliação da capacidade cirúrgica do CHU (ALMG, 2025b, 34min). No primeiro semestre de 2024 foram realizadas 1.891 cirurgias, enquanto no mesmo período de 2025 esse número subiu para 1.927, o que indica um aumento da produção, segundo ela. Houve também uma redução significativa nas suspensões de cirurgias, com queda de 8% entre 2024 e 2025. Além disso, o tempo médio entre a admissão e a primeira cirurgia teria caído de 9 horas e 34 minutos para 8 horas e 26 minutos, e a taxa de infecção do sítio cirúrgico apresentou redução de 46% (ALMG, 2025b, 34min).

Outro dado apresentado por representantes da Fhemig foi o da taxa de mortalidade que, por sua vez, teve queda de 31%, o que foi destacado como um dos indicadores mais relevantes de melhoria na qualidade da assistência prestada. Ademais, outros dados apontaram avanços no tempo médio de permanência hospitalar, que passou de 10,8 dias para 7,8 dias, uma redução de 24%, indicando maior eficiência na utilização dos leitos e ampliação da capacidade de atendimento. Além disso, a taxa de readmissão caiu 57,1%, e as transferências de pacientes apresentaram tendência de leve queda, contrariando afirmações de que o HJXXIII não conseguiria absorver a demanda cirúrgica do Hmal. Em relação à gestão da capacidade do pronto-socorro, foi apresentada uma queda de 56% no tempo em que o hospital operou com o plano de capacidade plena em nível 3 (PCP3)<sup>28</sup> e um aumento de 42% no tempo em rotina, demonstrando melhora na estabilidade operacional (ALMG, 2025b, 34min).

A representante reconheceu haver dias de superlotação no pronto-socorro, mas explicou que essas situações decorrem de sazonalidades típicas das

---

<sup>28</sup> Um Plano de Capacidade Plena (PCP) é um conjunto de medidas e ações, frequentemente associado a hospitais, para gerenciar a taxa de ocupação e evitar a superlotação. Neste caso, o nível PCP3 é o mais alto de ocupação que o HJXXIII poderia atingir (ALMG, 2025a).

demandas de urgência, variando conforme o período do mês e da semana. Ela reforçou que o hospital tem conseguido controlar melhor a lotação desde que passou a realizar mais cirurgias de urgência, o que acelera a liberação de leitos e melhora o fluxo interno (ALMG, 2025b, 34min). A presidente da Fhemig completa dizendo que:

(14) [...] Nós estamos melhores agora do que estávamos quando tínhamos o Amélia (ALMG, 2025b, Presidente da Fhemig, Renata Ferreira Leles Dias, 34 min).

No fragmento discursivo 14 existem duas escolhas lexicais que cumprem o papel de aproximar o sujeito do discurso e seus interlocutores. Quando se escolhe dizer “*Nós estamos melhores*”, o pronome “*Nós*” cumpre um papel interessante de agrupar todos os atores em um mesmo contexto. Assim todos os profissionais, inclusive ela, presidente da Fhemig, cargo máximo da instituição, e os demais servidores, os da ponta, que estão ali, estão juntos, unidos e vivenciando os mesmos fenômenos. Outra escolha importante é a de chamar o hospital apenas por “*Amélia*”, o que indica proximidade. Estes recursos são importantes, já que ela estava em uma audiência com forte antagonismo, discursando de uma maneira que certamente contraria a opinião da maioria.

Em outras audiências, algumas outras falas vão ao encontro da afirmação da presidente da Fhemig, mostrando uma visão coesa por parte da gestão sobre a percepção dos fatos.

(15) [...] realmente não dependeu da vontade da gestão pública o fechamento do bloco, mas permitiu grande escala. [...] isso permitiu uma melhoria de escala quando a gente juntou equipes vocacionadas no João XXIII. E por isso a gente já teve, mesmo que seja pouco a mais, a gente teve um pouquinho de acréscimo na produção cirúrgica [...]. (ALMG, 2025c - Diretor da Fhemig Paulo Mendes. 52 min.).

No fragmento 15, o sujeito do discurso constrói uma sintaxe discursiva, por meio da qual reafirma a não intencionalidade no fechamento do bloco por parte da gestão. Ainda assim, reconhece que existiu um efeito positivo em decorrência disto, representado pelo acréscimo na produção cirúrgica. Um marcador de discurso importante é a afirmação “*realmente não dependeu da vontade da gestão*”, que reforça o caráter de imprevisibilidade do fenômeno, frente às acusações de que o fechamento foi premeditado, como vimos no fragmento discursivo 11. Um outro elemento interessante que revela, talvez, a intenção de suavizar o discurso é a presença de expressões como “*mesmo que seja pouco a mais*” e “*teve um*

*pouquinho*”. Pode ser que também a identificação de que os dados são de fato sutis na melhora, sendo a presença destas locuções uma marca de sinceridade e de reconhecimento das nuances da situação.

Cabe lembrar que a presidente da Fhemig compareceu apenas na segunda audiência (ALMG, 2025b). Na terceira audiência (ALMG, 2025c), o representante da rede Fhemig apresentou alguns outros fatos complementares que, em sua avaliação, seriam a justificativa para a superlotação do HJXXIII.

(16) [...] De março, a prefeitura — e aí, não sou eu, a prefeitura disse — que o fechamento do bloco do Hmal não impactou a rede. Mas sabe o que que impactou, gente? A gente tem que ser honesto: a crise respiratória aguda. Isso aí a gente não pode ignorar, né? Por quê? O João XXIII é porta aberta. As outras unidades da rede, por exemplo, também foram afetadas, e a gente não pode ignorar que essa crise respiratória aguda está aí, que existe, e que lotou diversos hospitais. O João XXIII é porta aberta<sup>29</sup>, enquanto outras unidades tiveram que dar mais ênfase nisso. Isso realmente é um momento que seria injusto a gente desconsiderar. (ALMG, 2025c - Diretor da Fhemig Paulo Mendes. 52 min.).

O fragmento discursivo 16 apresenta vários pontos interessantes. A começar pelo percurso semântico que busca identificar outra possibilidade para explicar a superlotação. Para o sujeito do discurso, o aumento dos casos de crise respiratória aguda ajudaria a explicar o problema. O uso de locuções como “*A gente tem que ser honesto*”, “*a gente não pode ignorar*” e “*Isso realmente é um momento que seria injusto a gente desconsiderar*” aparece como elemento de afirmação do próprio discurso, na medida em que se busca demarcar a sua honestidade e convencer o ouvinte a ter abertura para considerar os elementos que ele apresenta. Ademais, a menção à prefeitura, no caso, à Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), pretende conferir veracidade ao discurso, referenciando-se no posicionamento do agente regulador dos serviços de saúde no território. Interdiscursivamente, este pronunciamento dialoga com o documento DMAC/SUASA/SMSA/SUS-BH n.º 088/2025 emitido pela diretora de regulação de Média e Alta Complexidade, Juliana de Carvalho Britto Rodrigues, que está presente em sua apresentação (ALMG, 2025d). Infelizmente, ao que parece, o documento não está disponível para acesso online.

---

<sup>29</sup> Entende-se como porta aberta o hospital que está disponível para atendimentos não agendados.

### 7.3.1. A contestação dos dados

A oposição respondeu à hipótese de que a crise respiratória poderia ser a causa da superlotação, lembrando que o assunto já era discutido desde o início do ano, antes de a crise respiratória aguda ser uma questão. Também foram apontadas algumas outras ressalvas sobre o posicionamento da gestão que permite o aprofundamento da reflexão sobre o Hmal e o CHU.

(17) [...] Fui secretário de Saúde e posso dizer: tem alguns momentos em que a gente está na gestão pública e vive numa bolha. Quando a gente chega na ponta, fala: “Meu Deus!” [...] quando os sindicatos falaram pra mim: “Lucas, vamos lá no João XXIII” [...] Cinco anos de secretário de Saúde, atravessando uma pandemia, eu nunca vi algo parecido. (ALMG, 2025c - Dep. Estadual Lucas Lasmar. 3h e 13min.)

Dentro do fragmento 17, o deputado usa os segmentos “*Fui secretário de Saúde e posso dizer*” e “*Cinco anos de secretário de Saúde*” para conferir veracidade e credibilidade às suas constatações a partir de sua experiência no tema saúde. A expressão “*vive numa bolha*”, por meio de uma metáfora, permite a reflexão sobre a relação entre gestão e execução de políticas públicas. Nesse contexto, a distância entre quem toma as decisões e a prática concreta pode comprometer a interpretação do gestor. Assim, o uso da metáfora condensa o conceito de racionalidade limitada<sup>30</sup> (WARPECHOWSKI, 2018), supondo que os dados que a Fhemig apresentou, que são a base de sua tomada de decisão, não deram conta da complexidade do problema.

(18) [...] Esse depoimento de quem está na linha de frente, atendendo, conhecendo o nome, o sobrenome e a cara desses números da estatística, é infinitamente diferente de quem olha uma planilha. (ALMG, 2025c - Diretora do HMAL, Andrea Fontenelle. 3h e 41 min.)

(19) [...] Eu sei o que é produção, viu? Produção é numa fábrica, onde você tem que calcular número por número para ver resultado. As cirurgias, a vida do povo mineiro, não são calculadas através de dados e de números para a arrecadação do governo de Minas. (ALMG, 2025a - Diretora Executiva do SindSaúde/MG Neuza Freitas. 2h e 30 min.)

Por uma perspectiva similar, os fragmentos 18 e 19 também apresentam uma discordância sobre o modo como a Fhemig lê e interpreta a realidade. Aqui, a estratégia adotada dentro destes percursos semânticos é a de contraste. Busca-se

---

<sup>30</sup> A racionalidade limitada é a ideia de que, ao tomar decisões, as pessoas não conseguem avaliar todas as alternativas nem processar todas as informações disponíveis, porque têm limites cognitivos, emocionais, de tempo e de acesso a dados. Essa abordagem, desenvolvida por Herbert Simon, mostra que decidimos usando simplificações, atalhos mentais e heurísticas, o que torna nossa racionalidade realista, porém sempre restrita pelo contexto e pelas nossas próprias capacidades (WARPECHOWSKI, 2018).

estabelecer um contraste entre o tratamento humanizado e o insensível à vida humana. Quando no fragmento 18 o sujeito afirma que está “*na linha de frente*”, esta figura de linguagem, que remete à parte mais intensa de uma guerra, remetendo ao implícito pressuposto de que os trabalhadores do hospital atuam na parte mais complexa do serviço de saúde. E a locução “*conhecendo o nome, o sobrenome e a cara desses números da estatística*” remete à ideia de que se conhece no detalhe os pacientes, que para a gestão são apenas números. Já no fragmento 19, esta oposição é estabelecida a partir da crítica ao uso do termo “*produção*” para se referir aos serviços de saúde e à vida humana. O descompasso entre uma palavra tipicamente da frieza industrial, frente à demanda por afeto da área da saúde, é o que produz o sentido de contestação.

Estes discursos dialogam com a reflexão de Zwick *et al.* (2012), que apresentam as críticas de Alberto Guerreiro Ramos sobre a racionalidade instrumental. Este conceito condensa a reflexão de que existe uma forma de raciocínio totalmente subordinada aos resultados funcionais das atividades. Com relação à racionalidade instrumental, retomando Manheim (1962), Fischer (1984, p. 280) apresenta duas principais características para o ato funcionalmente racional: “a) é organizada com referência a um objetivo definido; b) pressupõe concatenação de uma série de ações para que o ato em questão atinja o rendimento máximo”.

Como resultado, existe uma limitação da capacidade reflexiva, que deriva em uma redução do escopo de ações. Aqui, a figura da “*planilha*”, símbolo de operacionalização, além de um dos mais disseminados instrumentos de gestão, é central para que se possa enxergar esse paralelo. A locução “*calcular número por número para ver resultado*”, presente no fragmento 19, também reflete este mesmo significado.

(20) [...] E dizer que o João XXIII tem essa capacidade de absorver... eu acho que está havendo uma confusão [...] entre capacidade contingencial e capacidade ociosa. Não existe capacidade ociosa no João XXIII; existe uma capacidade contingencial. (ALMG, 2025b – Diretor do Sindicato dos Médicos de MG, Samuel Pires de Moraes Teixeira. 1h e 42min.).

No fragmento 20, existe uma proposição de reinterpretação dos números do HJXXIII, marcada pelos termos “capacidade ociosa” e “capacidade contingencial”. Este percurso semântico sugere que o que foi entendido como uma possibilidade de expansão da produção cirúrgica seja percebido como uma capacidade de remanejamento para eventualidades. Tal proposta é razoável, já que o hospital opera como portas

abertas e a sazonalidade é um fator determinante para a ocupação dos leitos, como foi apresentado pelo diretor da Fhemig no fragmento discursivo 16.

(21) Todos esses dados são fictícios. Somos obrigados a ocultar alguns dados dela, e eu posso provar isso. [...] o PCP não ultrapassa, porque, na hora de somar os dados dos números de pacientes, isso foi alterado ontem, tá, Bella? Para nós, nós não somávamos a sala seis — a sala sete foi fechada, ficou como retaguarda do bloco cirúrgico —, e a sala oito, o corredor e o atendimento de baixo risco. De nove com quatorze, vinte e três leitos, a gente não colocava nos dados. Então, dificilmente a gente ultrapassava o PCP. A gente nunca tinha um dado que era real; era sempre um dado diminuído, porque vinha da diretoria uma ordem de que nós não poderíamos incluir. (ALMG, 2025a - Enfermeira do HJXXIII, Gisele Gomes da Silva. 3h 24min.)

Se até aqui os discursos contestavam a interpretação dos dados, o fragmento 21 questiona a própria veracidade das informações. Todo o percurso semântico está orientado para a descredibilização dos dados coletados nos hospitais. A seleção lexical “*todos esses dados são fictícios*” evidencia essa questão. A denúncia de que houve interferência da gestão na coleta dos dados é importantíssima, já que as decisões se baseiam nesses dados. De forma complementar, o respaldo para atuação da Fhemig, por parte de outros órgãos, como o TCE-MG e a PBH, se ancora nesses mesmos dados. Somam-se a esse fato os próprios princípios do SUS e da administração pública, que são violados caso essa denúncia se comprove, como transparência, publicidade, racionalidade, qualidade, entre outros (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

#### **7.4. A falta de transparência**

Além da denúncia de que haveria uma interferência na coleta dos dados, uma outra queixa recorrente da oposição foi a de que a Fhemig não foi transparente em sua decisão, ferindo novamente os princípios do SUS e da administração pública (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a).

(22) [...] O tempo todo vocês [Fhemig] falaram uma coisa que não é verdade, e aqui vocês vieram falar algo que já estava premeditado, já estava organizado, já estava para ser feito, e vocês não disseram a verdade nem para mim, nem para os servidores. Bastava dizer, em dezembro, que vocês iam rifar, iam abandonar o Amélia Lins, e vocês negaram isso para mim, me enganaram. (Superintendente do Trabalho de MG, Carlos Calazans. 1h e 34min.)

No fragmento discursivo 22 está exposta uma crítica dura ao modo como a gestão lidou com a informação. O segmento “*me enganaram*” confere um caráter de

desonestidade à ação da Fhemig, apontando para um implícito pressuposto de que já se sabia que o edital seria publicado e fingiu que não o faria. A expressão “*o tempo todo*”, juntamente com a sequência de afirmações “*já estava premeditado, já estava organizado, já estava para ser feito*”, além de dar ênfase ao fato de que foi tudo planejado, ajuda a criar um tom de indignação no discurso.

(23) Até outubro, novembro, chegaram [...] os novos focos cirúrgicos para o Amélia Lins. Então, não há que se falar que a Fhemig estava com um plano de terceirização pro Hmal, porque eu estava investindo no Hmal naquele momento. Naquele momento em que a gente fez as compras, e não só isso, né, o Amélia Lins recebeu muitos investimentos ao longo desses quatro anos. (ALMG, 2025b -Presidente da Fhemig, Renata Ferreira Leles Dias. 34 min.)

(24) O Hamal tinha dois arcos cirúrgicos: um estragou em agosto e estava em conserto, e o outro estragou em dezembro. [...] Foi então que houve a decisão de levar as cirurgias para o bloco do João XXIII. E assim fizemos, né? (ALMG, 2025b - Presidente da Fhemig, Renata Ferreira Leles Dias. 34 min.)

Por outro lado, nos fragmentos 23 e 24, a presidente da Fhemig reconstitui os fatos em sua perspectiva. Para ela, o fato de que ela “*estava investindo no Hmal*” refuta a tese de que ela pretendia terceirizá-lo. No trecho “*o Amélia Lins recebeu muitos investimentos ao longo desses quatro anos*”, está demarcado um investimento contínuo na unidade hospitalar, em resposta direta aos elementos presentes nos discursos apresentados por meio dos fragmentos discursivos 02 e 03. Já o segmento “*um estragou em agosto e estava em conserto, e o outro estragou em dezembro*” busca explicitar a motivação da decisão, bem como demarcar o seu caráter inesperado, assim como apresentado no fragmento discursivo 15. Assim, a decisão fica justificada como uma atitude emergencial diante de imprevisto, como é observado nos elementos que emergem dos discursos dos representantes da Fhemig.

Entretanto, outra interpretação possível é a de que os investimentos podem ter sido feitos com o intuito de tornar a terceirização atrativa para os potenciais candidatos. Desta forma, a alegação da gestora pode ser contestada, apesar de apresentar uma argumentação lógica.

## **7.5. A legitimidade nos discursos**

Considerando a polarização do debate, carregada de um forte antagonismo entre as partes, um elemento importante é a legitimidade das posições apresentadas. Isto porque, dentro do possível, todos os atores presentes nas

audiências buscaram justificar e/ou validar suas posições e ações a respeito do tema. Desta forma, foram elaborados discursos que revelam, cada um à sua maneira, estratégias para conseguir, por meio da argumentação racional (HABERMAS, 1997), afirmar posições e construir significados sobre os rumos da gestão do hospital. Assim, cada um vai elaborar uma sintaxe discursiva que revela a própria formação discursiva de cada sujeito, representada pelos elementos que se busca destacar, além da ideologia contida na visão que se manifesta a partir desta construção.

### 7.5.1. A qualidade operacional

Um dos elementos que atravessa todo o posicionamento da oposição é a excepcionalidade do serviço que, até então, era prestado pelo Hmal e pelo CHU. Nesse sentido, a qualidade do que é feito lá serve também de elemento legitimador da atuação dos servidores, além de justificar a reabertura do hospital com a modulação que lhe é costumeira.

(25) [...] É um Complexo Hospitalar que foi afetado, não é um hospital apenas que foi afetado. É um Complexo Hospitalar de referência que representa ainda um orgulho pro estado de Minas Gerais, de ser uma das maiores referências no tratamento de traumas do Brasil. (ALMG, 2025b - Dep. Bella Gonçalves. 29min.)

(26) [...] O Amélia Lins teve desenvolvimento de equipamentos de órtese e prótese patenteados, que foram feitos lá dentro, além de trabalho científico e cirurgias de alta complexidade na mão [...] Ele faz um trabalho de retaguarda do João XXIII, para o paciente de alta complexidade e para o paciente de alta permanência, que permite o giro de leitos e permite que o João XXIII salve vidas. (ALMG, 2025c – Diretor do Sindicato dos Médicos de MG, Cristiano Túlio Maciel de Albuquerque. 1h e 51min)

(27) [...] acredito que nós precisamos ter bem claro que o João XXIII, que é o maior pronto-socorro da América Latina, e o HMAL são serviços diferentes, porém complementares. O que é feito no HMAL e somente o HMAL tem essa expertise [...] Oferece um serviço de residência, de formação de ortopedista, e eu ousou dizer, [...] são os melhores ortopedistas que estão no mercado. (ALMG, 2025b - Diretor do Sindicato dos Médicos de MG, Samuel Pires de Moraes Teixeira. 1h e 42min.)

Os fragmentos 25, 26 e 27 são exemplos de discursos que buscam legitimar a atuação do Hmal e do HJXXIII. Para isso, no 25, existe um apelo ao prestígio dos hospitais, representado pelas locuções “*orgulho pro estado de Minas Gerais*” e “*uma das maiores referências no tratamento de traumas do Brasil*”, que buscam evidenciar o reconhecimento externo do complexo hospitalar. Já em 26, o que se busca apresentar são os serviços que o Hmal especificamente presta, que passam pelo desenvolvimento científico ilustrado pela produção de patentes até o suporte

oferecido ao HJXXIII, que é indispensável, segundo o sujeito do discurso. Quando ele diz que o serviço do Hmal “*permite que o João XXIII salve vidas*”, estabelece-se uma relação de interdependência dos serviços. No fragmento 27 existe um reforço dessa simbiose dos dois hospitais ao afirmar que os serviços oferecidos “*são serviços diferentes, porém complementares*”. Ademais, o trecho “*são os melhores ortopedistas que estão no mercado*” busca enaltecer a qualidade da formação médica que o Hmal presta e que não pode ser perdida.

Mesmo a gestão da Fhemig reconhece a qualidade dos serviços prestados dentro do CHU.

(28) O Maria Amélia Lins [...] é um hospital muito, muito valoroso pelo trabalho que ele faz na ortopedia, né? A gente sabe dos servidores do Hmal, da qualidade, assim como dos servidores do João XXIII. Então, o Complexo Hospitalar, ele é referência aí realmente no estado, no país, e a gente tem [...] pleno conhecimento disso (ALMG, 2025a, Vice-Presidente da Fhemig Patrícia Albergaria. 1h e 12min.).

No discurso presente no fragmento 28, existe um reconhecimento da relevância do que é feito no Hmal por parte da vice-presidente da rede Fhemig, expresso na expressão “*muito valoroso*” e na conclusão da fala, que conclui com “*a gente tem pleno conhecimento disso*”, o que aponta para uma concordância sobre o tema. Como um implícito subentendido, também podemos apontar que está representado no discurso que a decisão não é uma contestação do trabalho realizado. Elemento que se soma aos fragmentos discursivos apresentados anteriormente, que se baseiam em uma lógica instrumental para tratar da decisão tomada.

### **7.5.2. A relação afetiva com os hospitais**

Outro elemento discursivo interessante de se destacar é que, muito em função das próprias cerimônias de legitimação, existem também vínculos afetivos que são estabelecidos dentro do Hmal e de outros hospitais, seja entre membros do corpo clínico ou afetos que se estendem para a própria instituição. Estes vínculos, não raramente, se manifestam no meio das falas dos servidores e gestores.

(29) Eu encontro no hospital [...] no Maria Amélia Lins, que eu não vejo em muitos outros, que é uma união do corpo clínico e um trabalho em equipe. Que eu não vi isso no João XXIII, tá? Que eu não vi isso em outros hospitais privados. Um desejo de trabalho e de resolução do problema daquele paciente. Nós somos servidores públicos e a gente assume essa função de procurar fazer o máximo. (ALMG, 2025c - Diretora do Hmal, Andrea Fontenelle. 3h e 41min.).

(30) [...] Esses hospitais foram construídos com muito sangue, suor e luta. (ALMG, 2025a- Diretora Executiva do SindSaúde/MG Neuza Freitas. 2h e 30min.)

No fragmento 29, está contida uma manifestação de reconhecimento de uma excepcionalidade nas relações cotidianas e interpessoais do corpo clínico do Hmal. A locução “*que eu não vejo em muitos outros*” cumpre o papel de demarcar a raridade do que se construiu lá dentro. No trecho “*Um desejo de trabalho e de resolução do problema*” existe a dupla função de reconhecer qual o papel do servidor público e demarcá-lo, além de exaltar o compromisso dos servidores. Complementarmente, o trecho “*Um desejo de trabalho e de resolução do problema*” busca reforçar a dedicação dos profissionais em sua atuação. Assim, estabelece-se um diálogo com o fragmento discursivo 30, que, por meio da metonímia do segmento “*muito sangue, suor e luta*”, cumpre o mesmo papel de enfatizar o esforço dos trabalhadores da rede.

(31) [...] A gente fala “o João”, “o Hmal”, né. “o Odete”, “o João Paulo II”, e aí às vezes quem não conhece acha que a gente está falando de gente, mas a gente fala porque a gente, os trabalhadores desses hospitais, tem amor pelo seu trabalho, tem amor pelos pacientes que eles atendem, tem amor pela instituição (ALMG, 2025a, Diretora do SindSaúde/MG, Deonara de Almeida Silveira. 3h e 50 min.).

Além disso, em 31, o reconhecimento da personificação dos hospitais aparece como símbolo de relação afetiva com as instituições e as pessoas que nelas transitam. A fala é bem direta em assinalar o amor que os trabalhadores têm por tudo que envolve suas funções.

Observa-se, assim, que o Hmal, ao longo de sua história e especialmente neste cenário, construiu e reproduziu um mito<sup>31</sup> de legitimidade simbólica associado à sua missão pública, à humanização do cuidado e ao compromisso social com o SUS (MEYER & ROWAN, 1977). Nas audiências públicas, diversos atores evocaram o hospital como referência histórica de atendimento humanizado e serviço essencial à população, conferindo-lhe um estatuto moral e simbólico que ultrapassa os limites de sua eficiência técnica. Essa mobilização discursiva pode ser compreendida como uma cerimônia<sup>32</sup> de reafirmação institucional, na qual os atores reiteram publicamente os valores que sustentam o significado social do hospital.

---

<sup>31</sup> Mitos são valores institucionalizados que dizem como uma organização deve ser para que seja considerada legítima (MEYER & ROWAN, 1977).

<sup>32</sup> As cerimônias, por sua vez, são práticas simbólicas que as organizações realizam para demonstrar a aderência aos mitos (MEYER & ROWAN, 1977). Estes termos, muito presentes nos estudos de religião, ajudam a entender o papel dos símbolos e significados nas organizações.

Ainda que houvesse dificuldades na execução do serviço, sua defesa pública baseou-se na ideia de que o hospital representava um espaço de cuidado legítimo e insubstituível.

Nessa perspectiva, sua legitimidade não deriva de indicadores quantitativos, mas da crença coletiva na importância do serviço público de saúde. Assim, essa forma de legitimação simbólica se contrapõe ao discurso técnico-racional da Fhemig, que justificou o fechamento do hospital com base em critérios de eficiência e segurança técnica.

### 7.5.3. A legitimidade da Fhemig

Da mesma forma, a Fhemig também tem interesse em legitimar suas decisões por meio de recursos simbólicos.

(32) [...] Pode-se dizer que é um edital inovador, ilegal não. O interessante é que a gente foi além do que a lei exige, porque, para fazer essa cessão do imóvel, não precisávamos fazer edital, mas a gente quis fazer o edital para dar publicidade, transparência, garantir concorrência e selecionar aquele melhor parceiro.

(33) [...] A gente tem lutado, a gente não tem sido omissa, a gente não tem não feito nada e a gente não tem más intenções, gente. Ninguém sai de casa para fazer mal pro SUS, ninguém sai de casa para ferir direito das pessoas. [...] Nós todos aqui trabalhamos com a convicção de que estamos tentando fazer o melhor para o SUS. (ALMG, 2025c - Diretor da Fhemig Paulo Mendes. 52 min.).

No fragmento discursivo 32, quando o sujeito do discurso afirma que a gestão “foi além do que a lei exige”, está sendo apontada uma virtude em termos de compromisso público, já que escolheram o caminho mais difícil, buscando o melhor resultado em termos de “*publicidade, transparência, garantir concorrência e selecionar aquele melhor parceiro*”. Ademais, o fragmento 33 aponta para um compromisso com a defesa do SUS e dos direitos dos cidadãos. É um recurso esperto, já que a maioria presente enxerga nos gestores da Fhemig uma vilania, sendo importante demarcar a defesa, comum a todos, do SUS.

Voltando a Meyer e Rowan (1977), existem aqui também práticas organizacionais que se tornam, muitas vezes, rituais cerimoniais que expressam adesão a esses valores, ainda que não correspondam à realidade operacional. Essa lógica é visível nas falas da gestão estadual e da Fhemig, que, durante todas as audiências, apresentaram suas decisões como medidas de “*modernização*”, “*otimização de recursos*” e “*ampliação da capacidade do SUS*”, apoiadas em conceitos como “*publicidade*” e “*transparência*”. Tais discursos funcionam como

mitos racionalizadores, isto é, narrativas que simbolizam competência técnica e responsabilidade administrativa, garantindo legitimidade institucional perante o público e os órgãos de controle, independentemente dos resultados concretos. Assim, a apresentação de indicadores e relatórios estatísticos pela gestão da Fhemig pode ser compreendida como uma cerimônia, que busca legitimidade através da técnica científica. Eles funcionam como rituais de racionalidade, cujo objetivo é demonstrar que os mitos da eficiência e transparência, que também dialogam com os valores da administração pública, estão sendo celebrados (MEYER & ROWAN, 1977).

Em síntese, pode-se dizer que a disputa em torno do Hmal expressa o conflito entre dois regimes de legitimidade: de um lado, a legitimidade técnica e gerencial, vinculada aos mitos racionais de eficiência e modernização; de outro, a legitimidade simbólica e social, enraizada na identidade institucional do hospital e nos valores de cuidado e direito à saúde. Com base em Meyer e Rowan (1977), ambos os lados mobilizam mitos institucionalizados para sustentar sua posição na arena.

Arena que, como vimos, envolve também perspectivas acerca das formas de estruturação da Administração Pública, marcando o caráter contingencial de suas reformas, que, para além das grandes propostas, como foi o PDRAE de Bresser Pereira, também são atravessadas pelas decisões na gestão dos aparatos estatais de atendimento ao público. Neste sentido, a construção destes discursos apresentados, e o conflito entre eles marcam as estratégias em torno da administração do Estado. Neste sentido, no tópico a seguir iremos trazer um debate sobre a gestão.

## **7.6. O debate sobre a gestão**

A modelagem da gestão do hospital é um dos temas centrais das audiências, já que a publicação do edital de cessão de uso do Hmal prevê ao menos duas mudanças importantes: a mudança de titularidade da gestão e a alteração do perfil assistencial da unidade. As duas alterações estão correlacionadas e aparecem dentro do debate de forma a evidenciar escolhas técnicas e preferências ideológicas dos sujeitos presentes. Assim, o debate é importante para o entendimento do projeto, em que o edital é só uma parte, além de permitir o aprofundamento na análise de discurso. Então, para este tópico foram escolhidos discursos que ilustram

as elaborações que tangenciam o edital, mas que, em última análise, permitem entender de que forma ele se insere no planejamento da saúde pública, técnica e ideologicamente.

### 7.6.1. As cirurgias eletivas

Na fala do Secretário Estadual de Saúde, Fábio Baccheretti, um dos principais pontos destacados é a necessidade de aumentar a eficiência de hospitais como o João XXIII, que, apesar de contar com um orçamento elevado, realiza um número de internações proporcionalmente menor do que outras instituições de porte semelhante. Para o secretário, reduzir o tempo médio de permanência dos pacientes e ampliar a capacidade cirúrgica, aproveitando melhor a estrutura existente. Em um cenário de otimização do HJXXIII, como é o que Fhemig descreve, existe legitimidade para este rearranjo (ALMG, 2025b).

O Secretário de Saúde reconhece como um dos desafios a redução da extensa fila de cirurgias eletivas, que ultrapassa 30 mil pessoas somente em Belo Horizonte. Com a estimativa de que seja ampliada a oferta de eletivas a partir da reorganização do Hmal, para ele, a decisão de mudar o perfil assistencial do Hmal se justifica. Também existe a necessidade de conciliar as demandas da população com os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)<sup>33</sup>. Ele explica o motivo de não ser possível realizar a ampliação dos serviços do HJXXIII mantendo o Hmal como estava (ALMG, 2025b).

(34) [...] É importante dizer o porquê não dá para ter o Hmal funcionando no bloco e o terceiro turno do João XXIII funcionando concomitantemente. Pela Lei de Responsabilidade Fiscal, o próprio Tribunal de Contas já se manifestou — não pode haver aumento no número de servidores. Assim, a gente não consegue criar uma nova equipe. (ALMG, 2025b - Secretário de Estado de Saúde, Fábio Baccheretti. 3h e 38 min.)

No fragmento discursivo 34, a menção à LRF aparece como justificativa para a decisão do Secretário de Estado. Este discurso é uma resposta ao questionamento do motivo pelo qual não se garantiu os aumentos apresentados pela Fhemig no antigo modelo. Para o Secretário, existe uma impossibilidade de se fazer diferente do que foi feito. Esta é uma forma de buscar a legitimidade da ação a partir da dominação racional-legal, proposta em Weber (2015), recorrendo ao aspecto impositivo da LRF.

---

<sup>33</sup> A Lei Complementar n.º 101/2000 estabelece normas para que União, Estados, Municípios e o Distrito Federal conduzam suas finanças de forma responsável e transparente (BRASIL, 2000).

(35) [...] O secretário vem descumprindo totalmente a nossa Constituição. A Lei de Responsabilidade Fiscal não está acima da Constituição. É mais fácil a gente abrir uma discussão sobre a própria Lei de Responsabilidade Fiscal [...] do que aceitar o fechamento dessa unidade. (ALMG, 2025c - Conselheiro Estadual de Saúde de MG Renato Almeida de Barros. 2h e 40 min.)

O fragmento 35 é uma resposta direta à alegação anterior. A afirmação de que a LRF “*não está acima da Constituição*” visa combater “lei com lei”, no sentido de conferir maior legitimidade à CF/88. Não somente isso, mas pode ser entendida também como uma figura de linguagem que afirma, na verdade, que os direitos assegurados pela Constituição são mais importantes do que a responsabilidade fiscal. Volta-se à dicotomia entre humanização e cumprimento da técnica administrativa.

### 7.6.2. O edital

A publicação do edital em meio ao fechamento do Hmal trouxe bastante turbulência para o debate. Não só pela complexidade usual que existe no entendimento dos vários conceitos e instrumentos do direito administrativo, mas também pelo momento em que foi tomada a iniciativa. Por isso, parte da tarefa da Fhemig nestas audiências foi o lançamento do edital.

(36) O hospital, [...] a gente não quer fechar de jeito nenhum o hospital. A gente quer ampliar os atendimentos, mas não sendo a Fhemig ali naquele hospital. A Fhemig é responsável pelas cirurgias de urgência e emergência da rede, mas cirurgias eletivas, que são um gargalo gigantesco no estado, a gente não atua, não é do escopo e da vocação da Fhemig, do João XXIII. A gente atua nas urgências e emergências. (ALMG, 2025a, Vice-Presidente da Fhemig Patrícia Albergaria. 1h e 12 min.).

O fragmento discursivo 36 apresenta a perspectiva da Fhemig da motivação da mudança de caráter assistencial do Hmal, prevista pelo edital. Categorizar as cirurgias eletivas por meio da seleção lexical “*gargalo*” é uma metáfora que remete a um problema central de difícil resolução. Uma vez que a Fhemig não consegue atender essa demanda, que não é sua vocação, a cessão para uma entidade que consiga se justificar (considerando que o HJXXIII consegue dar conta de toda a demanda de urgência e emergência).

Sequencialmente, um dos pontos dos debates foi o de que, mesmo com o reforço de vários atores da Fhemig das reais intenções por trás da decisão, é possível identificar uma confusão de termos jurídicos.

(37) [...] Mas aí nós tivemos a publicação do edital — o edital de privatização da gestão hospitalar do Amélia Lins —, que surpreendeu a todos, porque não foi trazida a informação para os trabalhadores, para alguns gestores, para a Assembleia Legislativa, para a sociedade (ALMG, 2025a - Dep. Bella Gonçalves. 2h 37min.).

O fragmento 37 traz um exemplo dessas confusões quando o sujeito do discurso afirma que o edital é de privatização e não de cessão. Ainda que, em muitos casos, a predileção por operar com instituições de direito privado possa ser entendida como uma espécie de privatização, em sentido restrito, significa a transferência de ativos ou de ações de empresas estatais para o setor privado (DI PIETRO, 2011). No caso, o discurso 37 foi feito antes do resultado do edital, então, não se sabia que seria um consórcio público o vencedor. Ainda assim, na privatização, uma das diferenças é que existe uma transferência de titularidade do bem, enquanto na cessão o seu uso tem tempo delimitado. Outra confusão que é feita durante as discussões é a de que seria uma concessão via Organização Social (OS). Na verdade, existe diferença também entre os dois conceitos, já que esse tipo de concessão prevê licitação e o estabelecimento de um contrato de gestão, enquanto a cessão não. Significa dizer também que, no caso da cessão, o que está sendo cedido é o bem e, na concessão para OS, é pactuada, fundamentalmente, a execução do serviço (DI PIETRO, 2011; DI PIETRO, 2023).

Essa diferenciação pode parecer apenas uma discussão técnica do direito, e é, mas também é de suma importância. Quando foi apresentado o pedido de impugnação, uma das justificativas apresentadas foi a recusa do controle social ao modelo de gestão do OS. Acontece que, por não se tratar de uma concessão e sim de uma cessão, a Fhemig teve argumentos suficientes para recusar esta justificativa (FHEMIG, 2025b).

Posteriormente, em uma de suas falas, o diretor Paulo Mendes traz o seguinte apontamento, em resposta às incompreensões manifestadas sobre o objeto do edital.

(38) [...] Sobre esse edital, gente, o edital nunca previu privatização. Sabe por quê? Ele sempre previu 100% SUS. Ele sempre olhou para o SUS. Sabe aquela questão de “não olhe para a ponta do iceberg, aquilo que está para fora do mar”? Pois é, olhem tudo, gente. Eu não posso olhar apenas para questões pontuais, eu tenho que olhar a melhoria do SUS. (ALMG, 2025c - Diretor da Fhemig Paulo Mendes. 52 min.).

No fragmento 38 estão os esclarecimentos deste caráter jurídico do edital que, de fato, traz a previsão de que o serviço continuaria na rede SUS<sup>34</sup>. O uso dos termos “nunca” e “sempre” confere às colocações um caráter categórico. Além do mais, com a metáfora do “iceberg”, o sujeito do discurso acaba criticando as interpretações de seus opositores como superficiais, incapazes de entender o edital e os benefícios adjacentes.

Existiu também uma diferença de percepção dentro da oposição sobre o que representava essa cessão de imóvel. Talvez pelo perfil de cada participante, alguns se mostraram mais preocupados com a estruturação jurídica do edital do que outros.

(39) [...] outra coisa que você colocou que o fechamento do Hmal é simplesmente um fechamento ou uma cessão de um imóvel, né, por um período de 5 anos. Ninguém tá aqui discutindo a questão da cessão do imóvel, que entregue o imóvel que você quiser. O estado entrega o imóvel que ele achar necessário para quem for. A discussão é fechamento de serviço. (.)

(40) [...] O governo tem tentado insistentemente entregar a rede pública para instituições privadas. [...] E, com certeza, este edital que foi publicado já é exatamente mais um molde dessa tentativa de tornar atraente para terceiros assumirem a responsabilidade que é do Estado. (ALMG, 2025a - Dep. Beatriz Cerqueira. 16 min.)

Enquanto no fragmento 39 o sujeito do discurso desconsidera o debate sobre o que seria a cessão e privilegia a discussão sobre o “*fechamento do serviço*”, em 40 existe a desconfiança de que exista uma manobra técnica por trás desta proposta, que, para aqueles que são oposição ao governo, é perigosa. O implícito pressuposto é de que, sendo estas manobras impopulares ou até mesmo inconstitucionais (na perspectiva da oposição), elas não podem ser tomadas de forma transparente, o que faz a gestão explorar novas formas de realizá-las que fujam da fiscalização dos deputados e do controle social. Novamente, imputa-se desonestidade nas atitudes da gestão da Fhemig. Além disso, o fragmento 40, embora não seja uma resposta direta aos fragmentos 23 e 24, ajuda a compor a crítica sobre a real intenção dos investimentos no Hmal.

### **7.6.3. Oposição ideológica à mudança de gestão**

Algumas falas das audiências permitiram identificar uma contraposição em princípio a qualquer proposta de alteração na modelagem da gestão hospitalar, que podem ajudar a explicar, em parte, o motivo de que a proposta não foi inteiramente

---

<sup>34</sup> Vide capítulo 6.

compreendida pela oposição. Ainda assim, as posições são legítimas e apresentam um entendimento de qual deve ser o papel do Estado.

(41) [...] E aí, o que que nós precisamos, eu acho, é deixar muito claro: aqui tem uma disputa de projeto, né? A disputa do nosso projeto, do controle social, da população, é a inclusão, é a defesa de um SUS público, de um SUS estatal, defender o que nós temos, que é o maior patrimônio que nós temos — imaterial, né? E qual que é o projeto do governo? É transformar as políticas públicas em loja de departamento comum a todo empresário. (ALMG, 2025c - Presidente do Conselho Estadual de Saúde de MG, Lourdes Aparecida Machado. 1h e 22min.)

(42) [...] E essa posição intransigente, radical, do governo Zema, claramente comprometido com a entrega do Estado, porque a proposta é que nós tenhamos um Estado regulador e não mais um Estado executor, como se isso fosse o objeto de interesse do Estado. [...] esse peçoal não sabe para que serve o Estado. (ALMG, 2025c - Presidente do Sindicato dos Farmacêuticos de MG, Rilke Novato Público. 2h e 02min.)

Tanto no fragmento 41 quanto no 42 existe a demarcação dicotômica dos lados do debate, com o objetivo de destacar quais seriam as propostas ideológicas em disputa para os rumos do SUS e do Estado. A figura da “*loja de departamento*” faz referência ao ramo de atuação do Governador Romeu Zema antes de ser eleito. Também carrega uma carga depreciativa, que, por meio da metáfora da “*loja*”, reduz o projeto do governo a algo vulgar, mercantil e excludente. Em contrapartida, enaltece o próprio projeto como o que deve ser defendido, inclusive por seu caráter democrático, que inclui a população.

Já no 42, estabelece-se um contraste entre duas funções do Estado (regular e executar). Pode-se estabelecer uma relação de negação do modelo gerencial de Estado, que dá maior espaço para a regulação (conforme discutido no capítulo 4). Neste sentido, surge a defesa de um estado que seja mais interventor na realidade social, possivelmente desenvolvimentista, em detrimento de um modelo de Estado que se baseia em abertura de espaço para atuação de terceiros, que é típico do modelo gerencialista.

Esta colocação dialoga com a trajetória do SUS e com o entendimento do que deveria ser a Saúde no Brasil, na medida em que busca afirmar os princípios de universalidade e integralidade, bem como manter o seu caráter popular.

(43) [...] E a gente entende que defender um SUS para todas as pessoas é fazer com que esse SUS, que foi uma conquista do povo na oitava conferência, que não foi uma conquista de gabinete, mas uma conquista de lutas populares, com a participação inclusive de 50% de pessoas usuárias, seja preservado. [...] Então, se o SUS foi defendido e criado nas lutas, a gente não vai permitir [...] que os gabinetes definam os nossos rumos e os nossos caminhos. (ALMG, 2025c - Presidente do Conselho Estadual de Saúde de MG, Lourdes Aparecida Machado. 1h e 24min.)

No fragmento 43, o trecho “*uma conquista do povo na oitava conferência*” resgata o caráter histórico e participativo do SUS<sup>35</sup>, enfatizando que sua criação não resultou de decisões tecnocráticas tomadas “*em gabinetes*”, mas de mobilização social e de lutas populares. Aqui a figura do gabinete aparece como algo pejorativo, em contraposição ao povo e às lutas populares, sendo o símbolo do poder instituído pela burocracia. Retomando Meyer e Rowan (1977), essa evocação funciona como a reativação de um mito institucional, baseado na crença coletiva de que o SUS é uma política pública legitimada pela participação social, pela universalidade e pelo direito à saúde enquanto conquista democrática. Não somente isso, mas este mito fundacional confere legitimidade para a atuação do controle social, cristalizada na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Também funciona como uma contestação direta à gestão da Fhemig, que nesta construção seria a figura do gabinete.

### 7.7. A situação dos trabalhadores

Por fim, em função da presença massiva de sindicatos e entidades de classe, foi manifesta preocupação com os servidores, tanto em função do resultado do edital quanto em relação à ociosidade vivida após a transferência para o HJXXIII.

(44) [...] A gente conversou com profissionais. A insegurança dos servidores... eu não sei como é que os servidores da rede FHEMIG sobrevivem nessa instabilidade permanente. Você nunca sabe, porque não tem regra, não tem legislação estadual que ampare os servidores em caso de terceirização. São linhas de ponta, são pessoas que lidam com o estresse, que lidam com a vida, que lidam com a morte e que são submetidas a um estresse e a uma insegurança de trabalho que eu não sei nem descrever. (ALMG, 2025b - Dep. Beatriz Cerqueira, 19min.)

No fragmento discursivo 44, o segmento “*a gente conversou*” demarca o início de um relato da visão pessoal do sujeito do discurso. Existe uma proposição de ressignificação da terceirização, não a tratando simplesmente como um modelo de gestão, mas sim como fonte de insegurança. Isto fica evidenciado pelo uso dos termos “*insegurança*” e “*instabilidade permanente*” associados à ausência de legislação sobre o tema. Na sequência, busca-se construir empaticamente uma compaixão com os servidores, que são “*linhas de ponta*”, ou seja, assim como no segmento 18, reconhece-se a complexidade de atuar em um hospital. Soma-se a isso a descrição das coisas que os profissionais precisam lidar em seu cotidiano e o

---

<sup>35</sup> Vide o capítulo 3.

percurso semântico constrói um reconhecimento da dor destas pessoas, na mesma medida em que contesta uma de suas causas.

(45) Os servidores, todos permanecerão na rede Fhemig. A gente já conversou com servidores, foi até lá no Amélia Lins, foi em alguns plantões com a equipe do RH, né, para que todo mundo tivesse a oportunidade de escolher o lugar. Não há obrigatoriedade nenhuma de ir pro João XXIII. “Ah, eu não quero ir pro João XXIII.” Tudo bem, né? A rede Fhemig, em Belo Horizonte, [...] ela tem vários hospitais, inclusive o próprio João Paulo II, que tá bem próximo. Então, o servidor não terá perda nenhuma.

No fragmento 45, o sujeito do discurso busca se defender da acusação de que a Fhemig produziu insegurança. Por isso, já inicia com a locução “*Os servidores, todos permanecerão na rede Fhemig*”, que assegura que não haverá demissões. Quando é dito que “*Não há obrigatoriedade nenhuma de ir pro João XXIII*”, também se está buscando tranquilizar as pessoas que eventualmente estão insatisfeitas com esta designação.

Todavia, considera que a possibilidade de escolha e a não demissão são suficientes para tranquilizar os funcionários, o que pode ser um equívoco, já que também existem elementos afetivos nesta equação, haja vista o subcapítulo 7.5.3., que trata deste tema. Assim, a possibilidade de escolha pode não ser suficiente, uma vez que para esses trabalhadores o Hmal é único e insubstituível do ponto de vista afetivo. Neste sentido, este discurso é mais uma manifestação da racionalidade instrumental, que tem como efeito colateral um grau de insensibilidade para fenômenos que escapam à lógica cartesiana (ZWICK *et al.*, 2012).

(46) [...] Nós temos um cirurgião de mão [...] Ele já passou vários plantões com pacientes a serem operados à toa. Não porque ele queira, mas porque é um cirurgião de mão, e fica esperando anestesista, bloco. Lá no Amélia, a produção dele teria sido de duas a três vezes mais do que nesse período em que está no João XXIII. (ALMG, 2025c -Diretor do Sindicato dos Médicos de MG, Cristiano Túlio Maciel de Albuquerque. 1h e 51min)

(47) [...] Infelizmente a gente sofre com uma adversidade diária que é o número de anestesistas escalados.[...] Ele é um profissional que não é estatutário, então ele não tem um vínculo. [...] a tendência nossa é pegar os números e tentar girar o máximo possível os nossos leitos, sendo um hospital essencialmente cirúrgico. Então o número de anestesistas às vezes impacta muito nessa nossa rotatividade. (ALMG, 2025c - Servidora da Fhemig Diana de Andrade Rezende. 1h e 09min.)

(48) [...] o concurso, ao contrário desse recorte em que de 80 anestesistas só cinco aceitaram por uma situação de mercado, os profissionais qualificados que a FHEMIG convocou em nível seis, cento e poucos, 100% aceitaram, porque eles têm um salário digno, eles têm um plano de carreira, 100% aceitaram. (ALMG, 2025c - Diretor do Sindicato dos Médicos de MG, Cristiano Túlio Maciel de Albuquerque. 1h e 51min.)

Existe também uma discussão sobre ociosidade de profissionais, marcada no segmento 46 pelo relato da situação de um cirurgião de mão que não tem condições adequadas para trabalhar. Neste contexto, aparece o tema da falta de anestesistas no bloco do HJXXIII. O sujeito do discurso acaba dizendo que no Hmal esta falta de anestesistas não acontecia. Este percurso semântico produz a ideia de desperdício de tempo e recursos humanos, que para a área da saúde são insumos valiosos. A resposta vem no segmento 47, quando é revelado que de fato existe uma dificuldade constante de arrumar anestesistas. Isto está demarcado pela expressão “*adversidade diária*”, evidenciando que é um problema crônico. Além disso, existe uma justificativa técnica para esta ausência representada pela falta de vínculo formal de trabalho com anestesistas. Nesse sentido, pode-se afirmar que as relações de trabalho que fogem ao padrão estatutário, nesse caso, impõem dificuldades para a gestão de capital humano.

A gestão também apresenta um dado de que, mesmo tentando realizar concursos, existe pouca adesão de anestesistas (ALMG, 2025c). A resposta a isto está no fragmento 48, no qual é prontamente respondido, por meio de uma comparação com outras carreiras profissionais, que o que falta para a efetivação de anestesistas é uma carreira que lhes assegure dignidade. Também é contratado o fracasso de um concurso com o sucesso de outro, apontando para uma relação de causa e efeito entre carreiras mal estruturadas e baixa adesão dos profissionais. Essa é uma correlação que faz sentido e precisa ser investigada por parte da gestão da Fhemig, se quiserem superar a falta de anestesistas.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Concluído todo o percurso de construção da pesquisa proposto, é chegado o momento de proceder a uma avaliação crítica e abrangente, que se estende não apenas aos resultados obtidos, mas também à própria arquitetura da metodologia empregada. Este exercício de autorreflexão é fundamental para conferir a esta pesquisa um grau substancial de transparência e rigor teórico, permitindo uma avaliação dos caminhos percorridos, das escolhas feitas e dos seus desdobramentos. Dessa forma, impõe-se a necessidade de um balanço, que contemple as dimensões do método e do conteúdo, reconhecendo a sua intrínseca interligação.

### **8.1. A metodologia**

Iniciando a reflexão pelo método, essa seção se destina a comentar e tecer ponderações sobre o percurso metodológico utilizado, observando seu desenho e implementação.

Sobre o objetivo de “Levantar informações sobre a situação em que o Hmal se encontra, descrevendo o conflito posto em relação à sua transferência de gestão”, foi estabelecida como estratégia principal a busca de reportagens de jornal, tendo como primeiro critério o tema e como segundo critério o veículo de notícia referente a cada publicação. Considera-se que esta etapa foi essencial para que se pudesse entender melhor a questão em torno do Hospital Maria Amélia Lins, já que os principais elementos da contenda estavam enunciados na mídia. Dito de outra forma, sem essa etapa, seria muito difícil entender o que foi debatido nas audiências públicas.

Isto posto, existem desafios que são inerentes a esta abordagem, como, por exemplo, lidar com veículos de imprensa que não fazem a apuração dos fatos. Por isso, privilegiou-se canais oficiais de governo, entendendo que existe um compromisso da administração pública com a transparência e veracidade dos fatos, além de jornais com maior credibilidade. Ainda assim, esses conteúdos não dão conta de reconstruir todo o cenário, entendendo que existem documentos e episódios que, muitas vezes, acabam não virando notícia, seja por escolha editorial, política ou mesmo por serem sigilosos. Dentro do possível, buscou-se preencher as lacunas geradas com outros documentos, citados nas audiências ou presentes em

sites confiáveis. Entretanto, se tivesse sido realizada uma solicitação dos documentos via Lei de Acesso à Informação (LAI), a verificação de alguns fatos poderia ter sido facilitada. De todo modo, ao final, considera-se que o panorama desenhado foi suficiente para subsidiar a análise de discurso, o que era o previsto.

O segundo objetivo foi o de “Aprimorar a compreensão teórica sobre a literatura de reforma administrativa e das modalidades de terceirização, buscando identificar e apresentar elementos-chave para o estudo proposto”. Entendendo que a estratégia buscava facilitar a compreensão do que orienta a adoção da terceirização enquanto elemento de gestão, conclui-se que este objetivo também foi cumprido. Isso porque foram evidenciados os principais elementos do PDRAE, além da sua influência teórica fortemente orientada pela NPM. Os textos selecionados previamente serviram para subsidiar os entendimentos básicos do tema, contribuindo com a análise de discurso.

Na sequência, o terceiro objetivo era “Captar, com base na literatura, reflexões sobre a transferência da gestão nos serviços públicos de saúde, priorizando o recorte da gestão hospitalar”. Foi arquitetada uma revisão bibliográfica do tema, entendendo que era necessário localizar autores, uma vez que não é um campo que tem autores tão populares quanto os da reforma administrativa, por exemplo.

Esta revisão bibliográfica permitiu que fossem encontrados os textos que correlacionam a gestão hospitalar no Brasil com as práticas de terceirização. Todavia, uma observação que pode ser feita é que o levantamento de teses e dissertações foi realizado antes dos periódicos, com uma diferença considerável de tempo. Com isso, uma das revisões foi feita tendo um amadurecimento maior da pesquisa que a outra, o que ajuda a explicar a quantidade muito maior de teses e dissertações selecionadas. Quando a metodologia foi aplicada aos artigos, o momento da pesquisa já permitia uma maior noção de quais textos se encaixariam e quais não. Assim, para fins de registro e como orientação para próximos trabalhos, é importante levar em consideração esta questão temporal para um bom planejamento de atividades.

Por último, sobre a operacionalização da AD, cabe iniciar a avaliação pensando que é muito difícil esgotar todos os elementos da audiência. Isso porque são praticamente 12 horas de audiência, nas quais as pessoas se pronunciam entre 60 ou 70 vezes (elas se repetem, mas cada fala é uma fala e também depende do

que se considera pronunciamento). Dessa forma, o volume de conteúdo é demasiadamente grande para uma análise que busca entender cada discurso em sua completude.

De forma complementar, dentro dessa situação, surge um outro grande problema, que é selecionar as falas, sendo todas elas relevantes para a discussão. Para isso optou-se por identificar os grandes temas do debate e classificar os discursos dentro deles. Posteriormente, os discursos foram segmentados e organizados de forma a compor uma narrativa em comum a todos eles. Entendeu-se que organizar os discursos era essencial para conseguir enxergá-los analiticamente. Do contrário, se estabeleceria um impasse e uma dificuldade grande de escolha. Concomitantemente, foi cumprida a tarefa de transcrever as falas para que elas pudessem ser analisadas.

## **8.2. O conteúdo**

Partindo para uma reflexão sobre o conteúdo produzido, o referencial teórico foi organizado pensando em facilitar a AD, atividade central da pesquisa. Por esse motivo, os capítulos foram organizados em uma espécie de afunilamento, começando dos aspectos mais gerais até chegar nas particularidades do caso Hmal.

O capítulo 3 apresenta os principais aspectos históricos e legais da estruturação do SUS, entendendo que ambos são importantes para entender o contexto sócio-histórico que garantiu a formação dele, bem como os elementos que lhe dão sustentabilidade.

Inicialmente, apresentaram-se as limitações históricas que marcaram a trajetória da saúde pública no Brasil. As primeiras intervenções estatais, ainda no século XIX, ocorreram em um cenário dominado pela filantropia, exemplificada pelas Santas Casas de Misericórdia, e por uma medicina privada voltada às elites, o que expressava de forma clara a profunda desigualdade social do país. No início do século XX, o sistema passa a se estruturar gradualmente com a criação de instituições de pesquisa, como os Institutos Soroterápicos, e com a formação de um modelo de seguridade social segmentado por categorias profissionais, materializado nos IAPs. A partir da década de 1960, consolida-se o modelo do INPS e, posteriormente, do Inamps, marcado por intensa mercantilização, com o Estado ampliando a contratação de serviços privados e mantendo um sistema excludente

em que o acesso dependia do vínculo empregatício ou da capacidade de pagamento. O financiamento público insuficiente e a ineficiência administrativa agravavam ainda mais as desigualdades (KIRST & DARSIE, 2022; SOUZA, 2002; BULCÃO & SANTINI, 2024).

Esse conjunto de condicionantes históricos e institucionais conformou o caldo político e cultural que, em última instância, possibilitou a criação do SUS, reconhecido como um dos sistemas de saúde pública mais abrangentes e ambiciosos do mundo.

Além disso, apresentam-se os principais marcos regulatórios do SUS (CONASS, 2015), a saber: a Constituição Federal de 1988, que institui a saúde como direito de todos e dever do Estado; a Lei 8.080/1990, que define a organização e operacionalização das ações e serviços de saúde; a Lei 8.142/1990, que regulamenta a participação social e o financiamento; e a Lei Complementar 141/2012, que detalha os critérios de financiamento, aplicação de recursos e mecanismos de fiscalização. Esses marcos estabelecem as bases legais, organizacionais e financeiras que orientam a estruturação e o funcionamento do sistema.

Estes dois itens acabam representando uma espécie de base comum da discussão apresentada nas audiências, na medida em que ambos os atores (e o Hmal) estão subordinados ao sistema em suas atuações. Neste sentido, cada um à sua maneira, todos os atores precisaram dialogar com o SUS e o que ele representa em termos de proposta e de estruturação lógica. Claro, alguns sujeitos acabam recorrendo a esses significantes com mais frequência que outros, o que também ajuda a entender as várias formas de subjetivação que estão presentes em uma mesma proposta de política pública.

Já o capítulo 4 examina a conformação histórica da burocracia brasileira e delimita as condições que permitiram a incorporação das práticas de terceirização na administração pública. Argumenta-se que há um conflito ideológico estruturante entre a Reforma Bresser e a Constituição de 1988. Enquanto a CF/88, incluindo a proposição do SUS, instituiu um projeto de Estado social inspirado no modelo de *welfare state*, que atribui ao próprio Estado a prestação direta e universal de serviços como saúde e educação, a Reforma Gerencial, influenciada pelo neoliberalismo, propôs um Estado mais enxuto e orientado à eficiência, defendendo a terceirização e a transferência da execução de serviços para o setor privado.

Buscou-se introduzir essa contradição como constituinte de diversas disputas sobre a forma de provisão de políticas públicas, incluindo aquelas que envolvem o Hmal (BRESSER- PEREIRA, 1998; BRESSER- PEREIRA, 2011; ABRUCIO *et al.*, 2010; BEHRING, 2008).

Com o capítulo 5, havia a pretensão de apresentar as ferramentas mais populares da terceirização, com destaque para PPP e OSS, que representam um marco na discussão sobre novas modelagens de prestação de serviço público de saúde. Foram destacados alguns dos elementos centrais e destacada a relevância do contrato de gestão enquanto mediador da regulação por parte do Estado.

Estes dois capítulos, organizaram uma espécie de racionalidade que perpassa tanto a reforma quanto os instrumentos de terceirização que dela derivam. Por outra perspectiva, de certa forma, é a própria racionalidade burocrática que é apresentada. Assim, a partir desta leitura, foi possível se aproximar dos pressupostos que condicionam a administração pública contemporânea.

O capítulo 6 buscou apresentar o panorama da rede Fhemig, bem como as novas propostas para a conjuntura mineira, tentando situar o Hmal dentro desta construção. Evidentemente, a aproximação com o objeto dos debates foi de suma importância para entender o contexto prático de formulação dos discursos.

Finalmente, no capítulo 7 está a AD. Os cinco temas centrais identificados foram contemplados pela análise, sendo o momento de apresentar as principais impressões sobre cada um deles.

Primeiro, sobre a superlotação do HJXXIII, as evidências demonstram que ela realmente existe. A própria gestão da Fhemig reconhece o problema, e o relatório da visita técnica confirma o que os trabalhadores e a oposição vêm dizendo (fragmentos 04, 05, 06 e 12). Com isso, fica claro que há um cenário concreto de desassistência que precisa ser enfrentado (MINAS GERAIS, 2025d; ALMG, 2025a).

As discordâncias começam quando se tenta explicar por que essa crise ocorreu. De um lado, a oposição vê o fechamento do Hmal como a causa direta e evidente da sobrecarga no HJXXIII (07, 08, 11). De outro, a gestão tenta afastar essa interpretação. Ela diz que a lotação é pontual, que vem de fatores como sazonalidade ou crise respiratória aguda, e argumenta que o fechamento do bloco cirúrgico foi uma decisão inevitável, tomada por conta da quebra dos equipamentos e em nome da segurança dos pacientes. Nessa visão, a mudança não seria uma

perda, mas uma reorganização que até aumentou a eficiência do sistema (fragmentos 13, 14 e 15).

O impasse cresce quando aparecem dois elementos importantes: o parecer da Prefeitura de Belo Horizonte, que afirma que o fechamento do Hmal não impactou a rede, questão apresentada no fragmento 16, e a denúncia de subnotificação de dados, apontada no fragmento 21. Se o depoimento da enfermeira Gisele se confirmar, os dados usados pela prefeitura não refletem a situação real, todo o diagnóstico pode estar distorcido, o que invalida qualquer afirmação quantitativa da Fhemig. Contudo, os dados têm servido de reforço para o posicionamento da gestão, que conta com o aval da PBH até então (ALMG, 2025d). Além disso, gestão e oposição apresentam números diferentes para defender seus argumentos, o que complexifica ainda mais a discussão. Diante disso, a única forma responsável de resolver a dúvida é por meio de uma apuração independente dos dados, para que, assim, seja possível trabalhar com dados que possuam alguma confiabilidade.

Quanto aos relatos dos trabalhadores (fragmento 44; MINAS GERAIS, 2025d), não há motivo para duvidar da veracidade do sofrimento descrito. São depoimentos diretos, que apontam estresse, insegurança e condições difíceis de trabalho. Além disso, a visita técnica corrobora com a versão dos servidores do HJXXIII. Cabe à gestão de pessoas da Fhemig acolher essas queixas e tratar o problema com seriedade. É dever da instituição zelar pela saúde seus trabalhadores, seja observando a partir da relação de trabalho ou dos princípios do SUS.

Também ficou claro que a falta crônica de anestesistas é um problema real e antigo (fragmentos 46, 47 e 48). A Fhemig não tem conseguido resolver essa questão de forma estruturada, e já há manifestações de sindicatos sobre a necessidade de rever a carreira para torná-la mais atrativa. Sem isso, o problema tende a continuar, já que o anestesista é um profissional de alta qualificação e alta demanda no mercado de trabalho. A incapacidade de estruturar uma carreira atrativa e condizente com o mercado de trabalho deve ser encarada com uma disfunção da gestão e não como uma situação do mercado de trabalho.

Sobre a mudança de gestão e de perfil assistencial do Hmal, fica evidente que parte da oposição teve dificuldades para compreender o conteúdo do edital. Houve confusões entre concessão, cessão, privatização e OS, o que reforçou os

conflitos e atrapalhou o debate (fragmento 37; FHEMIG, 2025b). Mesmo assim, as críticas expressam preocupações legítimas sobre o papel do Estado e sobre o futuro do SUS. Além do mais, mudança proposta pela gestão foi muito abrupta, o que contribuiu para a confusão. Em um curto espaço de tempo, o hospital esteve fechado, propôs-se a mudança de gestão e de perfil assistencial. Considerando que as organizações são complexas, mudanças tão intensas assim tendem a sofrer resistência. Neste sentido, faltou estratégia para gerir a transição (isso se for considerada a boa-fé), o que foi outra falha da gestão. Esse movimento brusco desconsiderou também o impacto emocional que a decisão iria provocar nas pessoas, o que pode ser entendido como outro tropeço, para além da possibilidade da desassistência.

Sobre a proposta, a Fhemig tinha a autoridade para realizá-la, então, quanto a isto, não tem muito o que se discutir. Todavia, a preocupação expressa no fragmento 40 deve ser encarada com atenção. O ato administrativo da cessão de uso pode estar sendo empregado de fato para que não se precise percorrer todo o trâmite do contrato de gestão, que é mais burocrático. Nesse sentido, cabe lembrar que o termo de cessão estabelece um vínculo mais frágil entre as partes — que o direito chama de precário —, podendo ser rompido unilateralmente pelas partes (DI PIETRO, 2023). No capítulo 5, foi discutida a relevância do contrato de gestão como mediador do sucesso de qualquer tipo de parceria. Ao optar por um ato administrativo que não produz contrato, a Fhemig compromete a própria capacidade de intervenção no hospital, o que pode dificultar o cumprimento do interesse público. Desta forma, o destino do Hmal fica apoiado em bases menos sólidas, o que pode desencadear novos problemas no futuro. Isto, claro, se o edital for concluído.

No tema da legitimidade (MEYER & ROWAN, 1977; HABERMAS, 1997), aparece uma divisão clara entre as estratégias adotadas. A oposição fundamenta suas posições na defesa do SUS, dos direitos constitucionais, no contato humanizado e na valorização simbólica e afetiva do Hmal, construindo um referencial humanitário para as suas posições (fragmentos 25, 26, 27, 28, 29, 30 e 31). A gestão da Fhemig, por outro lado, baseia sua defesa na racionalidade técnica, na eficiência e na transparência administrativa (fragmentos 32 e 33). Cada lado usa os recursos que dispõe para validar sua narrativa, e por isso não é possível dizer que exista um “vencedor” nesse debate. O que fica evidente é que a disputa é

profunda e envolve visões diferentes sobre como o Estado deve atuar na saúde, e em perspectivas sobre os modelos de Administração Pública a serem adotados.

Uma coisa que chama a atenção que embora a Fhemig trabalhe com a eficiência enquanto mito organizacional (MEYER & ROWAN, 1977) que dá sentido às práticas cotidianas, as contradições apresentadas ao longo das audiências acabam evidenciando disfunções burocráticas e decisões que não se justificam, como é o caso da escolha da cessão de uso com instrumento jurídico. Assim, a despeito de dar significado para a rotina da organização, existem incongruências na gestão.

E, apesar de tudo, um ponto permanece incontornável: quem mais sofre com essa disputa é a população, que já enfrenta há muito tempo desassistência e violação de direitos. Embora esta pesquisa não tenha a capacidade de apontar culpados, é razoável afirmar que a Fhemig e a SES-MG, enquanto responsáveis pelos hospitais e pela coordenação da política no território, têm a responsabilidade de corrigir o problema e garantir o atendimento adequado, ainda que a superlotação não seja causada apenas pela absorção das cirurgias do Hmal.

Por fim, ressaltamos que esse é um trabalho que, longe de fechar a discussão proposta, tem uma grande potencialidade de abrir questões para a reflexão e o debate, considerando também as lacunas apresentadas neste estudo, que possui suas limitações. Neste sentido, apontamos que esse é um debate que é marcado por muitas possibilidades para futuros estudos e aprofundamento acerca do tema. Como vimos, o debate acerca da terceirização na Administração Pública é permeado por diversas questões, que atravessam desde os elementos impostos pelo Direito Administrativo, até mesmo a estruturação da Administração Pública Brasileira e os diversos arranjos federativos que marcam as diferentes políticas públicas no país, em especial quando tratamos do SUS. Avançar sobre os discursos que atravessam essas construções, nos parece que pode ser um campo com potencial de desenvolvimento, compreendendo ser uma ferramenta metodológica que contribui com a necessidade de entender os processos de reformas e adoção de novos modelos na Administração Pública em seu caráter contingencial e incremental.

Além disso, os elementos apresentados na relação com os trabalhadores dos hospitais, nos parecem ter muito potencial para um diálogo mais próximo com as

teorias que envolvem o debate com a burocracia de nível de rua e de médio escalão, que não foi possível de ser abordado neste trabalho.

## REFERÊNCIAS

ABALEN, Isabela (2025a). Hospital de PPP: Consórcio Saúde Hope vence leilão e vai construir, equipar e operar complexo. **O Tempo**, 19 set. 2025a. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/cidades/2025/9/19/hospital-de-ppp-consorcio-saude-hop-e-vence-leilao-e-vai-construir-equipar-e-operar-complexo>. Acesso em: 19 nov. 2025.

ABALEN, Isabela (2025b). Estado aciona plano de contingência devido à superlotação no João XXIII: "Alta demanda". **O Tempo**, Belo Horizonte, 25 abr. 2025b. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/cidades/2025/4/25/estado-aciona-plano-de-contingencia-devido-a-superlotacao-no-joao-xxiii-alta-demanda>. Acesso em: 6 nov. 2025.

ABREU, Fernanda Danielle Dias. **O papel dos atores na formulação da política de descentralização da gestão das unidades assistenciais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig)**. 2022. 106 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública) — Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2022. Orientador: Prof. Me. Marcos Arcanjo de Assis.

ABRUCIO, Fernando Luiz; PEDROTI, Paula; PÓ, Marcos Vinícius. A formação da burocracia brasileira. In: LOUREIRO, Maria Rita; ABRUCIO, Fernando Luiz; PACHECO, Regina Silvia (orgs.). **Burocracia e Política no Brasil: desafios para a ordem democrática no século XXI**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. p. 27–70.

ALMEIDA JR., Mansueto; LISBOA, Marcos de Barros; PESSOA, Samuel. O ajuste inevitável: ou o país que ficou velho antes de se tornar desenvolvido. [S.l.: s.n.], Jul. 2015.

ANDRADE, L. R. DE., & PINTO, I. C. DE M.. Parceria público-privada na gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde da Bahia, Brasil. 2022. **Cadernos De Saúde Pública**, 2022.

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, 2018. 328p.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948. Paris, 1948.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MINAS (ALMG) (2025a). **Comissão de Direitos Humanos**. Reunião realizada em 19 mar. 2025, às 16:00. Belo Horizonte, 2025a. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/comissoes/reuniao/?idCom=8&idTipo=2&dia=19&mes=03&ano=2025&hr=16:00>. Acesso em: 19 nov. 2025.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MINAS (ALMG) (2025b). **Comissão de Administração Pública**. Reunião realizada em 1 abr. 2025, às 16:00. Belo Horizonte, 2025b. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/comissoes/reuniao/?idTipo=2&idCom=1&dia=01&mes=04&ano=2025&hr=16:00>. Acesso em: 19 nov. 2025.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MINAS (ALMG) (2025c). **Comissão de Direitos Humanos**. Reunião realizada em 16 jun. 2025, às 10:00. Belo Horizonte, 2025c. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/comissoes/reuniao/?idCom=8&idTipo=2&dia=16&mes=06&ano=2025&hr=10:00>. Acesso em: 19 nov. 2025.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (ALMG) (2025d). **Comissão de Direitos Humanos**. 20ª Reunião Extraordinária – 16 jun. 2025. Belo Horizonte: ALMG, 2025d. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/comissoes/direitos-humanos/8/reuniao/2/2025-06-16/10:00>. Acesso em: 15 nov. 2025.

ATHAYDE, Luiz Antônio; GUSMÃO, Gustavo; SILVA, Marco Aurélio de Barcelos. Parcerias Público-Privadas. In: VILHENA, Renata; MARTINS, Humberto Falcão; MARINI, Caio; GUIMARÃES, Tadeu Barreto (org.). **O choque de gestão em Minas Gerais: políticas da gestão pública para o desenvolvimento**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

BAHIA, L.. (2018). Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, 34(7), e00067218. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00067218>

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Curso de direito administrativo**. 33. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2016.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BLEICHER, L., & BLEICHER, T. Esse tal de SUS. In: **Saúde para todos, já!**. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 15-40. ISBN 978-85-232-2005-1. <https://doi.org/10.7476/9788523220051.0003>.

BLYTH, Mark. **Austeridade: a história de uma ideia perigosa**. Tradução de José Antônio Freitas e Silva. São Paulo: Autonomia Literária, 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 27 out. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p.1.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 maio 2000. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm). Acesso em: 23 out. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, 1995.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 47, n. 1, p. 7–39, jan./abr. 1996. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/702>. Acesso em: 4 maio 2025.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter Kevin (orgs.). **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2007. ISBN 978-85-225-1053-5.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2011.

BRETTAS, Tatiana. Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 17, n. 34, p. 53-76, jul./dez. 2017. DOI: 10.22422/2238-1856.2017v17n34p53-76.

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

CABRAL, Maíra. Ministério Público convoca Fhemig a prestar esclarecimento sobre fechamento de bloco cirúrgico do Hospital Maria Amélia Lins. **g1 Minas**, Belo Horizonte, 10 jan. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/minas-gerais/noticia/2025/01/10/ministerio-publico-convoca-fhemig-a-prestar-esclarecimento-sobre-fechamento-de-bloco-cirurgico-do-hospital-maria-amelia-lins.ghtml>. Acesso em: 16 out. 2025.

CARNEIRO, Alexandre. Hospital Maria Amélia Lins segue sem bloco cirúrgico; servidores protestam. **Estado de Minas**, 5 ago. 2025. Disponível em: <https://www.em.com.br/gerais/2025/08/7219059-hospital-maria-amelia-lins-segue-sem-bloco-cirurgico-servidores-protestam.html>. Acesso em: 19 nov. 2025.

CARNEIRO, Ricardo; BRASIL, Flávia de Paula Duque. O papel do Estado e as reformas na Administração Pública: da Constituição Federal de 1988 ao contexto pós-pandemia. **Textos para Discussão**, n. 49. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. 62 p..

CARNEIRO, Ricardo; MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Gestão pública no século XXI: as reformas pendentes. 2011. **TEXTO PARA DISCUSSÃO 1686**.

Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1066/1/td\\_1686.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1066/1/td_1686.pdf)  
Acesso em: 22 maio 2025.

CARVALHO NETO, A. M. de .. (1997). O Estado Concorrencial e as mudanças na natureza do trabalho no setor público. **Revista De Administração Contemporânea**, 1(2), 24–35. <https://doi.org/10.1590/S1415-65551997000200003>

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**, 2008.

CAVALCANTE, Livia Teixeira Canuto e OLIVEIRA, Adélia Augusta Souto de. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. **Psicologia em Revista**. (Belo Horizonte) [online]. 2020, vol.26, n.1, pp.83-102. ISSN 1677-1168. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p82-100>.

CONASS. A gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**, 1. ed. 133 p.. ISBN 978-85-8071-027-4.

COSTA, M. A. B., & TOLEDO, J. C. de .. (2016). Análise dos modelos e atividades do pré-desenvolvimento: revisão bibliográfica sistemática. **Gestão & Produção**, 23(4), 704–717. <https://doi.org/10.1590/0104-530X1888-15>

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 36. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2023.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na Administração Pública**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2011. ISBN 978-8522462940..

DOMINGUES, L. B., MAGALHÃES, B. D., ALMEIDA, G. H. C. de.; BRASIL, F. de P. D.. (2025). Disputas discursivas no âmbito da mobilidade urbana: o caso da “tarifa zero” em Belo Horizonte. **Urbe. Revista Brasileira De Gestão Urbana**, 17, e20240014. <https://doi.org/10.1590/2175-3369.016.e20240014>

DRUCK, Graça; SENA, Jeovana; PINTO, Marina Morena; ARAÚJO, Sâmia. A terceirização no serviço público: particularidades e implicações. In: CAMPOS, André Gambier (org.). **Terceirização do trabalho no Brasil: novas e distintas perspectivas para o debate**. Brasília: Ipea, 2018, p. 113-142.

ENAP. **Mapa da contratualização de serviços públicos no Brasil**. Brasília: ENAP, 2021. 255 p. ISBN 978-65-87791-10-4.

ESCOREL, S. Contexto: o sistema nacional de saúde. In: **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. ISBN 978-857541-361-6

EVANS, Peter. **Análise do Estado no mundo neoliberal: uma abordagem institucional comparativa**. São Paulo: Editora UNESP, 1995.

Fischer, T. Administração pública como área de conhecimento e ensino: a trajetória brasileira. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 278–288, out./dez. 1984.

FLECK, Amaro. O que é neoliberalismo?: o conceito e a experiência histórica brasileira. 2021. **História FM**. Disponível em: Acesso em: <https://leituraobrigahistoria.com/podcast/o-que-e-neoliberalismo-o-conceito-e-a-experiencia-historica-brasileira/> 22 maio 2025.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG) (2025a). Sobre o órgão. **Fhemig**, 2025a. Disponível em: <https://www.Fhemig.mg.gov.br/sobre-o-orgao>. Acesso em: 22 maio 2025.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG) (2025b). Resposta ao Pedido de Impugnação de 19/03/2025 referente ao Edital FHEMIG/HMAL nº 01/2025. Belo Horizonte, 21 mar. 2025b. 11 p. (Processo SEI nº 2270.01.0005798/2025-25).

FURTADO, Madeline Rocha; FURTADO, Monique Rafaella Rocha; VIEIRA, Antonieta Pereira; VIEIRA, Henrique Pereira. Gestão de contratos de terceirização na Administração Pública: teoria e prática. 8. ed., **rev. e ampl.** Belo Horizonte: Fórum, 2023. 936 p. ISBN 978 65 5518 469 3.

GREGOLIN, Maria R. V. **A análise do discurso: conceitos e aplicações**. Alfa, São Paulo, v.39, p.13-21, 1995.

GUTIERREZ, Gustavo Luis; ALMEIDA, Marco Antonio Bettine de. Teoria da Ação Comunicativa (Habermas): estrutura, fundamentos e implicações do modelo. **Veritas**, Porto Alegre, v. 58, n. 1, p. 151-173, jan./abr. 2013.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. v. 1. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

HADDAD, Bernardo. Maria Amélia Lins: consórcio assume gestão e reabertura de bloco cirúrgico está próxima, diz Estado. **Hoje em Dia**, Belo Horizonte, 2 abr. 2025b. Disponível em: <https://www.hojeemdia.com.br/minas/maria-amelia-lins-consorcio-assume-gest-o-e-r-eabertura-de-bloco-cirurgico-esta-proxima-diz-estado-1.1060057>. Acesso em: 20 out. 2025.

HARVEY, David. **O Neoliberalismo: História e Implicações**. São Paulo: Loyola, 2008.

IBAÑEZ, N., & VECINA NETO, G... Modelos de gestão e o SUS. 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007.

KETTL, Donald F. A revolução global: reforma da administração do setor público. In: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser-Pereira; SPINK, Peter (orgs.). 1998. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

KIRST, Carina; DARSIE, Camilo. Notas sobre a saúde pública, a saúde coletiva e o estabelecimento e funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Asklepion: Informação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 91-112, out. 2021/mar. 2022. Disponível sob licença Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0).

LEMOS, Carolina; BARBOSA, Adriana; ROCHA, Felipe; ALCOFORADO, Flávio. Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP. In: VILHENA, Renata; MARTINS, Humberto Falcão; MARINI, Caio; GUIMARÃES, Tadeu Barreto (org.). **O choque de gestão em Minas Gerais: políticas da gestão pública para o desenvolvimento**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

LIMA, Francisco Meton Marques de; LIMA, Francisco Péricles Rodrigues Marques de. **Terceirização total: entenda ponto por ponto**. 2. ed. São Paulo: LTr, 2019. 104 p. ISBN 978 85 361 9507 0

MAINGUENEAU, Dominique. A análise do discurso e suas fronteiras. **Matraga**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 20, p. 13–37, jan./jun. 2007.

MAINGUENEAU, Dominique. Análise de discurso: a questão dos fundamentos. **Cadernos de Estudos Linguísticos**, Campinas, n. 19, p. 65–74, jul./dez. 1990.

MEYER, John W.; ROWAN, Brian. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, v. 83, n. 2, p. 340-363, 1977.

MINAS GERAIS (2023a). Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, 17 jan. 2023a.

Disponível em:

<https://www.mg.gov.br/planejamento/pagina/planejamento-e-orcamento/plano-mineiro-o-de-desenvolvimento-integrado-pmdi/plano-mineiro-de>. Acesso em: 18 jun. 2025

MINAS GERAIS (2023b). Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG): revisão 2023b. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, jan. 2025.

MINAS GERAIS (2025a). Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Edital FHEMIG/HMAL n.º 01/2025: Edital de chamamento público para seleção de pessoa jurídica de direito público ou de direito privado sem fins lucrativos com atuação na saúde para cessão ou permissão gratuita de uso de imóvel e doação de bens móveis. Belo Horizonte: FHEMIG, 2025a. 24 p.

MINAS GERAIS (2025b). Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Ação civil pública com pedido de tutela de urgência contra a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG e o Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde, 2025b. 113 p.

MINAS GERAIS (2025c). Assembleia Legislativa. Agenda. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/comunicacao/agenda/>. Acesso em: 16 out. 2025c.

MINAS GERAIS (2025d). Assembleia Legislativa. **Diário do Legislativo**. Belo Horizonte, 24 abr. 2025d. Disponível em: <https://diariolegislativo.almg.gov.br/2025/L20250424.pdf?>. Acesso em: 1 out. 2025.

MINAS GERAIS (2025e). **Conselho Estadual de Saúde**. Resolução CES-MG n.º 166, de 12 de março de 2025e. Dispõe sobre a suspensão do Edital FHEMIG/HMAL n.º 01/2025, aprovada na 602.ª reunião. Processo n.º 1320.01.0080412/2024-16/2025. Belo Horizonte, 12 mar. 2025.

MINAS GERAIS (2025f). **Assembleia Legislativa**. Gabinete da Deputada Beatriz Cerqueira. Impugnação ao Edital FHEMIG/HMAL nº 01/2025. Belo Horizonte, 19 mar. 2025f. 18 p.

MINAS GERAIS (2025g). Tribunal de Justiça. Ata da Sessão – 3º GAVIP/CEJUSC Saúde, processo nº 2000197-10.2025.8.13.0000. Audiência realizada em 15 maio 2025, às 17h, por videoconferência (Cisco Webex). Conciliador: Desembargador Paulo Mendes Álvares. Belo Horizonte: TJMG, 2025g. Documento eletrônico, assinado digitalmente. Código verificador: 22759823.

MINAS GERAIS. **Assembleia Legislativa**. Projeto de Lei nº 2.127, de 2024. Institui o Serviço Social Autônomo de Gestão Hospitalar. Belo Horizonte, 2024.

MINAS GERAIS. Decreto nº 47.852, de 28 de fevereiro de 2020. Contém o Estatuto da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig). **Assembleia Legislativa**, 2020. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/DEC/47852/2020/>. Acesso em: 22 maio 2025.

MINAS GERAIS. **Lei nº 11.745, de 16 de janeiro de 1995**. Disciplina a realização de audiências públicas regionais, nos termos do § 5º e seguintes do art. 157 da Constituição do Estado. *Diário do Executivo*, Belo Horizonte, 17 jan. 1995. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=11745&ano=1995>. Acesso em: 19 dez. 2025.

OLIVEIRA, Janaína de. Secretaria de Estado de Saúde e Fhemig lançam projeto do novo Hospital Maria Amélia Lins. **Fhemig**, Belo Horizonte, 7 mar. 2025. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/sala-de-imprensa/noticias-sala-imprensa/3105-secretaria-de-estado-de-saude-e-fhemig-lancam-projeto-do-novo-hospital-maria-amelia-lins>. Acesso em: 16 out. 2025.

ORLANDI, Eni P. **Análise de discurso – princípios e procedimentos**. Campinas - SP: Pontes, 1999.

PAIM J.S. O que é o SUS?. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p. (**Coleção Temas em Saúde**).

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: **MedBook**, 2014.

PELATIERI, Patrícia; MARCOLINO, Adriana; HORIE, Leandro; COSTA, Luís Augusto Ribeiro; CAMARGOS, Regina Coeli. As desigualdades entre trabalhadores terceirizados e diretamente contratados: análise a partir dos resultados de negociações coletivas de categorias selecionadas. In: CAMPOS, André Gambier (org.). **Terceirização do trabalho no Brasil: novas e distintas perspectivas para o debate**. Brasília: Ipea, 2018, p. 33-75.

PENA, Mateus Augusto. Pacientes relatam sofrimento em espera por cirurgia após fechamento de bloco no HMAL: “comer, beber e sentir dor 24 horas”. **O Tempo**, 5

ago. 2025. Disponível em:  
<https://www.otempo.com.br/cidades/2025/8/5/pacientes-reclamam-de-fechamento-do-bloco-cirurgico-do-hmal-comer-beber-e-sentir-dor-24-horas>. Acesso em: 19 nov. 2025.

PEREIRA, B. A. D., CKAGNAZAROFF, I. B.. (2021). Contribuições para a consolidação da New Public Governance: identificação das dimensões para sua análise. **Cadernos EBAPE.BR**, 19(1), 111–122.  
<https://doi.org/10.1590/1679-395120200104>. Acesso em: 4 maio 2025

PINEDA, Andréa Martini; MACHADO, João Guilherme Rocha. Virada argumentativa e análise de discurso em políticas públicas: o I PND. **Boletim de Políticas Públicas/OIPP**, n. 13, maio 2021. ISSN 2675-9934. Disponível em:  
<https://repositorio.fgv.br/handle/10438/31155>. Acesso em: 22 maio 2025.

PINEDA, Andréa Martini; MACHADO, João Guilherme Rocha. Virada Argumentativa e Análise de Discurso em políticas Públicas: O I PND1. **Boletim de Políticas Públicas/OIPP. Nº13 maio/2021**. Disponível em:  
Pineda\_Machado\_maio\_2021-1.pdf. Acesso em: 16 de junho de 2025.

PRZEWORSKI, Adam. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva principal–agente. In: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser-Pereira; SPINK, Peter (orgs.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 43–70.

REIS, M. C., & COELHO, T. C. B.. (2018). Publicização da gestão hospitalar no SUS: reemergência das Organizações Sociais de Saúde. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, 28(4). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280419>

SAMPAIO, José Adércio Leite; FURBINO, Meire. Neoliberalismo e a crise da saúde pública: privatização, desigualdade e a busca pela eficiência. **Opinião Jurídica**, v. 24, n. 51, 2024. Recebido em: 1 nov. 2024. Aprovado em: 20 nov. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.22395/ojum.v24n51a5032>. Acesso em: 19 nov. 2025.

SAMPAIO, R., & MANCINI, M.. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, 11(1), 83–89. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>

SARAIVA, L. A. S. **Mercantilização da cultura e dinâmica simbólica local: a indústria cultural em Itabira**, Minas Gerais. 2009. 333 f. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SARAIVA, Luiz Alex Silva; SILVA, Matheus Arcelo Fernandes. Análise estruturalista do discurso e histórias de vida: encontros e desencontros. In: SARAIVA, Luiz Alex Silva; BATINGA, Georgiana Luna (Orgs.). **Discursos e organizações**. Porto Alegre: Editora Fi, 2022. p. 305–329.

SCHWARCZ, Lilia Moritz e STARLING, Heloisa Maria Murgel. **Brasil: uma biografia**. São Paulo: Companhia das Letras. Acesso em: 21 out. 2025. 2015.

SECCHI, L. 2010. **Políticas Públicas - Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos**. São Paulo - Cengage Learning

SERRANO, Amanda. Bloco cirúrgico de hospital em BH é fechado após paciente supostamente quebrar o cilindro de nitrogênio. **BHAZ**, 8 jan. 2025. Disponível em: <https://bhaz.com.br/noticias/bh/bloco-cirurgico-hospital-bh-fechado/>. BHAZ. Acesso em: 19 nov. 2025

SILVA, Jean. Manifestação em BH pede manutenção do Hospital Maria Amélia Lins e rejeita privatização de Zema. **Brasil de Fato**, 25 mar. 2025. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2025/03/25/manifestacao-em-bh-pede-manutencao-do-hospital-maria-amelia-lins-e-rejeita-privatizacao-de-zema/>. Acesso em: 22 maio 2025.

SILVA, Matheus Arcelo Fernandes da. **“A carne mais barata do mercado é a carne negra?”: um estudo com histórias de vida de trabalhadores industriais negros**. 2018. Dissertação (Mestrado em Administração) — Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

SINGULANO, Y. L., CASTELARI, M. C. F., & EMMENDOERFER, M. L.. (2022). Terceirização de Serviços Públicos: Reflexões de um Metaestudo. **Revista Direito E Práxis**, 13(2), 1041–1073. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/54155>

SOARES, Gabriella Barreto; TURINO, Fabiana; FERNANDES, Lorena Estevam Martins; CASTRO, Gabriella Bigossi de; EMERICH, Tatiana Breder; SODRÉ, Francis. Organizações Sociais de Saúde na mídia: uma análise de notícias em grandes veículos de imprensa (2008-2016). **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 893-912, out./dez. 2022. Disponível em: <[www.reciis.icict.fiocruz.br](http://www.reciis.icict.fiocruz.br)>. e-ISSN 1981-6278.

SOUZA, N. M. e. (1994). Reforma administrativa no Brasil: um debate interminável. **Revista de Administração Pública**, 28(1), 54 a 70. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/8513>. Acessado em 23 out. 2025

SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema público de saúde brasileiro. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. **Apresentação no Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**, São Paulo, 11–14 ago. 2002

TAVARES, L. H. M. C. A análise do discurso de tradição francesa: um viés foucaultiano. In: **CARVALHO, C. I. C., and BARBOSA, J. R. A., ed. Teorias linguísticas: orientações para a pesquisa** [online]. Mossoró: EdUFERSA, 2021, pp. 125-156. ISBN: 978-65-87108-25-4. <https://doi.org/10.7476/9786587108629.0007>.

TCE-MG (2025a). Acórdão n.º 1185003/2025 – Representação. Belo Horizonte: **Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, 02 abr. 2025a. Disponível em: <<https://www.tce.mg.gov.br/IMG/1185003.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2025.

TCE-MG (2025b). Nota de Transcrição – Primeira Câmara – 16/9/2025 (Processo 1185003 – Representação). Belo Horizonte: **Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, 16 set. 2025b. Disponível em: <<https://tcnotas.tce.mg.gov.br/TCJuris/Nota/BuscarArquivo/4300759>>. Acesso em: 20 out. 2025.

TCE-MG (2025c). TCE determina que FHEMIG abra seis salas cirúrgicas para compensar interrupção do Hospital Maria Amélia Lins. Belo Horizonte: *Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais*, 09 set. 2025c. Disponível em: <<https://www.tce.mg.gov.br/TCE-determina-que-Fhemig-abra-seis-salas-cirurgicas-para-compensar-interruptao-do-Hospital-Maria-Amelia-Lins.html/Noticia/1111628269>>. Acesso em: 20 out. 2025.

TONELOTTO, D. P., CROZATTI, J., RIGHETTO, P., ESCOBAR, R. A., & PERES, U. D.. Participação de Organizações Sociais no Orçamento da Saúde do Município de São Paulo no período de 2003 a 2016. 2019a. **Revista De Contabilidade E Controladoria**, 2019a.

TONELOTTO, Diego Pugliese; CROZATTI, Jaime; MORAES, Vinicius Macedo de; RIGHETTO, Patricia. Hospitais de alta complexidade do estado de São Paulo: uma análise comparativa dos níveis de eficiência obtidos pelos modelos de gestão de Administração Direta e de Organização Social. **Administração Pública e Gestão Social**, Viçosa, v. 11, n. 4, 2019b. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=351560525003>. Acesso em: 23 nov. 2025.

TSEBELIS, George. Jogos Ocultos: Escolha Racional no Campo da Política Comparada. Tradução de Luiz Paulo Rouanet. São Paulo: Edusp, 1998.

VILHENA, Renata; MARTINS, Humberto Falcão; MARINI, Caio; GUIMARÃES, Tadeu Barreto (orgs.). **O choque de gestão em Minas Gerais: políticas da gestão pública para o desenvolvimento**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

WARPECHOWSKI, Ana Cristina Moraes. Racionalidade limitada: origem e evolução. **Revista Jurídica Luso-Brasileira**, ano 4, n. 4, p. 129–161, 2018.

WEBER, Max. A política como vocação. In: GERTH, H. H.; MILLS, C. Wright (Org.). **Ensaio de Sociologia**. Rio de Janeiro: LTC, 2015.

WOOD JR, T.. (1992). Fordismo, Toyotismo e Volvismo: os caminhos da indústria em busca do tempo perdido. **Revista De Administração De Empresas**, 32(4), 6–18. <https://doi.org/10.1590/S0034-7590199200040000>.

ZWICK, E.; TEIXEIRA, M. P. R.; PEREIRA, J. R.; VILAS BOAS, A. A. Administração pública tupiniquim: reflexões a partir da Teoria N e da Teoria P de Guerreiro Ramos. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 284–301, jun. 2012.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A — Resultados da busca de reportagens sobre da situação do Hmal

Referência bibliográfica da reportagem	nº
BH AO VIVO. "Fechamento do Bloco Cirúrgico no Hospital Maria Amélia Lins sobrecarrega o João XXIII". 08/01/2025. Disponível em: <a href="https://bhaovivo.com.br/geral/25314/">https://bhaovivo.com.br/geral/25314/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	1
G1. "Ministério Público convoca Fhemig a prestar esclarecimento sobre fechamento de bloco cirúrgico do Hospital Maria Amélia Lins". Fhemig, 25/01/10. Disponível em: <a href="https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2025/01/10/ministerio-publico-convoca-Fhemig-a-prestar-esclarecimento-sobre-fechamento-de-bloco-cirurgico-do-hospital-maria-amelia-lins.ghtml">https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2025/01/10/ministerio-publico-convoca-Fhemig-a-prestar-esclarecimento-sobre-fechamento-de-bloco-cirurgico-do-hospital-maria-amelia-lins.ghtml</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	2
SINMEDMG. "Após mobilizações, Justiça determina reabertura do HMAL e suspende terceirização". sinmedmg, 10 de abril de 2025. Disponível em: <a href="https://sinmedmg.org.br/apos-mobilizacoes-justica-determina-reabertura-do-hmal-e-suspende-terceirizacao/">https://sinmedmg.org.br/apos-mobilizacoes-justica-determina-reabertura-do-hmal-e-suspende-terceirizacao/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	3
GLOBO. "Após reunião no Ministério do Trabalho, Fhemig mantém bloco cirúrgico fechado; funcionários vão receber abono". Fhemig, 25/01/13. Disponível em: <a href="https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2025/01/13/apos-reuniao-no-ministerio-do-trabalho-Fhemig-mantem-bloco-cirurgico-fechado-funcionarios-va-receber-abono.ghtml">https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2025/01/13/apos-reuniao-no-ministerio-do-trabalho-Fhemig-mantem-bloco-cirurgico-fechado-funcionarios-va-receber-abono.ghtml</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	4
ESTADO DE MINAS. "Reabertura do bloco cirúrgico do Maria Amélia Lins sem data definida". 04/02/2025. Disponível em: <a href="https://www.em.com.br/gerais/2025/02/7052106-reabertura-do-bloco-cirurgico-do-maria-amelia-lins-sem-data-definida.html">https://www.em.com.br/gerais/2025/02/7052106-reabertura-do-bloco-cirurgico-do-maria-amelia-lins-sem-data-definida.html</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	5
Fhemig. "Secretaria de Estado de Saúde e Fhemig lançam projeto do novo Hospital Maria Amélia Lins". Janaína de Oliveira. Fhemig, 07/03/2025. Disponível em: <a href="https://www.Fhemig.mg.gov.br/sala-de-imprensa/noticias-sala-imprensa/3105-secretaria-de-estado-de-saude-e-Fhemig-lancam-projeto-do-novo-hospital-maria-amelia-lins">https://www.Fhemig.mg.gov.br/sala-de-imprensa/noticias-sala-imprensa/3105-secretaria-de-estado-de-saude-e-Fhemig-lancam-projeto-do-novo-hospital-maria-amelia-lins</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	6
AGENCIA MINAS. "Secretaria de Estado de Saúde e Fhemig lançam projeto do novo Hospital Maria Amélia Lins". Fhemig, 7 março 2025. Disponível em: <a href="https://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticia/secretaria-de-estado-de-saude-e-Fhemig-lancam-projeto-do-novo-hospital-maria-amelia-lins">https://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticia/secretaria-de-estado-de-saude-e-Fhemig-lancam-projeto-do-novo-hospital-maria-amelia-lins</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	7
SINDSAUDEM. "Trabalhadores do HMAL decidem que não irão assinar documento para remoção da unidade. sindsaudemg", 13 de março de 2025. Disponível em: <a href="https://sindsaudemg.org.br/trabalhadores-do-hmal-decidem-que-nao-irao-assinar-documento-para-remocao-da-unidade/">https://sindsaudemg.org.br/trabalhadores-do-hmal-decidem-que-nao-irao-assinar-documento-para-remocao-da-unidade/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	8
DEMOCRACIA E LUTA. "Deputados estaduais fazem visita técnica ao Hospital Maria Amélia Lins após fechamento do bloco cirúrgico". 02/04/2025. Disponível em: <a href="https://democraciaeluta.com.br/deputados-estaduais-fazem-visita-tecnica-ao-hospital-maria-amelia-lins-apos-fechamento-do-bloco-cirurgico/">https://democraciaeluta.com.br/deputados-estaduais-fazem-visita-tecnica-ao-hospital-maria-amelia-lins-apos-fechamento-do-bloco-cirurgico/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	9

SINMEDMG. "Sinmed-MG participa de ato Público contra o fechamento do Hospital Maria Amélia Lins". sinmedmg, 24 de março de 2025. Disponível em: <a href="https://sinmedmg.org.br/sinmed-ato-publico-contra-fechamento-hmal/">https://sinmedmg.org.br/sinmed-ato-publico-contra-fechamento-hmal/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	10
BRASIL DE FATO. "Manifestação em BH pede manutenção do Hospital Maria Amélia Lins e rejeita privatização de Zema". brasildefato, 25/03/25. Disponível em: <a href="https://www.brasildefato.com.br/2025/03/25/manifestacao-em-bh-pede-manutencao-do-hospital-maria-amelia-lins-e-rejeita-privatizacao-de-zema/">https://www.brasildefato.com.br/2025/03/25/manifestacao-em-bh-pede-manutencao-do-hospital-maria-amelia-lins-e-rejeita-privatizacao-de-zema/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	11
ESTADOS DE MINAS. "Amélia Lins: MP processa Fhemig e estado mantém terceirização do hospital". 01/04/2025. Disponível em: <a href="https://www.em.com.br/gerais/2025/04/7099210-amelia-lins-mp-processa-Fhemig-e-es-tado-mantem-terceirizacao-do-hospital.html">https://www.em.com.br/gerais/2025/04/7099210-amelia-lins-mp-processa-Fhemig-e-es-tado-mantem-terceirizacao-do-hospital.html</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	12
REDE98. "MPMG pede reabertura do Hospital Maria Amélia; Governo promete resultado da licitação para esta quarta-feira". rede98, 01/04/2025. Disponível em: <a href="https://rede98.com.br/noticias/bh-regiao/mpmg-pede-reabertura-do-hospital-maria-am-elia-em-bh/">https://rede98.com.br/noticias/bh-regiao/mpmg-pede-reabertura-do-hospital-maria-am-elia-em-bh/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	13
O FATOR. Consórcio de prefeituras da Grande BH vai gerir o Hospital Amélia Lins Lucas Ragazzi Guilherme Peixoto. ofator, 01/04/2025. Disponível em: <a href="https://ofator.com.br/informacao/consorcio-de-prefeituras-da-grande-bh-vai-gerir-o-hos-pital-amelia-lins/">https://ofator.com.br/informacao/consorcio-de-prefeituras-da-grande-bh-vai-gerir-o-hos-pital-amelia-lins/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	14
AGÊNCIA MINAS. "Consórcio público de saúde é selecionado como vencedor do edital da Fhemig para cessão do Hospital Maria Amélia Lins". Fhemig, 2 abril 2025. Disponível em: <a href="https://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticia/consorcio-publico-de-saude-e-selecionad-o-como-vencedor-do-edital-da-Fhemig-para-cessao-do-hospital-maria-amelia-lins">https://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticia/consorcio-publico-de-saude-e-selecionad-o-como-vencedor-do-edital-da-Fhemig-para-cessao-do-hospital-maria-amelia-lins</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	15
PAPO COMERCIAL. "Icismep assume gestão do Hospital Maria Amélia Lins em Belo Horizonte". papocomercial, 2 de abril de 2025. Disponível em: <a href="https://papocomercial.com.br/?p=4217">https://papocomercial.com.br/?p=4217</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	16
DIÁRIO DE OURO PRETO. "Deputada Beatriz Cerqueira apresenta ao TCE medida cautelar para suspender Edital da Fhemig/Maria Amélia Lins". 2 de abril de 2025. Disponível em: <a href="https://www.diariodeouropreto.com.br/deputada-beatriz-cerqueira-apresenta-ao-tce-me-dida-cautelar-para-suspender-edital-da-Fhemig-maria-amelia-lins/">https://www.diariodeouropreto.com.br/deputada-beatriz-cerqueira-apresenta-ao-tce-me-dida-cautelar-para-suspender-edital-da-Fhemig-maria-amelia-lins/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	17
COREN-MG. "Pela Enfermagem do Hospital Maria Amélia Lins e pelo cumprimento da determinação da justiça!". corenmg.gov.br, 02 maio 2025. Disponível em: <a href="https://www.corenmg.gov.br/pela-enfermagem-do-hospital-maria-amelia-lins-e-pelo-cu-mpimento-da-determinacao-da-justica/">https://www.corenmg.gov.br/pela-enfermagem-do-hospital-maria-amelia-lins-e-pelo-cu-mpimento-da-determinacao-da-justica/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	18
NOVO JORNAL. "TCE proíbe contrato de terceirização do Hospital Amélia Lins, em BH". 02/04/2025. Disponível em: <a href="https://www.novojornal.com.br/tce-proibe-contrato-de-terceirizacao-do-hospital-amelia-lins-em-bh/">https://www.novojornal.com.br/tce-proibe-contrato-de-terceirizacao-do-hospital-amelia-lins-em-bh/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	19
CESMG. "CASO HMAL: TCE RECONHECE IRREGULARIDADE DA Fhemig AO NÃO CONSULTAR CES ANTES DE DECISÕES". 3 de abril de 2025. Disponível em:	20

<a href="http://ces.saude.mg.gov.br/?p=14566">http://ces.saude.mg.gov.br/?p=14566</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	
OTEMPO. "Desmonte do Hospital Maria Amélia Lins". 05 de abril de 2025. Disponível em: <a href="https://www.otempo.com.br/opiniaio/andreia-de-jesus/2025/4/5/o-desmonte-do-hospital-maria-amelia-lins">https://www.otempo.com.br/opiniaio/andreia-de-jesus/2025/4/5/o-desmonte-do-hospital-maria-amelia-lins</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	21
SINDSAUDEMG. "Justiça determina reabertura do HMAL". <a href="https://sindsaudemg.org.br/justica-determina-reabertura-do-hmal/">sindsaudemg</a> , 8 de abril de 2025. Disponível em: <a href="https://sindsaudemg.org.br/justica-determina-reabertura-do-hmal/">https://sindsaudemg.org.br/justica-determina-reabertura-do-hmal/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	22
BRASIL DE FATO. "Após mobilizações, Justiça determina reabertura de hospital em BH e suspende terceirização". <a href="https://www.brasildefato.com.br/2025/04/09/apos-mobilizacoes-justica-determina-reabertura-de-hospital-em-bh-e-suspende-terceirizacao/">brasildefato</a> , 25/04/09. Disponível em: <a href="https://www.brasildefato.com.br/2025/04/09/apos-mobilizacoes-justica-determina-reabertura-de-hospital-em-bh-e-suspende-terceirizacao/">https://www.brasildefato.com.br/2025/04/09/apos-mobilizacoes-justica-determina-reabertura-de-hospital-em-bh-e-suspende-terceirizacao/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	23
SINDPROS. "Liminar impede que Fhemig TERCEIRIZE o HMAL". <a href="https://sindpros.org.br/2025/04/02/liminar-impede-que-Fhemig-terceirize-o-hmal/">Fhemig</a> , 25/04/02. Disponível em: <a href="https://sindpros.org.br/2025/04/02/liminar-impede-que-Fhemig-terceirize-o-hmal/">https://sindpros.org.br/2025/04/02/liminar-impede-que-Fhemig-terceirize-o-hmal/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	24
ITATIAIA. "Termina sem acordo reunião para definir futuro do Hospital Maria Amélia Lins, em BH". <a href="https://www.itatiaia.com.br/cidades/2025/05/15/termina-sem-acordo-reuniao-para-definir-futuro-do-hospital-maria-amelia-lins-em-bh">itatiaia</a> , 15/05/2025. Disponível em: <a href="https://www.itatiaia.com.br/cidades/2025/05/15/termina-sem-acordo-reuniao-para-definir-futuro-do-hospital-maria-amelia-lins-em-bh">https://www.itatiaia.com.br/cidades/2025/05/15/termina-sem-acordo-reuniao-para-definir-futuro-do-hospital-maria-amelia-lins-em-bh</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	25
OTEMPO. "Maria Amélia Lins: audiência sobre futuro do hospital termina sem acordo". 15 de maio de 2025. Disponível em: <a href="https://www.otempo.com.br/cidades/2025/5/15/maria-amelia-lins-audiencia-sobre-futuro-do-hospital-termina-sem-acordo">https://www.otempo.com.br/cidades/2025/5/15/maria-amelia-lins-audiencia-sobre-futuro-do-hospital-termina-sem-acordo</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	26
ITATIAIA. "Médicos denunciam cancelamento de cirurgias com fechamento do Hospital Maria Amélia Lins". <a href="https://www.itatiaia.com.br/politica/2025/05/19/medicos-denunciam-cancelamento-de-cirurgias-com-fechamento-do-hospital-maria-amelia-lins">itatiaia</a> , 19/05/2025. Disponível em: <a href="https://www.itatiaia.com.br/politica/2025/05/19/medicos-denunciam-cancelamento-de-cirurgias-com-fechamento-do-hospital-maria-amelia-lins">https://www.itatiaia.com.br/politica/2025/05/19/medicos-denunciam-cancelamento-de-cirurgias-com-fechamento-do-hospital-maria-amelia-lins</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	27
CRM-MG. "CRM-MG participa de audiência sobre precarização do atendimento dos hospitais Maria Amélia Lins e João XXIII". <a href="https://crmmg.org.br/comunicados-do-crm-mg/crm-mg-participa-de-audiencia-sobre-precarizacao-do-atendimento-dos-hospitais-maria-amelia-lins-e-joao-xxiii/">crmmg</a> , 17 de junho de 2025. Disponível em: <a href="https://crmmg.org.br/comunicados-do-crm-mg/crm-mg-participa-de-audiencia-sobre-precarizacao-do-atendimento-dos-hospitais-maria-amelia-lins-e-joao-xxiii/">https://crmmg.org.br/comunicados-do-crm-mg/crm-mg-participa-de-audiencia-sobre-precarizacao-do-atendimento-dos-hospitais-maria-amelia-lins-e-joao-xxiii/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	28
CESMG. "Fechamento de bloco do HMAL: denúncia-crime será encaminhada pelo CES". <a href="http://ces.saude.mg.gov.br/?p=14863">ces.saude.mg.gov.br</a> , 11 de julho de 2025. Disponível em: <a href="http://ces.saude.mg.gov.br/?p=14863">http://ces.saude.mg.gov.br/?p=14863</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	29
OTEMPO. "Pacientes relatam sofrimento em espera por cirurgia após fechamento de bloco no HMAL". <a href="https://www.otempo.com.br/cidades/2025/8/5/pacientes-reclamam-de-fechamento-do-bloco-cirurgico-do-hmal-comer-beber-e-sentir-dor-24-horas">otempo</a> , 05 de agosto de 2025. Disponível em: <a href="https://www.otempo.com.br/cidades/2025/8/5/pacientes-reclamam-de-fechamento-do-bloco-cirurgico-do-hmal-comer-beber-e-sentir-dor-24-horas">https://www.otempo.com.br/cidades/2025/8/5/pacientes-reclamam-de-fechamento-do-bloco-cirurgico-do-hmal-comer-beber-e-sentir-dor-24-horas</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	30
SINDSAUDE. "Decisão da Justiça sobre fechamento do Hospital Maria Amélia Lins deve sair em breve". 29 de agosto de 2025. Disponível em:	31

<a href="https://sindsaudemg.org.br/decisao-da-justica-sobre-fechamento-do-hospital-maria-amelia-lins-deve-sair-em-breve/">https://sindsaudemg.org.br/decisao-da-justica-sobre-fechamento-do-hospital-maria-amelia-lins-deve-sair-em-breve/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	
OTEMPO. "Fhemig terá que abrir 6 salas cirúrgicas para compensar interrupção do HMAL em até 30 dias". Fhemig, 09 de setembro de 2025. Disponível em: <a href="https://www.otempo.com.br/cidades/2025/9/9/Fhemig-tera-que-abrir-6-salas-cirurgicas-para-compensar-interruptao-do-hmal-em-ate-30-dias">https://www.otempo.com.br/cidades/2025/9/9/Fhemig-tera-que-abrir-6-salas-cirurgicas-para-compensar-interruptao-do-hmal-em-ate-30-dias</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	32
LICURGO MOURÃO. "Fhemig deve criar seis novas salas cirúrgicas em 30 dias, determina TCE-MG". 10 de set. 2025 Disponível em: <a href="https://www.licurgomourao.com.br/post/Fhemig-deve-criar-seis-novas-salas-cir%C3%BAArgicas-em-30-dias-determina-tce-mg">https://www.licurgomourao.com.br/post/Fhemig-deve-criar-seis-novas-salas-cir%C3%BAArgicas-em-30-dias-determina-tce-mg</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	33
LICURGO MOURÃO. "Caso Amélia Lins: estado inicia transferência de cirurgias e planeja abrir bloco cirúrgico em Sabará". 10 set. 2025 Disponível em: <a href="https://www.licurgomourao.com.br/post/caso-am%C3%A9lia-lins-estado-inicia-transfer%C3%AAncia-de-cirurgias-e-planeja-abrir-bloco-cir%C3%BAArgico-em-sabar%C3%A1">https://www.licurgomourao.com.br/post/caso-am%C3%A9lia-lins-estado-inicia-transfer%C3%AAncia-de-cirurgias-e-planeja-abrir-bloco-cir%C3%BAArgico-em-sabar%C3%A1</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	34
SINDSAUDE-MG. "Servidores organizam protesto no aniversário do Hospital Maria Amélia Lins, fechado há 10 meses pelo governo Zema". sindsaudemg, 29 de setembro de 2025. Disponível em: <a href="https://sindsaudemg.org.br/servidores-organizam-protesto-no-aniversario-do-hospital-maria-amelia-lins-fechado-ha-10-meses-pelo-governo-zema/">https://sindsaudemg.org.br/servidores-organizam-protesto-no-aniversario-do-hospital-maria-amelia-lins-fechado-ha-10-meses-pelo-governo-zema/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	35
OFATOR. "Justiça determina reabertura do Hospital Maria Amélia Lins e retorno dos profissionais transferidos". ofator, 01/05/2025. Disponível em: <a href="https://ofator.com.br/informacao/justica-determina-reabertura-do-hospital-maria-amelia-lins-e-retorno-dos-profissionais-transferidos/">https://ofator.com.br/informacao/justica-determina-reabertura-do-hospital-maria-amelia-lins-e-retorno-dos-profissionais-transferidos/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	36
BHAZ. "Justiça determina reabertura do Hospital Maria Amélia Lins, em BH". bhaz, 01/05/2025. Disponível em: <a href="https://bhaz.com.br/noticias/bh/reabertura-hospital-maria-amelia-lins-bh-tjmg/">https://bhaz.com.br/noticias/bh/reabertura-hospital-maria-amelia-lins-bh-tjmg/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	37
BHAZ. "Em meio a impasses, Governo se adianta e define novo administrador do Hospital Maria Amélia Lins". bhaz, 02/04/2025. Disponível em: <a href="https://bhaz.com.br/noticias/bh/governo-define-novo-administrador-hospital-maria-amelia-lins/">https://bhaz.com.br/noticias/bh/governo-define-novo-administrador-hospital-maria-amelia-lins/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	38
HOJE EM DIA. "Maria Amélia Lins: consórcio assume gestão e reabertura de bloco cirúrgico está próxima, diz Estado". hoje em dia, 02/04/2025. Disponível em: <a href="https://www.hojeemdia.com.br/minas/maria-amelia-lins-consorcio-assume-gest-o-e-reabertura-de-bloco-cirurgico-esta-proxima-diz-estado-1.1060057">https://www.hojeemdia.com.br/minas/maria-amelia-lins-consorcio-assume-gest-o-e-reabertura-de-bloco-cirurgico-esta-proxima-diz-estado-1.1060057</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	39
PORTAL R7. "Governo anuncia nova gestão do Hospital Maria Amélia Lins em BH". 02/04/2025. Disponível em: <a href="https://noticias.r7.com/minas-gerais/governo-anuncia-nova-gestao-do-hospital-maria-amelia-lins-em-bh-02042025/">https://noticias.r7.com/minas-gerais/governo-anuncia-nova-gestao-do-hospital-maria-amelia-lins-em-bh-02042025/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	40
PORTAL IMPACTTO. "Justiça determina reabertura do Hospital Maria Amélia Lins em Belo Horizonte. portalimpactto", 02/05/2025. Disponível em: <a href="https://portalimpactto.com.br/noticia/7845/justica-determina-reabertura-do-hospital-mar">https://portalimpactto.com.br/noticia/7845/justica-determina-reabertura-do-hospital-mar</a>	41

ia-amelia-lins-em-belo-horizonte. Acesso em: 30 set. 2025.	
ESTADO DE MINAS. "Hospital Maria Amélia Lins segue sem bloco cirúrgico; servidores protestam". 05/08/2025. Disponível em: <a href="https://www.em.com.br/gerais/2025/08/7219059-hospital-maria-amelia-lins-segue-sem-bloco-cirurgico-servidores-protestam.html">https://www.em.com.br/gerais/2025/08/7219059-hospital-maria-amelia-lins-segue-sem-bloco-cirurgico-servidores-protestam.html</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	42
PLOX. "Fechamento de bloco cirúrgico no Hospital Maria Amélia Lins sobrecarrega Hospital João XXIII". plox, 08/01/2025. Disponível em: <a href="https://plox.com.br/noticia/08/01/2025/fechamento-de-bloco-cirurgico-no-hospital-maria-amelia-lins-sobrecarrega-hospital-joao-xxiii">https://plox.com.br/noticia/08/01/2025/fechamento-de-bloco-cirurgico-no-hospital-maria-amelia-lins-sobrecarrega-hospital-joao-xxiii</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	43
HOJE EM DIA. "Liminar suspende terceirização e determina reabertura do Hospital Maria Amélia Lins, em BH". 08/04/2025. Disponível em: <a href="https://www.hojeemdia.com.br/minas/liminar-suspende-terceirizac-o-e-determina-reabertura-do-hospital-maria-amelia-lins-em-bh-1.1061039">https://www.hojeemdia.com.br/minas/liminar-suspende-terceirizac-o-e-determina-reabertura-do-hospital-maria-amelia-lins-em-bh-1.1061039</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	44
OFATOR. "Fhemig prepara recurso contra liminar sobre funcionamento do Amélia Lins Guilherme Peixoto". 08/04/2025. Disponível em: <a href="https://ofator.com.br/informacao/Fhemig-prepara-recurso-contraliminar-sobrefuncionamento-do-amelia-lins/">https://ofator.com.br/informacao/Fhemig-prepara-recurso-contraliminar-sobrefuncionamento-do-amelia-lins/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	45
TCE-MG. "TCE determina que Fhemig abra seis salas cirúrgicas para compensar interrupção do Hospital Maria Amélia Lins". Fhemig, 09/09/2025. Disponível em: <a href="https://www.tce.mg.gov.br/noticia/Detalhe/1111628269">https://www.tce.mg.gov.br/noticia/Detalhe/1111628269</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	46
TCE-MG. "TCE-MG determina retorno imediato das cirurgias ortopédicas no Hospital Maria Amélia Lins (HMAL)". 09/09/2025. Disponível em: <a href="http://diariodoestado.com.br/tce-mg-determina-retorno-imediato-das-cirurgias-ortopedicas-no-hospital-maria-amelia-lins-hmal/">http://diariodoestado.com.br/tce-mg-determina-retorno-imediato-das-cirurgias-ortopedicas-no-hospital-maria-amelia-lins-hmal/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	47
HOJE EM DIA. "Suspensão de cirurgias no Hospital Amélia Lins mobiliza trabalhadores, MPT e deputados". hoje em dia, 10/01/2025. Disponível em: <a href="https://www.hojeemdia.com.br/minas/suspens-o-de-cirurgias-no-hospital-amelia-lins-mobiliza-trabalhadores-mpt-e-deputados-1.1048274">https://www.hojeemdia.com.br/minas/suspens-o-de-cirurgias-no-hospital-amelia-lins-mobiliza-trabalhadores-mpt-e-deputados-1.1048274</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	48
PORTAL IMPACTTO. "MPMG cobra da Fhemig sobre fechamento do bloco cirúrgico no Hospital Maria Amélia Lins". 10/01/2025. Disponível em: <a href="https://portalimpactto.com.br/noticia/6647/mpmg-cobra-da-Fhemig-sobre-fechamento-do-bloco-cirurgico-no-hospital-maria-amelia-lins">https://portalimpactto.com.br/noticia/6647/mpmg-cobra-da-Fhemig-sobre-fechamento-do-bloco-cirurgico-no-hospital-maria-amelia-lins</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	49
DIÁRIO DO ESTADO. "Fhemig é convocada pelo Ministério Público para explicar fechamento de bloco cirúrgico do Hospital Maria Amélia Lins: polêmica e repercussão no setor de saúde". Fhemig, 10/01/2025. Disponível em: <a href="https://diariodoestado.com.br/Fhemig-e-convocada-pelo-ministerio-publico-para-explicar-fechamento-de-bloco-cirurgico-do-hospital-maria-amelia-lins-polemica-e-repercussao-no-setor-de-saude/">https://diariodoestado.com.br/Fhemig-e-convocada-pelo-ministerio-publico-para-explicar-fechamento-de-bloco-cirurgico-do-hospital-maria-amelia-lins-polemica-e-repercussao-no-setor-de-saude/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	50
REDE98. "Atendimento é retomado no Hospital Maria Amélia Lins, após decisão da Justiça". rede98, 10/04/2025. Disponível em: <a href="https://rede98.com.br/noticias/bh-regiao/atendimento-e-retomado-no-hospital-maria-amelia-lins-apos-decisao-da-justica/">https://rede98.com.br/noticias/bh-regiao/atendimento-e-retomado-no-hospital-maria-amelia-lins-apos-decisao-da-justica/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	51
PORTAL R7. "MPMG apura o fechamento do Hospital Maria Amélia Lins". 13/03/2025. Disponível em:	52

<a href="https://noticias.r7.com/minas-gerais/mpmg-apura-o-fechamento-do-hospital-maria-ame-lia-lins-13032025/">https://noticias.r7.com/minas-gerais/mpmg-apura-o-fechamento-do-hospital-maria-ame-lia-lins-13032025/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	
ALMG. "Precarização dos serviços dos Hospitais Amélia Lins e João XXIII preocupa comissão". almg, 13/06/2025. Disponível em: <a href="https://www.almg.gov.br/comunicacao/noticias/arquivos/Precarizacao-dos-servicos-dos-Hospitais-Amelia-Lins-e-Joao-XXIII-preocupa-comissao/">https://www.almg.gov.br/comunicacao/noticias/arquivos/Precarizacao-dos-servicos-dos-Hospitais-Amelia-Lins-e-Joao-XXIII-preocupa-comissao/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	53
ALMG. "Hospital Maria Amélia pauta atividades de comissão". almg, 14/03/2025. Disponível em: <a href="https://www.almg.gov.br/comunicacao/noticias/arquivos/Hospital-Maria-Amelia-pauta-a-atividades-de-comissao/">https://www.almg.gov.br/comunicacao/noticias/arquivos/Hospital-Maria-Amelia-pauta-a-atividades-de-comissao/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	54
BEM MINAS. "Servidores do HMAL vão para a porta do TJMG nesta terça (15), às 9h, em protesto I". bem minas, 14/04/2025. Disponível em: <a href="https://bemminas.com.br/opiniao/servidores-do-hmal-vaio-para-a-porta-do-tjmg-nesta-terca-15-as-9h-em-protesto-i/">https://bemminas.com.br/opiniao/servidores-do-hmal-vaio-para-a-porta-do-tjmg-nesta-terca-15-as-9h-em-protesto-i/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	55
SINDPROS. "Reunião com o Ministério do Trabalho cria Comissão com o SINDPROS/ASTHEMG, e comissão de trabalhadores do HMAL e Fhemig". Fhemig, 15/01/2025. Disponível em: <a href="https://sindpros.org.br/2025/01/15/reuniao-com-o-ministerio-do-trabalho-cria-comissao-com-o-sindpros-asthemg-e-comissao-de-trabalhadores-do-hmal-e-Fhemig/">https://sindpros.org.br/2025/01/15/reuniao-com-o-ministerio-do-trabalho-cria-comissao-com-o-sindpros-asthemg-e-comissao-de-trabalhadores-do-hmal-e-Fhemig/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	56
SETE LAGOAS. "Bloco cirúrgico do Hospital Maria Amélia Lins em BH pode permanecer fechado até março". 16/01/2025. Disponível em: <a href="https://setelagoas.com.br/noticias/saude/228297-bloco-cirurgico-do-hospital-maria-amelia-lins-em-bh-pode-permanecer-fechado-ate-marco/">https://setelagoas.com.br/noticias/saude/228297-bloco-cirurgico-do-hospital-maria-amelia-lins-em-bh-pode-permanecer-fechado-ate-marco/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	57
ITATIAIA. Fhemig relata 'ganho operacional' com fechamento de leitos do Hospital Maria Amélia Lins; servidores denunciam sobrecarga. Fhemig, 16/06/2025. Disponível em: <a href="https://www.itatiaia.com.br/politica/Fhemig-relata-ganho-operacional-com-fechamento-de-leitos-do-hospital-maria-amelia-lins-servidores-relatam-sobrecarga">https://www.itatiaia.com.br/politica/Fhemig-relata-ganho-operacional-com-fechamento-de-leitos-do-hospital-maria-amelia-lins-servidores-relatam-sobrecarga</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	58
TV ATUAL. "Sindicalistas cobram respostas sobre violações nos Hospitais Amélia Lins e João XXIII". tvatual, 16/06/2025. Disponível em: <a href="https://tvatual.com.br/sindicalistas-cobram-respostas-sobre-violacoes-nos-hospitais-amelia-lins-e-joao-xxiii/">https://tvatual.com.br/sindicalistas-cobram-respostas-sobre-violacoes-nos-hospitais-amelia-lins-e-joao-xxiii/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	59
ALMG. "Sindicalistas cobram respostas sobre violações nos Hospitais Amélia Lins e João XXIII". almg, 16/06/2025. Disponível em: <a href="https://www.almg.gov.br/comunicacao/noticias/arquivos/Sindicalistas-cobram-respostas-sobre-violacoes-nos-Hospitais-Amelia-Lins-e-Joao-XXIII/">https://www.almg.gov.br/comunicacao/noticias/arquivos/Sindicalistas-cobram-respostas-sobre-violacoes-nos-Hospitais-Amelia-Lins-e-Joao-XXIII/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	60
TCE-MG. "TCE confirma determinação para que Fhemig abra seis salas cirúrgicas para compensar interrupção do HMAL". Fhemig, 16/09/2025. Disponível em: <a href="https://www.tce.mg.gov.br/noticia/Detalhe/1111628288">https://www.tce.mg.gov.br/noticia/Detalhe/1111628288</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	61
BEM MINAS. "Decisão estapafúrdia, imoral e cretina sobre o HMAL I". Luiz Tito. bemminas, 19/03/2025. Disponível em: <a href="https://bemminas.com.br/opiniao/decisao-estapafurdia-imoral-e-cretina-sobre-o-hmal-i/">https://bemminas.com.br/opiniao/decisao-estapafurdia-imoral-e-cretina-sobre-o-hmal-i/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	62

DEMOCRACIA E LUTA. "Oposição denuncia Zema por desmonte e terceirização do Hospital Maria Amélia Lins". democraciaeluta, 20/03/2025. Disponível em: <a href="https://democraciaeluta.com.br/oposicao-denuncia-zema-por-desmonte-e-terceirizacao-do-hospital-maria-amelia-lins/">https://democraciaeluta.com.br/oposicao-denuncia-zema-por-desmonte-e-terceirizacao-do-hospital-maria-amelia-lins/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	63
MPMG. "MPMG participa de audiência pública sobre o Hospital Maria Amélia Lins". MPMG, 21/03/2025. Disponível em: <a href="https://www.mpmg.mp.br/portal/menu/comunicacao/noticias/mpmg-participa-de-audiencia-publica-sobre-o-hospital-maria-amelia-lins.shtml">https://www.mpmg.mp.br/portal/menu/comunicacao/noticias/mpmg-participa-de-audiencia-publica-sobre-o-hospital-maria-amelia-lins.shtml</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	64
SINDPROS. "ATO PÚBLICO Contra o Fechamento do Hospital Maria Amélia Lins". 23/03/2025. Disponível em: <a href="https://sindpros.org.br/2025/03/23/ato-publico-contr-a-o-fechamento-do-hospital-maria-amelia-lins/">https://sindpros.org.br/2025/03/23/ato-publico-contr-a-o-fechamento-do-hospital-maria-amelia-lins/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	65
Fhemig. "Hospital Maria Amélia Lins comemora 69 anos de fundação com homenagem ao ortopedista José Pereira de Andrade". Fhemig, . Disponível em: <a href="http://200.198.6.35/index.php/banco-de-noticias/por-assunto/190-complexo-de-urgencia-e-emergencia/3999-hospital-maria-amelia-lins-comemora-69-anos-de-fundacao-com-homenagem-ao-ortopedista-jose-pereira-de-andrade-">http://200.198.6.35/index.php/banco-de-noticias/por-assunto/190-complexo-de-urgencia-e-emergencia/3999-hospital-maria-amelia-lins-comemora-69-anos-de-fundacao-com-homenagem-ao-ortopedista-jose-pereira-de-andrade-</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	66
Fhemig. "Hospital Maria Amélia Lins". Fhemig, . Disponível em: <a href="https://www.Fhemig.mg.gov.br/atendimento/complexo-hospitalar-de-urgencia/hospital-maria-amelia-lins">https://www.Fhemig.mg.gov.br/atendimento/complexo-hospitalar-de-urgencia/hospital-maria-amelia-lins</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	67
CIRURGIA DA MÃO. "Hospital Madre Teresa e Maria Amélia Lins". <a href="http://cirurgiada-mao.org.br">cirurgiada-mao.org.br</a> . Disponível em: <a href="https://www.cirurgiada-mao.org.br/cet-servicos-credenciados-exibir2.php?id=4">https://www.cirurgiada-mao.org.br/cet-servicos-credenciados-exibir2.php?id=4</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	68
Fhemig. "Ambulatório de Coluna do HMAL é referência estadual na área. Disponível em: <a href="http://200.198.6.35/index.php/banco-de-noticias/por-assunto/162-materias-institucionais/3344-ambulatorio-de-coluna-do-hmal-e-referencia-estadual-na-area">http://200.198.6.35/index.php/banco-de-noticias/por-assunto/162-materias-institucionais/3344-ambulatorio-de-coluna-do-hmal-e-referencia-estadual-na-area</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	69
SINFARMIG. "Sinfarmig, ao lado de servidoras e servidores, na luta em defesa da reabertura do Hospital Maria Amélia Lins (HMAL) da Rede Fhemig". Fhemig, 2025. Disponível em: <a href="https://www.sinfarmig.org.br/comunica%C3%A7%C3%A3o/59-not%C3%ADcias/4641-manifesta%C3%A7%C3%A3o.html">https://www.sinfarmig.org.br/comunica%C3%A7%C3%A3o/59-not%C3%ADcias/4641-manifesta%C3%A7%C3%A3o.html</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	70
BRASIL INSIDER "Transferências para João XXIII sobrecarrega hospital e cancela cirurgias". Thais Bacci. <a href="http://brasilinsider.com">brasilinsider.com</a> , . Disponível em: <a href="https://brasilinsider.com/politica/transferencias-para-joao-xxiii-sobrecarrega-hospital-e-cancela-cirurgias/">https://brasilinsider.com/politica/transferencias-para-joao-xxiii-sobrecarrega-hospital-e-cancela-cirurgias/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	71
DEMOCRACIA E LUTA. "TCE proíbe contrato de terceirização do Hospital Amélia Lins, desafiando os planos de Zema de desmonte da Saúde em Minas". Disponível em: <a href="https://democraciaeluta.com.br/tce-proibe-contrato-de-terceirizacao-do-hospital-amelia-lins-desafiando-os-planos-de-zema-de-desmonte-da-saude-em-minas/">https://democraciaeluta.com.br/tce-proibe-contrato-de-terceirizacao-do-hospital-amelia-lins-desafiando-os-planos-de-zema-de-desmonte-da-saude-em-minas/</a> . Acesso em: 30 set. 2025.	72

Fonte: elaboração própria.

**APÊNDICE B — Lista de bibliografias selecionadas a partir da revisão  
bibliográfica**

<b>nº Referências bibliográficas selecionadas</b>	
<b>Teses e dissertações</b>	
1	ABREU, Arlete Aparecida de. ESTRATÉGIAS HOSPITALARES E O Pro Hosp: UMA Análise DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA COM O ESTADO DE MINAS GERAIS. 2012. UFLA, 2012.
2	AFONSO, Erica Maria De Azevedo Silveira. (Des)Reestruturação organizacional diante da terceirização nos hospitais da Universidade Federal do Ceará - UFC. 2017. UFC, 2017.
3	ALMEIDA, Antonia Ericelia Silva. GESTÃO TERCEIRIZADA NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DO RN E A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). 2017. UERN, 2017.
4	ARAUJO, Iara Soares de. A INVISIBILIDADE SOCIAL DOS TRABALHADORES TERCEIRIZADOS NO SERVIÇO PÚBLICO. 2021. Unimontes, 2021.
5	ASSIS, Bethânia Alves de. Fiscalização do contrato de gestão de serviços de saúde no Hospital Estadual Central. 2019. UFES, 2019.
6	AZEVEDO, Jane Mary Rosa. A CONTRATUALIZAÇÃO NO ÂMBITO DA GESTÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS: Análise DO PERÍODO DE 2001 A 2013. 2017. UFG, 2017.
7	BAGAGI, Leone Coelho. DINÂMICA DE INOVAÇÃO EM DIFERENTES MODELOS DE GESTÃO HOSPITALAR. 2022. UFBA, 2022.
8	BASTOS, Juliano Almeida. Servidores, funcionários, terceirizados e empregados: A babel dos vínculos, cotidiano de trabalho e vivências dos trabalhadores em um serviço público. 2019. USP, 2019.
9	BERTO, Andreia Maria. Parceria público-privada na gestão hospitalar. 2009. UNISANTOS, 2009.
10	BRITO, Ana De Fatima Moraes. Análise da Política de Contratualização pelo Ministério da Saúde nos Hospitais de Ensino no Brasil. 2021. UFPA, 2021.
11	BRIZOLA, Jeremias Bequer. Gestão hospitalar: análise de desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde.. 2010. UEL, 2010.
12	CAMPOS, Gastão Wagner De Sousa. REFORMA DA REFORMA: REPENSANDO A SAUDE. 1991. UNICAMP, 1991.
13	CARRERA, Mariana Baleeiro Martins. Parceria público-privada na saúde no

---

	Brasil: estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador - Bahia. 2012. FGV, 2012.
14	CASTRO, Gabriella Bigossi de. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE: Análise DOS CONTRATOS DE GESTÃO E TERMOS ADITIVOS DO ESTADO DE SÃO PAULO. 2019. UFES, 2019.
15	COSTA, Maristela de Oliveira. Percepções da Enfermagem: um olhar sobre os regimes trabalhistas do Hospital Universitário Federal. 2019. UFES, 2019.
16	COSTA, Sedruoslen Guelir cavalcanti. O Processo de terceirização via OS:O caso do hospital de emergência e trauma senador Humberto Lucena-PB. 2014. UFPB, 2014.
17	DALCIN, Tomas. O Impacto da adesão dos Hospitais Universitários Federais a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). 2019. FURG, 2019.
18	DALFIOR, Simoni Da Ros. Novas Relações de Trabalho: Efeitos da Inserção de Cooperativas de Especialidade Médica em um Hospital Público do Espírito Santo. 2002. UFMG, 2002.
19	FARIA, Sandra de. Trabalho e terceirização na saúde pública em Goiás: o modelo de gestão das organizações sociais e a classe trabalhadora. 2017. PUC-GO, 2017.
20	FERNANDES, Fernanda dos Santos. DESEMPENHO DA GESTÃO HOSPITALAR POR PARCERIAS PÚBLICO- PRIVADAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). 2021. UFRS, 2021.
21	FERNANDES, Lorena Estevam Martins. IMPACTOS DA GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NOS TRABALHADORES DE UM HOSPITAL PÚBLICO ESTADUAL NO ESPÍRITO SANTO'. 2023. UFES, 2023.
22	FERNANDES, Lorena Estevam Martins. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS ESTADUAIS SOB CONTRATO COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE. 2017. UFES, 2017.
23	FURTADO, Patricia Santiago Vieira. O TRABALHO EM SAÚDE NOS HOSPITAIS DE GESTÃO TERCEIRIZADA: O CASO DO ESTADO DE GOIÁS'. 2013. UFG, 2013.
24	GAMA, Janyluce Rezende. Outsourcing de Serviços Públicos Hospitalares na Região da Grande Vitória/ES. 2006. FUCEPE, 2006.
25	GOES, Karolayne Ribeiro de. Estado brasileiro e as metamorfoses do mundo do trabalho no serviço público federal: a terceirização do Hospital Universitário Onofre Lopes - HUOL. 2020. UFRN, 2020.
26	GOUVEIA, Ana Carolina Santos. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS COMO VIA DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: Análise DA GESTÃO DO TRABALHO EM UM CASO HOSPITALAR DA REDE PRÓPRIA DO SUS BAHIA. 2021. UFBA, 2021.

---

- 
- 27 GUERRA, Clarissa Battistella. Gestão privada na saúde pública: um estudo empírico com Hospitais sob contrato de gestão no estado de São Paulo. 2015. INSPER, 2015.
- 
- 28 JUNIOR, Irineu Francisco Barreto. Reforma do Estado: uma análise do sistemas único de saúde em São Paulo. 1991. PUC-SP, 1991.
- 
- 29 KASPER, Maristel Silva. Repercussões da Nova Gestão Pública nas práticas de enfermeiros na atenção básica no Brasil e nos cuidados primários na França. 2022. USP, 2022.
- 
- 30 LORETI, Eduardo Henrique. Possibilidades e limites do processo de contratualização de organizações sociais de saúde nos hospitais públicos estaduais no Estado do Espírito Santo. 2017. UFES, 2017.
- 
- 31 MARQUES, Iracema Sena de Souza. Gestão de hospitais públicos: estudo sobre os modelos burocrático e terceirizado de gestão no estado da Bahia. 2005. UFBA, 2005.
- 
- 32 MARTINS, Belchior Da Silva. CONTRATAÇÕES DE SERVIÇOS TERCEIRIZADOS: AVALIAÇÃO DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DE CONTRATOS COM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA DE MÃO DE OBRA, CASO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. 2020. UFPI, 2020.
- 
- 33 MENEZES, Debora Holanda Leite. OS MODELOS DE GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO RIO DE JANEIRO: UM ESTUDO DO COMPARATIVO NO CENÁRIO CONTEMPORÂNEO. 2019. UFF, 2019.
- 
- 34 MENEZES, Sérgio Bezerra de. Diagnóstico dos contratos de terceirização do Hospital das Clínicas: uma abordagem da efetividade dos serviços. 2015. UFPE, 2015.
- 
- 35 NETO, Francisco Campo Braga Neto. EXAMINANDO ALTERNATIVAS PARA A ADMINISTRACAO DOS HOSPITAIS: OS MODELOS DE GESTAO DESCENTRALIZADOS E POR LINHAS DE PRODUCAO. 1991. FioCruz, 1991.
- 
- 36 NOGUEIRA, Cleber Suckow. Gestão de um hospital público em parceria com uma organização social de saúde : um estudo de caso. 2011. UNISANTOS, 2011.
- 
- 37 PEIXOTO, Andreia Batista. A terceirização dos serviços públicos de saúde e os impactos exercidos sobre o profissional de enfermagem: o caso de um hospital público da baixada fluminense. 2016. Universidade do Grande Rio, 2016.
- 
- 38 PERDICARIS, Priscilla Reinisch. CONTRATUALIZAÇÃO DE RESULTADOS E O DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO: A EXPERIÊNCIA DO CONTRATO PROGRAMA NOA HOSPITAIS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA DO ESTADO EM SÃO PAULO'. 2012. FGV, 2012.
- 
- 39 PESSANHA, Ana Lucia Da Silva Costa. A participação das Organizações Sociais no Sistema Único de Saúde: estudo de caso do Hospital Estadual da Mulher
-

	Heloneida Studart. 2023. UERJ, 2023.
40	PESSOA, Luisa Regina. Terceirização nos Hospitais Públicos. Mais Um Problema Ou Uma Possível Solução?. 1996. FioCruz, 1996.
41	PESSOA, Maria Anadete Abreu. O PÚBLICO E PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE: reflexões da publicização da gestão de serviços de assistência médico-hospitalar do Hospital Dr.Carlos Macieira no período de 1997 a 2006 em São Luís/MA. 2014. UFMG, 2014.
42	QUADROS, Daniela. Diagnóstico da terceirização de serviços em uma organização de saúde. 2013. UFSC, 2013.
43	RABELLO, Jose Francisco Milagres. CONSIDERAÇÕES SOBRE A GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE: O CASO DO HOSPITAL ESTADUAL CENTRAL (HEC). 2018. EMESCAM, 2018.
44	REIS, Manoela Cerqueira.. CAPACIDADE DE GESTÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS: O caso das publicizações no estado da Bahia. 2015. UEFS, 2015.
45	RIBEIRO, ANDREIA PORTILHO SILVA.. TERCEIRIZAÇÃO DO TRABALHO ADMINISTRATIVO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: desafios e estratégias dos gestores em unidades assistenciais. 2023. UFMG, 2023.
46	RODRIGUES, ALANA BARBOSA. Organizações sociais de saúde no Tocantins: a pró-saúde e o aprofundamento das privatizações nos hospitais públicos do estado. 2021. UFTO, 2021.
47	RORIZ, SEMIRAMIS DE MOURA. UPAS E HOSPITAIS METROPOLITANOS: TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO. 2017. PUC-PE, 2017.
48	SENA, Maria Aparecida Mendes. As consequências para os trabalhadores, do novo modelo de gestão na saúde pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, no Hospital Universitário Júlio Müller. 2017. UFMT, 2017.
49	SILVA, Fábio dos Reis. Parceria público-privada: uma alternativa para implantação do novo hospital da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro?. 2016. FGV, 2016.
50	SILVA, MARIA GEREMIAS DA. A RELAÇÃO PÚBLICO/PRIVADO NA SAÚDE: AS EXPRESSÕES DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA PARAÍBA. 2023. UEPB, 2023.
51	SOMENSI, JANICE BEATRIZ. TERCEIRIZAÇÃO: UMA TECNOLOGIA DE GESTÃO INOVADORA EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES . 2002. UFSC, 2002.
52	SOUZA, GABRIELA DO NASCIMENTO. Avaliação da qualidade em hospitais de Salvador gerenciados por Organizações Sociais. 2021. UFBA, 2021.
53	TONELOTTO, Diego Pugliese. Hospitais de alta complexidade do Estado de São

---

Paulo: comparação entre administração direta e gestão por organizações sociais'. 2018. USP, 2018.

---

54 VALLE, Anna Carolina Miranda Bastos Do. A atuação das organizações sociais de saúde nos hospitais de campanha dentro da política pública de saúde: um estudo no caso do Estado de Goiás no contexto da pandemia da covid-19. 2023. UFG, 2023.

---

55 VENANCIO, Viviane Aparecida Siqueira. A Descentralização do Setor Saúde no Município de Campos dos Goytacazes na Década de 90. 2001. FioCruz, 2001.

---

56 VERAS, Mariana Oliveira. Parceria público-privada na saúde: análise dos hospitais públicos geridos por organizações sociais. 2018. UFG, 2018.

---

57 ZEFERINO, Tiago Flores. A CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA DE GESTÃO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS. 2019. UFGD, 2019.

---

**Periódicos**

---

58 MINGUIM , L. P., & ROCHA, J. B. DO A.. Contratualização hospitalar no Sistema Único de Saúde: um estudo de caso em Uberaba. 2024. Cadernos ENAP, 2024.

---

59 COSTA, N. DO R., RIBEIRO, J. M., & SILVA, P. L. B.. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. 2000. Ciência & Saúde Coletiva, 2000.

---

60 BARBOSA, N. B., DE LIMA, H., TRINDADE, A. M. V. DA, DIAS, N. V., CASTRO, M. V. DE, & SANTOS, C. K. dos.. As Organizações Sociais de Saúde como forma de gestão público-privada em Goiás – o caso HUANA. 2015. Revista Do Serviço Público, 2015.

---

61 FONTE, F. G. F. da ., MORAIS, H. M. M. DE ., & OLIVEIRA, R. S. de . Organizações Sociais da Saúde: controle interno dos contratos de gestão (Pernambuco, 2009-2019). 2025. Serviço Social & Sociedade, 2025.

---

62 ABDALA, D. O. S., ASSIS, L. B., GONÇALVES, C. A., & ABDALA, R. A.. Parcerias entre Estado e Organizações do Terceiro Setor: Perspectivas e Desafios em dois Hospitais de Belo Horizonte e Brasília. 2014. Administração Pública E Gestão Social, 2014.

---

63 ANDRADE, L. R. DE ., & PINTO, I. C. DE M.. Parceria público-privada na gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde da Bahia, Brasil. 2022. Cadernos De Saúde Pública, 2022.

---

64 IBAÑEZ, N., & VECINA NETO, G... Modelos de gestão e o SUS. 2007. Ciência & Saúde Coletiva, 2007.

---

65 LUEDY, A., MENDES, V. L. P. S., & RIBEIRO JÚNIOR, H.. . Gestão pública por resultados: contrato de gestão como indutor de melhorias em um hospital universitário. 2012. Organizações & Sociedade, 2012.

---

---

66 TONELOTTO, D. P., CROZATTI, J., RIGHETTO, P., ESCOBAR, R. A., & PERES, U. D.. Participação de Organizações Sociais no Orçamento da Saúde do Município de São Paulo no período de 2003 a 2016.. 2019. Revista De Contabilidade E Controladoria, 2019.

---

67 TONELOTTO, D. P., CROZATTI, J., MORAES, V. M. DE, & RIGHETTO, P.. Hospitais de alta complexidade do estado de São Paulo: uma análise comparativa dos níveis de eficiência obtidos pelos modelos de gestão de Administração Direta e de Organização Social. 2019. Administração Pública E Gestão Social, 2019.

---

68 REIS, M. C., & COELHO, T. C. B.. Publicização da gestão hospitalar no SUS: reemergência das Organizações Sociais de Saúde. 2018. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2018.

---

69 PINHEIRO, F. M. G., PINHO, J. A. G. DE ., & BRUNI, A. L... Accountability em parcerias público-privadas: espaços para avanços em unidades hospitalares sob gestão direta e em regime de parceria. 2018. Organizações & Sociedade, 2018.

---

70 SOARES, G. B., TURINO, F., FERNANDES, L. E. M., CASTRO, G. B. DE, EMERICH, T. B., & SODRÉ, F.. Organizações Sociais de Saúde na mídia: uma análise de notícias em grandes veículos de imprensa (2008-2016). 2022. RECIIS, 2022.

---

71 SANTOS, W. O., LOPES JÚNIOR, F. R., LIMA, A. C., LIMA, C. C., & LIMA, M. DO S. M. C. . A Terceirização dos Serviços de Administração Pública na Rede Hospitalar e na Educação: Um estudo na visão dos usuários. 2016. Revista De Psicologia, 2016.

---

72 SANTOS, T. B. S., SOUZA, J. S. DE ., MARTINS, J. S., ROSADO, L. B., & PINTO, I. C. DE M.. Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS. 2018. Saúde Debate, 2018.

---

Fonte: Elaboração própria.