

Renata Brocker de Paula

**DESAFIOS DA GESTÃO DO HU/UFSC, APÓS A CRIAÇÃO DA  
EBSERH PELO GOVERNO FEDERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do Grau de Mestre em Administração Universitária.

Orientador: Prof. Dr. Irineu Manoel de Souza.

Florianópolis  
2016.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Paula, Renata Brocker de  
Desafios da Gestão do HU/UFSC, após a criação da EBSEH  
pelo Governo Federal / Renata Brocker de Paula ;  
orientador, Irineu Manoel de Souza - Florianópolis, SC,  
2016.  
316 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade  
Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa  
de Pós-Graduação em Administração Universitária.

Inclui referências

1. Administração Universitária. 2. Gestão Universitária.  
3. Administração Hospitalar. 4. Hospital Universitário. 5.  
UFSC. I. Souza, Irineu Manoel de. II. Universidade Federal  
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Administração  
Universitária. III. Título.

Renata Brocker de Paula

**DESAFIOS DA GESTÃO DO HU/UFSC, APÓS A CRIAÇÃO DA  
EBSERH PELO GOVERNO FEDERAL**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 08 de agosto de 2016.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alessandra de Linhares Jacobsen  
Coordenadora do Curso

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Irineu Manoel de Souza  
Orientador  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alessandra de Linhares Jacobsen  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Dr. Cláudio José Amante  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Dr. Luiz Henrique Cademartori  
Membro externo  
Universidade Federal de Santa Catarina



Dedico este trabalho a minha família, em especial ao meu pai, Lauro Leonidas Brocker (*in memoriam*), com todo amor.



## AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa um sonho realizado e uma nova etapa que se inicia.

Primeiramente, agradeço a Deus que me deu saúde e condições para superar as dificuldades e assim poder realizá-lo.

A minha querida mãe Soili Brocker e meu pai Lauro Leonidas Brocker (*in memoriam*) por terem me repassado valores de vida.

Aos meus irmãos Ana Cláudia, Fernanda e Marcos Rogério e meu esposo Luciano pelo apoio desde o início dessa trajetória.

A minha amiga Kátia Denise Moreira, Secretária Executiva e Doutoranda, que me incentivou a iniciar o mestrado.

Agradeço pela companhia, ao longo do curso, dos colegas do Programa de Pós-Graduação da Administração Universitária, principalmente das colegas do PPGAU e do HU/UFSC, Marluce Mafra e Marilda Nair dos Santos, pela troca de saberes e amizade.

Ao meu orientador, Prof. Irineu Manoel de Souza, por ter me escolhido como orientanda.

Aos professores que prontamente aceitaram o convite para participar da banca examinadora. Em especial à Professora Alessandra de Linhares Jacobsen, que contribuiu com valiosas sugestões para o aperfeiçoamento deste estudo.

A todos os professores que contribuíram para minha formação.

Aos colegas de trabalho da Direção Geral do HU-UFSC, principalmente aos Diretores, que disponibilizaram algumas horas do seu dia para cooperar com este trabalho.

Muito obrigada a todos!





## RESUMO

A pesquisa teve como objetivo analisar desafios da gestão do Hospital Universitário da UFSC, após a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) pelo Governo Federal. Esta pesquisa se caracteriza quanto à natureza como básica; quanto à forma de abordagem predominantemente qualitativa, quanto aos fins é descritiva e quanto aos meios é pesquisa de campo, documental, bibliográfica e estudo de caso. A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e de questionário junto aos Diretores e chefias do Hospital Universitário e Coordenadores do Centro de Ciências da Saúde, Centro Socioeconômico e Centro de Filosofia e Ciências Humanas, que desenvolvem atividades de ensino, pesquisa e extensão no Hospital Universitário. Conclui-se o estudo com a apresentação dos desafios da gestão do HU-UFSC, após a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) pelo Governo Federal, destacando a falta de pessoal em decorrência da não contratação pelo Governo Federal, que interfere na qualidade da assistência, ensino, pesquisa e extensão; fechamento de leitos; pagamento de adicional de plantão hospitalar, gerando sobrecarga de pessoal e adoecimento. Também foram ressaltadas as semelhanças e diferenças na gestão do Hospital Universitário pela UFSC e na gestão do Hospital Universitário pela EBSERH.

**Palavras-chave:** Gestão Universitária. Administração Hospitalar. Hospital Universitário. UFSC. EBSERH.



## ABSTRACT

The research aimed to analyze challenges to manage the University Hospital at UFSC, after the Federal Government created the public company EBSEH. The research was characterized as a basic research and qualitative predominant approach, categorized as a descriptive, field research, bibliographical, documentary and a case study. The research was conducted through interviews with Directors and questionnaire applied to managers of the University Hospital and Coordinators of the Health Sciences Center, Social and Economic Center and Philosophy and Humanities Center, which developing teaching, research and extension at the University Hospital. So, it was concluded presenting the challenges to manage the University Hospital at UFSC, after the Federal Government created the public company EBSEH, highlighting the lack of staff due to not hiring by Federal Government, interfering at the quality of care, teaching, research and extension; lack of hospital beds; additional charge, occurring overload work and illness. Also the research presented the similarities and differences in management of the University Hospital by UFSC and management of the University Hospital by EBSEH.

**Keywords:** University Management. Hospital Administration. University Hospital. UFSC. EBSEH.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mapa de Filiais da EBSEERH.....	75
Figura 2 Quantitativo de assistência hospitalar no HU/UFSC em 2015.....	133

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Características do modelo Patrimonialista.....	33
Quadro 2 Modelo descritivo burocrático para as organizações pública.....	34
Quadro 3 Principais disfunções da burocracia.....	35
Quadro 4 Princípios do Novo Serviço Público.....	39
Quadro 5 Empresas Públicas Brasileiras.....	43
Quadro 6 Princípios Doutrinários do SUS.....	50
Quadro 7 Universidades Federais Brasileiras.....	59
Quadro 8 Hospitais Universitários por região brasileira.....	69
Quadro 9 Hospitais Universitários filiados à EBSEERH.....	73
Quadro 10 Hospitais Universitários que não são filiados à EBSEERH.....	76
Quadro 11 Competência dos gestores dos Hospitais Universitários filiados à EBSEERH.....	79
Quadro 12 Quantitativo de pessoal dos Hospitais Universitários filiados à EBSEERH.....	85
Quadro 13 Motivos para aderir ou não à EBSEERH.....	96
Quadro 14 Temas e Fontes utilizadas.....	102
Quadro 15 Categorias e Fatores de Análise.....	104
Quadro 16 Relação entre objetivos específicos e questões aplicadas na pesquisa de campo.....	109
Quadro 17 Identificação dos respondentes.....	111
Quadro 18 Participantes da Pesquisa por meio de entrevista semiestruturada.....	112
Quadro 19 Participantes da Pesquisa por meio de questionário.....	113
Quadro 20 Apuração da Consulta Pública HU/EBSEERH.....	126
Quadro 21 Quantitativo de Quantitativo de leitos em uso no HU/UFSC de 2012 a 2015.....	131
Quadro 22 Quantitativo de cargos de direção e funções gratificadas na gestão do HU pela UFSC.....	134
Quadro 23 Quantidade de cargos de direção e funções gratificadas na gestão do HU pela EBSEERH.....	134

Quadro 24 Estrutura Organizacional do Hospital Universitário pela UFSC e Hospital Universitário pela EBSEH.....	135
Quadro 25 Desafios da Gestão Estrutural do HU/UFSC, de acordo com os fatores de análise.....	156
Quadro 26 Quantidade de servidores lotados no HU/UFSC.....	157
Quadro 27 Desafios da Gestão de Pessoas do HU/UFSC.....	184
Quadro 28 Origem das receitas do HU.....	185
Quadro 29 Dados orçamentários do HU – 2011 a 2015.....	186
Quadro 30 Desafios da Gestão Orçamentária do HU/UFSC.....	195
Quadro 31 Docentes de outras áreas da saúde com atividades no HU/UFSC, em 2015.....	196
Quadro 32 Aspectos que facilitam as atividades de ensino, pesquisa e extensão no HU/UFSC.....	209
Quadro 33 Aspectos que dificultam as atividades de ensino, pesquisa e extensão no HU/UFSC.....	209
Quadro 34 Desafios da Gestão no Ensino, Pesquisa e Extensão do HU/UFSC, de acordo com o fator de análise.....	213
Quadro 35 Desafios em relação à Tomada de decisão.....	227
Quadro 36 Desafios em relação à Autonomia.....	228
Quadro 37 Desafios em relação à Escolha do Dirigente.....	228
Quadro 38 Desafios da gestão do Hospital Universitário pela Universidade Federal de Santa Catarina e as perspectivas na gestão do Hospital Universitário pela EBSEH.....	236
Quadro 39 Semelhanças e Diferenças na gestão do Hospital Universitário pela UFSC e na gestão do Hospital Universitário pela EBSEH.....	238

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Modelo de organograma gestão do HU/UFSC definido pela EBSEERH.....	151
Gráfico 2 Modelo de organograma gestão do HU/UFSC definido pela EBSEERH.....	152
Gráfico 3 Estrutura Organizacional.....	153
Gráfico 4 Continuação do funcionamento porta aberta.....	154
Gráfico 5 Funcionamento porta aberta.....	155
Gráfico 6 Quadro de pessoal.....	171
Gráfico 7 Quadro de pessoal.....	172
Gráfico 8 Trabalhadores Fundacionais.....	173
Gráfico 9 Trabalhadores Fundacionais.....	174
Gráfico 10 Demissão dos fundacionais.....	175
Gráfico 11 Demissão dos fundacionais.....	176
Gráfico 12 Cedência dos servidores.....	177
Gráfico 13 Cedência dos servidores.....	178
Gráfico 14 Contratação de pessoal via EBSEERH.....	179
Gráfico 15 Contratação de pessoal via EBSEERH.....	180
Gráfico 16 Absenteísmo.....	181
Gráfico 17 Absenteísmo.....	182
Gráfico 18 Gestão orçamentária.....	193
Gráfico 19 Gestão orçamentária.....	194
Gráfico 20 Gestor do ensino e pesquisa.....	206
Gráfico 21 Gestor do ensino e pesquisa.....	207
Gráfico 22 Gestor do ensino e pesquisa.....	208
Gráfico 23 Tomada de decisão.....	221
Gráfico 24 Tomada de decisão.....	222
Gráfico 25 Escolha do dirigente máximo do HU/UFSC.....	223
Gráfico 26 Escolha do dirigente máximo do HU/UFSC.....	224
Gráfico 27 Autonomia gerencial.....	225
Gráfico 28 Autonomia gerencial.....	226
Gráfico 29 Indicação da idade.....	282
Gráfico 30 Indicação do sexo.....	283
Gráfico 31 Indicação do nível de escolaridade.....	283
Gráfico 32 Tempo de experiência em chefia.....	284
Gráfico 33 Indicação de idade.....	285
Gráfico 34 Indicação do sexo.....	286
Gráfico 35 Indicação do nível de escolaridade.....	287
Gráfico 36 Tempo de experiência em chefia.....	287

Gráfico 37 Indicação da idade.....	289
Gráfico 38 Indicação do sexo.....	290
Gráfico 39 Tempo de docência na UFSC.....	291
Gráfico 40 Tempo de experiência em chefia na UFSC.....	292
Gráfico 41 Indicação da idade.....	293
Gráfico 42 Indicação do sexo.....	294
Gráfico 43 Tempo de docência na UFSC.....	295
Gráfico 44 Tempo de experiência em chefia na UFSC.....	296
Gráfico 45 Indicação da idade.....	297
Gráfico 46 Indicação do sexo.....	298
Gráfico 47 Tempo de docência na UFSC.....	299
Gráfico 48 Tempo de experiência em chefia.....	300



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAHUE	-	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
AGHU	-	Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários
APH	-	Adicional por Plantão Hospitalar
ANVISA	-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
EBSERH	-	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
CCS	-	Centro de Ciências da Saúde
CCJ	-	Centro de Ciências Jurídicas
CFH	-	Centro de Filosofia e Ciências Humanas
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	-	Departamento de Informática do SUS
IES	-	Instituições de Ensino Superior
IFES	-	Instituições Federais de Ensino Superior
HU	-	Hospital Universitário
HU/UFSC	-	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
HU/UFSM	-	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDB	-	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	-	Ministério da Educação
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PPGAU	-	Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária da UFSC
SAMU	-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES/SC	-	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SISREG	-	Sistema Nacional de Regulação
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	-	Tribunal de Contas da União
UFSC	-	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	23
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA.....	27
1.2	OBJETIVOS.....	28
1.3	JUSTIFICATIVA DA PESQUISA.....	29
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO.....	30
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	31
2.1	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	31
<b>2.1.1</b>	<b>Conceituação</b> .....	31
<b>2.1.2</b>	<b>Evolução da Administração Pública</b> .....	32
2.1.2.1	Patrimonialismo.....	32
2.1.2.2	Burocracia.....	33
2.1.2.3	Gerencialismo.....	36
2.2.4	Novo Serviço Público.....	38
<b>2.1.3</b>	<b>Administração Direta e Administração Indireta</b> .....	40
2.1.3.1	Entidades da Administração Indireta.....	41
<b>2.1.4</b>	<b>Políticas Públicas</b> .....	44
<b>2.1.5</b>	<b>Reforma Sanitária</b> .....	46
<b>2.1.6</b>	<b>Sistema Único de Saúde (SUS)</b> .....	49
<b>2.1.7</b>	<b>Universidades Federais Brasileiras</b> .....	55
2.1.7.1	Gestão Universitária.....	61
<b>2.1.8</b>	<b>Hospitais Universitários Federais</b> .....	65
2.1.8.1	Gestão dos Hospitais Universitários Federais.....	71
2.1.8.2	Gestão Estrutural.....	77
2.1.8.3	Gestão de Pessoas.....	81
2.1.8.4	Gestão Orçamentária.....	89
2.1.8.5	Gestão do Ensino, Pesquisa e Extensão.....	90
2.2	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES.....	92
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	101
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	101
3.2	CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA.....	101
3.3	COLETA DE DADOS.....	103
3.4	TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	110
3.5	LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	111
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	114
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA UFSC E DO HU/UFSC.....	114
<b>4.1.1</b>	<b>Caracterização da UFSC</b> .....	114
<b>4.1.2</b>	<b>Caracterização do HU/UFSC</b> .....	115

4.2	ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO HU/UFSC	119
4.3	DESAFIOS ENFRENTADOS NA GESTÃO DO HU/UFSC, APÓS A CRIAÇÃO DA EBSEERH.....	122
4.3.1	<b>Desafios da Gestão Estrutural do HU/UFSC, após a criação da EBSEERH.....</b>	131
4.3.2	<b>Desafios da Gestão de Pessoas do HU/UFSC, após a criação da EBSEERH.....</b>	157
4.3.3	<b>Desafios da Gestão Orçamentária do HU/UFSC, após a criação da EBSEERH.....</b>	185
4.3.4	<b>Desafios da Gestão do Ensino, da Pesquisa e da Extensão, após a criação da EBSEERH.....</b>	195
4.3.5	<b>Desafios da Gestão em relação a tomada de decisão, autonomia e escolha do dirigente máximo.....</b>	213
4.4	<b>Semelhanças e Diferenças em relação a gestão do Hospital Universitário pela Universidade Federal de Santa Catarina e pela EBSEERH.....</b>	229
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....</b>	241
5.1	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	241
5.2	RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	243
	REFERÊNCIAS.....	245
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	265
	APÊNDICE B - Instrumento de Pesquisa 1 – Entrevista com gestores da Direção Geral do HU/UFSC.....	267
	APÊNDICE C - Instrumento de Pesquisa 2 – Questionário às Chefias do HU/UFSC dos setores vinculados à Diretoria Geral, Diretoria de Administração, Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar.....	269
	APÊNDICE D - Instrumento de Pesquisa 3 – Questionário às Chefias do HU/UFSC dos setores vinculados à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina.....	272
	APÊNDICE E - Instrumento de Pesquisa 4 – Questionário aos Coordenadores dos Cursos de Graduação da Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Serviço Social/UFSC.....	276

APÊNDICE F - Instrumento de Pesquisa 6 – Questionário aos Coordenadores de Pesquisa dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde e do Departamento de Psicologia e Serviço Social/UFSC....	278
APÊNDICE G – Instrumento de Pesquisa 7 – Questionário aos Coordenadores de Extensão dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde e do Departamento de Psicologia e Serviço Social/UFSC....	280
APÊNDICE H – Gráficos do Perfil das Chefias Vinculadas à Diretoria Geral, Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar e Diretoria de Administração.....	282
APÊNDICE I – Gráficos do Perfil das Chefias do HU/UFSC dos Setores Vinculados à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina.....	285
APÊNDICE J – Gráficos do Perfil dos Coordenadores dos Cursos de Graduação da Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Serviço Social/ UFSC.....	289
APÊNDICE K – Gráficos do Perfil dos Coordenadores de Pesquisa dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde e do Departamento de Psicologia e Serviço Social/ UFSC.....	293
APÊNDICE L - Gráficos do Perfil dos Coordenadores de Extensão dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde e Departamento de Psicologia e Serviço Social/ UFSC.....	297
ANEXO A - Contrato de Adesão do HU/UFSC à EBSERH.....	301
ANEXO B - Organograma da Direção Geral do HU organizado pela UFSC.....	311
ANEXO C - Organograma da Diretoria de Administração do HU organizado pelo UFSC.....	312
ANEXO D - Organograma da Diretoria de Medicina do HU organizado pelo UFSC.....	313
ANEXO E - Organograma da Diretoria de Enfermagem do HU organizado pelo UFSC.....	314
ANEXO F - Organograma da Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar do HU organizado pela UFSC.....	315



## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema da Saúde Pública no Brasil tem sofrido mudanças ao longo das últimas décadas, sendo a mais importante delas a conquista do direito à saúde com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que garante a saúde como direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988).

O acesso universal e integral à saúde pública no Brasil foi concebido pela Constituição Federal de 1988 e concretizado por meio da Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

De acordo com a Portaria nº. 3.390, de 30 de dezembro de 2013, do Ministério da Saúde, os hospitais são considerados complexos:

[...] com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013a).

Além da assistência, os Hospitais Universitários constituem-se, ainda, em espaços de ensino, pesquisa e formação de recursos humanos na área da saúde para o SUS, assumindo função assistencial relevante para a população (BRASIL, 2013a).

Os Hospitais Universitários foram fundados para atender a necessidade de formação de profissionais dos cursos acadêmicos da área da saúde das Universidades Públicas Federais (BRASIL, 1988).

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), objeto deste trabalho, foi fundado em 2 de maio de 1980, conforme previsto no Artigo 12, Inciso V do Estatuto da Universidade Federal de Santa Catarina, é um órgão suplementar, diretamente vinculado ao Reitor, e tem por finalidade promover assistência, ensino, pesquisa, e extensão na área de saúde e afins (UFSC, 2012).

O HU/UFSC foi fundado há 35 anos como Hospital Público Federal, e desde então, é totalmente gratuito, considerado referência

estadual em diversas especialidades e com grande demanda para alta complexidade<sup>1</sup>, tendo em vista que provém em sua estrutura recursos tecnológicos avançados e competência multiprofissional para resolver procedimentos e cirurgias de grande porte (HU/UFSC).

O HU/UFSC é vinculado ao Ministério da Educação e, devido aos atendimentos serem exclusivamente por meio do SUS, possui contratualização com a Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2013b).

No ano de 2013, 43% da população não possuía plano de saúde e utilizava o SUS como seu prestador de serviços de saúde, conforme divulgado no Plano Municipal de Saúde de Florianópolis, para o exercício de 2014 a 2017 (SECRETARIA..., 2014).

A população de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, é de 469.690 habitantes, ou seja, 43% dos habitantes que não possuem plano de saúde representam, aproximadamente, 202.000 pessoas que necessitam da assistência de saúde da rede pública, onde os hospitais universitários estão inseridos (IBGE..., 2015).

O Governo Federal, desde a década de 80, não vem contratando servidores públicos para trabalhar nos Hospitais Universitários Federais. Diante desta situação, os Hospitais Universitários contrataram fundacionais para dar conta dos atendimentos (HU/UFSC).

Na visão do Tribunal de Contas da União (TCU), os Hospitais Universitários vivenciavam uma crise gerencial e financeira em virtude da insuficiência orçamentária e de recursos humanos; a precariedade no contrato de pessoal com as fundações de apoio; e a falta de autonomia, devido à dependência da estrutura da Universidade (TCU, 2015).

Com o propósito de reestruturar os Hospitais Universitários Federais, no sentido de oferecer condições para desempenhar plenamente as suas funções, o Governo Federal criou o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF) (BRASIL, 2011).

---

<sup>1</sup>De acordo com a SES (2016), “os serviços de Alta Complexidade existentes no hospital e devidamente cadastrados/contratados pelo SUS são: AIDS, gravidez de alto risco, urgência e emergência, cirurgia cardíaca, oncologia, neurocirurgia, ortopedia, lesões lábio-palatal, gastroplastia, queimados, epilepsia, implante dentário osteointegrado e transplantes [...]”.



E para resolver a falta de profissionais no quadro de pessoal dos Hospitais Universitários, o Estado criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por meio da Lei nº 12.550/2011, de 15 de dezembro de 2011, uma empresa pública com o objetivo de administrar unidades hospitalares mediante contrato assinado com as Instituições Federais de Ensino (BRASIL, 2011).

Neste cenário, apresenta-se o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) que pelo fato de ser um órgão suplementar vinculado ao Reitor, aguardou a decisão de aderir ou não à EBSERH, que dependia da apreciação, aprovação ou indeferimento do Conselho Universitário da UFSC, órgão deliberativo de matéria de administração e política universitária (REGIMENTO..., 1983).

A matéria sobre a EBSERH no Conselho Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina iniciou-se em 25 de setembro de 2012, quando a Vice-Reitora à época, propôs a criação de um grupo de trabalho para definir um cronograma de discussões e apresentações da EBSERH à Comunidade Universitária (CUn, 2012).

Em 15 de julho de 2013, o Conselho Universitário homologou os nomes para compor a comissão de discussão da EBSERH. A referida comissão realizou 16 reuniões, ocorridas entre agosto de 2013 a setembro de 2014. Em 7 de outubro de 2014, no Conselho Universitário iniciaram debates institucionais sobre os diferentes posicionamentos relacionados à gestão do Hospital Universitário, com a participação da Direção do HU/UFSC e Comissão de discussão da EBSERH, ocasião em que a Comissão propôs a realização de debates sobre a EBSERH nos centros de ensino, nos *campi*, no Hospital Universitário e no Auditório Garapuvu do Centro de Eventos da UFSC, bem como a realização de uma consulta pública sobre a adesão ou não do Hospital Universitário à EBSERH, com a finalidade de subsidiar a decisão do Conselho Universitário (SUBSÍDIOS..., 2015).

Os debates ocorridos entre quatro de novembro a vinte e cinco de novembro de 2014, contaram com a presença da Reitora da Universidade Federal de Santa Catarina e Vice-Reitora, gestão 2012 a 2016, Superintendentes dos Hospitais Universitários filiados à EBSERH, Diretoria do HU/UFSC e representantes do Fórum Catarinense em defesa do SUS e contra as privatizações (SUBSÍDIOS..., 2015).

Na consulta pública, realizada em 29 de abril de 2015, foi questionado se a comunidade universitária era favorável ou contrária à EBSERH. O voto foi universal e os resultados foram estratificados das votações da Comunidade Universitária da UFSC, representada pelos

docentes, técnicos administrativos e discentes da Universidade e estudantes maiores de 16 anos do Colégio Aplicação. De um total de 42.314 eleitores aptos, compareceram às urnas 8.838. Dos votantes, 69,82% foram contrários à adesão; 28,85% foram favoráveis (PARECER RELATOR PROCESSO 23080.061734/2015-11, 2015).

Tendo em vista que a consulta pública foi realizada para subsidiar a decisão do Conselho Universitário, o processo de n.º 23080.061734/2015-11 referente à apreciação da adesão da EBSEH no HU/UFSC, foi encaminhado para relatoria. Na reunião do Conselho Universitário, realizada em dia 20 de novembro de 2015, no Espaço Físico Integrado, o relator recomendou a Reitoria e a Direção do Hospital Universitário a iniciação das tratativas para a adesão à EBSEH. Nesta sessão, houve pedido de vista dos autos. Desta maneira, não houve votação do parecer do relator (CUn, 2015).

Em nova sessão, realizada em 24 de novembro de 2015, na sala do Conselho Universitário, os membros foram convocados para apreciar a relatoria de vista. E posteriormente, realizar a votação da adesão ou não à EBSEH no HU/UFSC. Após o término do parecer de relatoria de vista e no momento em que a Reitora à época informou que seria iniciada a votação, manifestantes adentraram a sessão com palavras de ordem contra a adesão à EBSEH. Diante da manifestação, foi interrompida a reunião (CUn, 2015).

A aprovação da EBSEH em diversas Universidades Federais teve que ser colocada várias vezes em pauta nas reuniões dos Conselhos Universitários, resistir a diversas mobilizações estudantis e ser aprovada em regime de urgência (SINTUFSC).

Na intenção de não haver interrupções por manifestantes e concluir a pauta da votação da adesão à EBSEH, a Reitora da Universidade Federal de Santa Catarina, à época, convocou os membros para reunião fora do âmbito Universitário, que ocorreu no Centro de Ensino da Polícia Militar. Nesta sessão, realizada no dia 1.º dezembro de 2015, estavam presentes 38 membros, dos 67 que integram o Conselho Universitário (CUn, 2015).

A adesão à EBSEH foi decidida por 35 membros (52% do total de membros) que votaram favoravelmente ao início das tratativas para adesão do HU/UFSC à EBSEH e decidiram que a elaboração do contrato fosse acompanhada pela Vice-Diretora do HU, Vice-Reitora da UFSC e Vice-Diretor do Centro de Ciências Jurídicas da UFSC, e posteriormente, seria apreciado e colocado em votação pelo Conselho Universitário (CUn, 2015).

O relator do processo, o relator de vista e vinte e sete membros do Conselho Universitário não estavam presentes na reunião realizada no Centro de Ensino da Polícia Militar, por considerarem um desrespeito a autonomia universitária, realizar a reunião fora do âmbito da Universidade (SINTUFSC, 2015).

O contrato entre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) foi assinado em 16 de março de 2016 (NOTÍCIAS UFSC, 2016).

## 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A saúde é o maior bem do indivíduo, pois é inerente à própria vida e condição para a plena capacidade laboral e realização dos prazeres do cotidiano. A Organização Mundial de Saúde (1946), em sua constituição, define saúde como um estado pleno de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença.

A política pública de saúde no Brasil apresenta grande insatisfação dos usuários da rede pública pelo fato de não haver investimento suficiente por parte do Estado para suprir as necessidades da população. A má organização e funcionamento dos hospitais públicos atingem os cidadãos brasileiros que mais precisam deste serviço (CAHALI, 2012).

Devido ao aumento de usuários do Sistema Único de Saúde, os Hospitais Universitários expandiram a sua estrutura física, mas o Governo Federal não contratou quadro de pessoal necessário, por meio de concurso público, para atender à demanda. Nos últimos anos, alguns cargos foram extintos, por esta razão, foram perdidas vagas, e para suprir a necessidade de pessoal, as Universidades vinculadas aos Hospitais Universitários contrataram trabalhadores via fundações de apoio. O HU/UFSC, atualmente, possui 109 trabalhadores contratados via Fundação de Apoio em seu quadro de pessoal (HU/UFSC).

O Tribunal de Contas da União orientou, por meio do Acórdão n.º 2681/2011, que a UFSC substituisse os trabalhadores do Hospital por meio de concurso público, até dezembro de 2015, sob a pena de responsabilização dos gestores (TCU, 2011).

Segundo Sodré (2013), a falta de prioridade de contratação pelo Governo Federal; contratação de trabalhadores via fundação de apoio, considerada ilegal pelo Tribunal de Contas da União; instalação física inadequada e subutilização da capacidade instalada foram alguns dos problemas ocorridos nos Hospitais Universitários Federais.

O HU/UFSC, sendo uma entidade pública federal, depende da autorização do Estado para o repasse de recursos financeiros e autorização de código de vaga para a contratação de pessoas. Em virtude da não contratação, principalmente dos cargos da área de enfermagem e medicina, o HU/UFSC teve algumas complicações, como fechamento de leitos nas unidades de assistência, reduzindo a oferta de serviços de saúde à população (HU/UFSC).

O HU/UFSC, objeto deste estudo, possui 206 leitos em uso, 65 desativados, 28 leitos novos que não foram abertos por falta de pessoal, totalizando 299 existentes (BOLETIM...,2016).

Com este cenário, muitos profissionais lotados na Instituição sentem-se sobrecarregados por que duplicam a jornada de trabalho para cobrir os horários de assistência ao paciente, tendo em vista a falta de profissionais no quadro de pessoal. E por conta da sobrecarga de trabalho, afastam-se por motivos de saúde (HU/UFSC).

O Governo Federal, não querendo contratar pessoal pela Lei nº. 8.112/1990, criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública de direito privado, por meio da Lei 12.550/2011, como solução para reposição de recursos humanos e novo modelo de gestão hospitalar para os Hospitais Universitários (BRASIL, 2011).

Deste modo, pretende-se responder a seguinte problemática:

Quais desafios enfrentados na gestão do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), após a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) pelo Governo Federal?

Para encontrar respostas adequadas ao referido problema de pesquisa, definiram-se os seguintes objetivos.

## 1.2 OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho é “Analisar desafios da gestão do Hospital Universitário da UFSC, após a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) pelo Governo Federal”.

Para o alcance do objetivo geral, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- a) Descrever a estrutura e funcionamento do HU/UFSC;
- b) Identificar desafios enfrentados na gestão do HU/UFSC, após a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) pelo Governo Federal;

- c) Conhecer semelhanças e diferenças da gestão do Hospital Universitário pela Universidade Federal de Santa Catarina e gestão do Hospital Universitário pela EBSEH.

### 1.3 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Um Hospital Público é, primeiro de tudo, uma instituição social, pois o Estado Democrático de Direito deve garantir ao cidadão o direito à saúde, conforme prevê o art. 6º da Constituição Federal: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]” (BRASIL, 1988).

Os Hospitais Universitários prestam assistência à saúde e têm a missão de formar profissionais, portanto respondem, ao mesmo tempo, pelas políticas públicas da saúde e educação.

A saúde e a educação são direitos constitucionais. Desta forma, Chauí (2003) afirma que a educação deve ser pensada como um investimento social e político, e não pode ser concebida pelo Estado com um gasto público. Tanto a educação quanto a saúde pública não podem ser tratadas como privilégio e nem como serviço.

O estudo tem relevância devido à importância do Hospital Universitário Professor Polydoro de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina, para a população catarinense, tendo em vista que é um hospital totalmente gratuito e de referência estadual em diversas especialidades (HU/UFSC).

Ao considerar a relevância da instituição hospitalar pública para a população e, em virtude de toda problemática em seu envolvimento, justifica-se investir em pesquisas para explorar e ampliar o conhecimento em gestão.

Diante de tantas críticas e dúvidas sobre o método de trabalho da EBSEH, criada em 2011, o Hospital Universitário Professor Polydoro de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), até o final do ano de 2015, não havia decidido acerca da adesão à EBSEH, proposta pelo Governo para solução dos problemas de falta de pessoal.

O cenário que se apresenta no HU/UFSC é a dificuldade de pessoal em razão da não contratação por meio do Governo Federal, por meio de concurso público, recurso ineficiente para investimentos, manutenção de equipamentos e serviços terceirizados (HU/UFSC).

A pesquisa é oportuna porque, em virtude de ter aderido à EBSEH, haverá implicações na instituição em estudo. A instituição vivenciou e, ainda, está vivenciando um período conturbado, tendo em vista que o Governo Federal impôs a implantação da EBSEH para resolver os problemas dos Hospitais Universitários Federais.

O trabalho é viável porque a pesquisadora é servidora da Instituição, tem acesso aos documentos acerca do tema e está vivenciando os desafios enfrentados atualmente pela gestão do HU/UFSC. Considerando-se a importância do fenômeno abordado, a pesquisadora contribuirá para a prática (gestão do Hospital Universitário) e para o Programa de Pós-Graduação de Administração Universitária.

#### 1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho está estruturado em cinco capítulos principais, sendo eles o de Introdução, de Fundamentação Teórica, de Metodologia, de Apresentação e Análise de Dados e as Considerações Finais.

O primeiro capítulo, de Introdução, traz a contextualização do problema de pesquisa, a pergunta de pesquisa, bem como o objetivo geral e os específicos e sua justificativa.

No segundo capítulo, de fundamentação teórica, são apresentadas as teorias que amparam o desenvolvimento do atual estudo, especialmente temas como Administração Pública, e de forma ampla os seus modelos de gestão e formas de atuação. Logo, são descritas as Políticas Públicas; Reforma Sanitária; Sistema Único de Saúde; Universidades Federais Brasileiras; Gestão Universitária; Hospitais Universitários Federais; Gestão dos Hospitais Universitários Federais; Estrutura e Funcionamento dos Hospitais Universitários Federais; Gestão Estrutural; Gestão de Pessoas; Gestão Orçamentária; Gestão do Ensino, Pesquisa e Extensão.

No terceiro capítulo, constam os procedimentos metodológicos utilizados para a realização da pesquisa, incluindo a caracterização e classificação da pesquisa, definição da população e técnicas adotadas para a coleta e análise de dados. No quarto capítulo, seguem a apresentação e análise de dados em consonância com o objetivo geral e objetivos específicos delineados. Finalmente, no quinto capítulo, apresentam-se as Considerações Finais da pesquisa, e em seguida, as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, são abordados os embasamentos teóricos para realização da pesquisa, sendo compostos pelos seguintes capítulos: Administração Pública; Patrimonialismo; Burocracia; Gerencialismo; Novo Serviço Público; Administração Direta e Administração Indireta; Políticas Públicas; Reforma Sanitária; Sistema Único de Saúde (SUS); Universidades Federais Brasileiras; Gestão Universitária; Hospitais Universitários Federais; Gestão dos Hospitais Universitários Federais; Gestão Estrutural; Gestão de Pessoas; Gestão Orçamentária; Gestão do Ensino, Pesquisa e Extensão e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

### 2.1 Administração Pública

Tendo em vista que o HU/UFSC, objeto deste estudo, e a EBSERH, ambos fazem parte da Administração Pública Indireta. Primeiramente, é conceituada Administração Pública. E, na sequência, aborda-se a evolução da Administração Pública no Brasil.

#### 2.1.1 Conceituação

Desde o início das civilizações, os homens foram se organizando em sociedade para buscar melhores condições de vida e manter a relação entre pessoas. A partir desse conceito, o Estado de Direito organiza-se nos limites previstos na Constituição Federal e nas Leis, objetivando alcançar o bem-estar social. O Estado passou a se aparelhar de forma complexa em prol dos seus serviços e execução dos seus objetivos, sendo denominado de Administração Pública (SANTOS, 2005).

A administração pública é fortemente orientada para a sociedade e para o interesse público (BERGUE, 2011).

Meirelles (2002) complementa que, na Administração Pública somente é permitido fazer o que a lei autoriza. Já, Guimarães (2012) entende que a lei está vinculada a administração, mas não é capaz de determinar antecipadamente todas as situações que pode ou não fazer, tendo em vista que as normas precisam ser interpretadas.

Segundo Farham e Horton (1992 apud PAULA, 2005, p. 84),

[...] a administração pública tem uma natureza multifuncional que resulta em estruturas complexas e envolve as seguintes expectativas: o atendimento dos interesses públicos e o

provimento dos bens e serviços. Por outro lado, os corpos públicos operam dentro de uma estrutura legal, pois no setor público só se pode fazer o que a lei permite e prescreve: a accountability então deve se referir à responsabilidade e ao comprometimento do funcionário em relação às restrições legais.

Matias-Pereira (2010) afirma que a Administração Pública executa as decisões políticas e legislativas.

Assim, a Administração Pública tem como propósito a gestão de bens e interesses qualificados da comunidade no âmbito dos três níveis de governo: federal, estadual ou municipal, segundo preceitos de Direito e da Moral, visando o bem comum (MATIAS-PEREIRA, 2010, p. 62).

Bergue (2007) destaca que um dos problemas da administração pública brasileira é a cultura de reproduzir modelos concebidos no Exterior e querer reproduzi-los. Bergue (2011) afirma que as organizações públicas diferem das empresas privadas em finalidade e se assemelham em sistemas de gestão

Outra situação comum nas instituições públicas é encontrar gestores públicos brasileiros que não tenham formação em Administração Pública. Alguns são graduados em Administração, mas com formação voltada para a lógica do mercado privado (DASSO JÚNIOR, 2006).

## **2.1.2 Evolução da Administração Pública**

A partir do Estado Moderno, surgiram diferentes formas de atuação da Administração Pública: a patrimonialista, a burocrática, a gerencial e o novo serviço público (MATIAS-PEREIRA, 2010; DENHARDT, 2007).

### **2.1.2.1 Patrimonialismo**

No período colonial no Brasil, de 1500 a 1822, o rei e seus aliados utilizam o aparelho administrativo para atender aos seus interesses pessoais. Desta forma, não havia distinção entre o bem privado do governante e o patrimônio público. O rei utilizava o aparelho



de Estado como uma extensão do seu poder. Na época, os esforços eram focados na arrecadação de tributos. Não havia definições de competência nos cargos públicos, os quais eram ocupados pela nobreza ou burguesia, como recompensas, gerando o nepotismo, o que contribuía para a prática da corrupção (PAULA, 2005; MATIAS-PEREIRA, 2010).

Segundo Paula (2005, p. 106), “a herança colonial contribuiu para que a centralização do poder na cúpula e o autoritarismo [...] se tornassem distintivos da administração pública brasileira, que persistiram durante a República Velha (1889-1929) e na era Vargas (1930-45)”.

O quadro 1 apresenta características do modelo Patrimonialista.

Quadro 1 – Características do modelo Patrimonialista

Autoritarismo	Submissão às vontades do monarca
Nepotismo	Ofertas de cargo como recompensas
Corrupção	Associação do bem público aos bens do monarca
Antiprofissionalismo	Não havia critérios para escolha dos agentes públicos
Falta de divisão de tarefas	Não havia definições de competência

Fonte: Adaptado de Paula (2005) e Matias-Pereira (2010).

O nepotismo e a corrupção são características próprias do patrimonialismo. O regime foi marcado pela exploração do bem público, o desserviço, e a falta de profissionalismo (MATIAS-PEREIRA, 2010).

Segundo Bresser-Pereira (1998), a distinção entre a coisa pública e os bens privados foi compreendida com o surgimento do capitalismo e da democracia. E a partir do advento da industrialização no Brasil, foi instituída a administração burocrática para substituir o modelo patrimonialista (BRESSER-PEREIRA, 1996).

### 2.1.2.2 Burocracia

A Administração Pública burocrática nasceu na segunda metade do século XIX com a finalidade de combater a corrupção e o nepotismo (MATIAS-PEREIRA, 2010).

O modelo burocrático é atribuído a Max Weber, sociólogo alemão, que descreveu minuciosamente as características de tal modelo. Weber desenvolveu a tese de que a burocracia é o meio mais racional de controlar as pessoas e obter um nível elevado de previsibilidade de resultados e descreveu as relações de poder com ênfase nas relações de

dominação do tipo racional-legal, que encontra obediência por meio da lei (WALDO, 1966; BERGUE, 2011).

Para Bresser-Pereira (1998), a burocracia contribuiu para o profissionalismo do serviço público e utilização de um sistema administrativo impessoal, formal e racional.

Secchi (2009) corrobora dizendo que os cargos pertencem às organizações, portanto o poder está relacionado ao cargo, portanto deve-se evitar a apropriação do poder quando o indivíduo não está atuando na organização. A obediência do subordinado ao superior é impessoal, devido ao cargo que o superior ocupa, ou seja, não é pessoal.

Após a segunda guerra mundial, vários países ocidentais adotaram a teoria burocrática. No Brasil, foi criado em 1938, o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) diretamente subordinado ao Presidente da República, que visava promover os padrões weberianos da economia, eficiência, formalidade, impessoalidade e profissionalismo na organização dos serviços públicos (BRASIL, 1938).

O quadro 2 apresenta os referenciais descritivos dos tipos ideais de Weber da Administração Burocrática.

Quadro 2 – Modelo descritivo burocrático para as organizações públicas  
(continua)

Formalização das normas	Os atos administrativos são formulados e registrados por escrito, tais como: leis, decretos, portarias, resoluções, etc. As normas facilitam a padronização e igualdade no tratamento para com as pessoas.
Cientificação nos documentos	Despachos de documentos administrativos, tais como: ciente; de acordo; visto; recebido.
Divisão do trabalho	Divisão sistemática de trabalho, direitos e poder, para que não ultrapasse os limites do papel de um indivíduo para outro.
Definição dos princípios dos atos dos agentes públicos	No caput do art. 37 da Constituição da República, constam: legalidade; impessoalidade; moralidade; publicidade e eficiência, como princípios gerais dos atos dos agentes públicos.

Quadro 2 – Modelo descritivo burocrático para as organizações públicas  
(conclusão)

Hierarquia da autoridade	Definição clara quanto aos níveis de autoridade. Cada cargo inferior está sob controle e supervisão de um posto superior.
Padronização das rotinas e dos procedimentos	Definição clara quanto às rotinas e procedimentos.
Competência técnica e meritocracia	Estabelecer critérios de promoção definidos em planos de carreira.
Segregação entre o público e o privado	Os agentes públicos e políticos não são detentores da propriedade estatal.
Recrutamento e seleção	Recrutamento baseado em critérios previamente estabelecidos e isonômicos.
Plena previsibilidade de funcionamento	Estabelecer processos de trabalho seguindo os referenciais burocráticos (padronização, formalismo) com o intuito de diminuir os imprevistos.
Combate ao nepotismo e a corrupção	Estabelecer procedimentos rígidos

Fonte: Adaptado pela autora dos autores Etzioni (1929), Bergue (2011) e Matias-Pereira (2010).

Foram muitas as contribuições do modelo burocrático às organizações tanto públicas quanto privadas. Entretanto, quando o Estado liberal do século XIX deu lugar ao Estado social e econômico do século XX, foi percebido que a burocracia era dispendiosa, ineficiente, pouco ou nada orientada para o atendimento das demandas dos cidadãos (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Merton (1949 apud BERGUE, 2011) criticou o modelo burocrático devido os excessos e insuficiências na sua consecução. Assim, os efeitos negativos da burocracia foram chamados de disfunções.

O quadro 3 mostra as principais disfunções da Administração Burocrática.

Quadro 3 – Principais disfunções da burocracia

(continua)

Formalismo, rigidez e rigor técnico.	Apego às normas, de tal forma que o detentor do conhecimento atua como um mecanismo de manutenção de poder na organização; Procedimentos Formalizados e padronizados; Valorização da hierarquia no processo de tomada de decisão acerca de situações e casos simples.
--------------------------------------	---

Quadro 3 – Principais disfunções da burocracia

(conclusão)

Resistências e falta de confiança.	Às mudanças; À inovação.
Despersonalização dos relacionamentos.	O indivíduo é reconhecido por intermédio da matrícula ou setor em que atua.
Exibição de sinais de autoridade.	A estrutura física da organização é composta por ilhas, com o intuito de manter o território de poder na organização.
Dificuldade no atendimento a clientes e conflitos com o público.	Dificuldade do agente público em compreender a sua real função, devido ao distanciamento entre Estado e Sociedade.

Fonte: Adaptado pela autora dos autores Etzioni (1929), Bergue (2011) e Matias-Pereira (2010).

O modelo de Administração Pública Burocrática pode ser eficaz se o ambiente não sofre mudanças, as tarefas são simples, e todos desejam o mesmo serviço. Mas, a maioria das instituições públicas está cada vez mais complexas, em ambientes que sofrem interferências constantemente, e os usuários exigem opções e qualidade (OSBORNE, 1994).

Na análise de Persson (2016), é difícil uma organização não ter traços da burocracia, principalmente no poder público. Um dos exemplos práticos é o discurso do Estado de que as Universidades, por serem autônomas, tem a opção de aderir ou não a EBSEH, mas em contrapartida o Estado pressiona a adesão, não autorizando a realização de concursos públicos e atrasando o repasse de recursos orçamentários.

De acordo com Bresser-Pereira (1998), a administração burocrática não protegeu a coisa pública, tendo em vista que não foi eficiente em administrar o Estado de Bem-Estar Social, com a finalidade de responder a crise do Estado, foi adotado o modelo gerencial.

### 2.1.2.3 Gerencialismo

As reformas gerenciais surgem em resposta à crise do Estado na década de 1970, e começaram a ser praticadas a partir da década de 1980 pelo Reino Unido e Estados Unidos, que foram pioneiros no modelo gerencial de administração pública, influenciando os demais países (MARTINS, 1997).

No início dos anos 60, ocorreu a primeira tentativa de reforma gerencial da administração pública brasileira, mas foi em 1967, por meio

do Decreto-lei nº. 200, que deu início a administração gerencial no país (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Segundo Bresser-Pereira (1998), o Decreto-lei nº. 200/67 permitia a contratação de empregados públicos sem concurso, possibilitando a prática patrimonialista (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Foi somente na década de 90 que se estabeleceu o modelo da administração gerencial contemporânea, esta reforma administrativa buscou quebrar o paradigma do modelo burocrático e patrimonialista, oriundo da história do país (BERGUE, 2011).

A reforma gerencial iniciou, em 1995, quando a Secretaria da Administração Federal foi transformada no extinto Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), sob o comando do economista Luiz Carlos Bresser-Pereira (MARTINS, 2002).

Para Bresser-Pereira (1998, p. 28), a administração pública gerencial:

é orientada para o cidadão e para a obtenção de resultados; pressupõe que os políticos e os funcionários públicos são merecedores de grau limitado de confiança; como estratégia, serve-se da descentralização e do incentivo à criatividade e à inovação; e utiliza o contrato de gestão como instrumento de controle dos gestores públicos.

Bresser-Pereira (1996) afirma que o Estado e o mercado estão no centro das mudanças econômicas e políticas ocorridas no mundo e há diferentes interpretações do papel do Estado e como desempenha-lo no campo econômico.

No regime gerencial, o Estado redefine a sua função e deixa de ser responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, atuando de forma descentralizada e baseado no controle por resultados (MATIAS-PEREIRA, 2010).

As funções do Estado na administração pública gerencial é garantir que as leis e as políticas públicas sejam cumpridas e financiadas, bem como a função das forças armadas, a polícia, as agências reguladoras, de financiamento, de fomento e da seguridade social. Os serviços de educação, saúde, cultura e de pesquisa científica são providos, mas não-exclusivos do Estado, portanto podem ser ofertados pelo setor privado ou empresa pública não-estatal (BRESSER-PEREIRA, 1998).

O Estado que se apresenta é influenciado pela esfera privada, substancialmente no que se refere a competitividade, controle de custos,

flexibilidade em relação à contratação e demissão de recursos humanos. É um Estado reducionista baseado na questão gerencial, sem levar em conta os anseios da sociedade (MENDONÇA, 2008).

Para Matias-Pereira (2010), o Estado transferiu para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado.

Para Nogueira (1998 apud PAULA, 2005), o Estado utilizou ferramentas gerenciais trazidas da esfera privada e não a adaptou a sua realidade.

Como alternativa à administração pública gerencial, ou nova gestão pública, como é conhecida no âmbito internacional, foi criado o “novo serviço público”, por Denhardt e Denhardt (DENHARDT, 2012).

No novo serviço público, o papel do cidadão é conhecer os problemas públicos, se sentir pertencente com a comunidade envolvida no processo, contribuindo com o governo em ações de interesse público coletivo (DENHARDT, 2012 apud SANDEL, 1996).

O interesse público está além de uma política baseada no autointeresse do indivíduo. Diz respeito ao mundo em que vivemos, além da nossa existência, ou seja, supera as necessidades cotidianas e de curto prazo, diz respeito aos interesses intrínsecos das instituições e deve refletir de forma positiva na vida das futuras gerações (DENHARDT, 2012 apud d'ENTREVES, 1992).

#### 2.1.2.4 Novo Serviço Público

O novo serviço público tem sentido se estiver inserido no processo de contribuição da comunidade. O significado de comunidade é o significado para o novo serviço público. A comunidade é confiável e trabalha em equipe, e por serem solícitos uns com os outros, se conectam de forma efetiva por meio do diálogo, gerando colaboração e resolução de conflitos (DENHARDT, 2012).

Segundo Denhardt e Denhardt (2007) apud Denhardt (2012, p. 265), o Novo Serviço Público é fundamentado por dois temas: “promover a dignidade e o valor do novo serviço público e reafirmar os valores da democracia, da cidadania e do interesse público enquanto valores proeminentes da administração pública”.

Neste sentido, foram elaborados sete princípios-chaves para o Novo Serviço Público (DENHARDT; DENHARDT, 2007 apud DENHARDT, 2012).

O quadro 4 mostra os princípios do Novo Serviço Público.

Quadro 4 - Princípios do Novo Serviço Público

<b>Princípios</b>	<b>Papel do Administrador Público</b>	<b>Papel do cidadão</b>
Servir cidadãos, não consumidores.	Responder às necessidades do interesse coletivo	Fazer cumprir sua responsabilidade de cidadão
Perseguir o interesse público.	Garantir que o interesse público prevaleça.	Contribuir de forma democrática.
Valorizar a cidadania e o serviço público.	Envolver o cidadão no desenvolvimento da política pública, mediante participação ativa do cidadão, no intuito de construir a cidadania.	Participar da política pública, no sentido de participar ativamente como cidadão.
Pensar estrategicamente, agir democraticamente.	Responsabilidade de identificar problemas e implementar soluções.	Se envolver na governança, identificando problemas e implementando soluções juntamente com o administrador público.
Reconhecer que accountability não é simples.	Os servidores públicos devem dar atenção, igualmente, a constituições e estatutos legais, a valores comunitários, a normas políticas, a padrões profissionais e a interesses dos cidadãos.	
Servir em vez de dirigir.	Compartilhar poder e liderar com paixão, compromisso e integridade, de maneira a respeitar e conferir poder à cidadania.	Ser um cidadão íntegro e cultivar a liderança, envolvendo a comunidade.
Valorizar as pessoas, não apenas à produtividade.	Operar por meio de processo de colaboração e liderança compartilhada que tem como base o respeito a todas as pessoas.	Ser um cidadão à serviço da comunidade.

Fonte: Adaptado de Denhardt e Denhardt (2007) apud Denhardt (2012, p. 265).

Denhardt (2012) afirma que a nova gestão pública concebe que o governo e os atores sociais tomem decisões e empreendem ações com base no autointeresse. Os cidadãos são vistos como consumidores e

espera-se que os servidores públicos sejam empreendedores de risco no sentido de realizar os melhores negócios com custos reduzidos.

Por sua vez, no Novo Serviço Público o foco é o cidadão, com base no amplo diálogo, e com o intuito de buscar um bem maior. O próprio serviço público é visto como uma extensão da cidadania; ele é motivado por um desejo de servir à comunidade e de conquistar objetivos públicos (DENHARDT, 2012).

### 2.1.3 Administração Direta e Administração Indireta

A Administração Federal no Brasil compreende a Administração Pública em Administração Direta e Administração Indireta, conforme redação dada pelo artigo 4º. do Decreto-Lei n.º 200/67 (BRASIL, 1967).

A Administração Direta é constituída pela “estrutura administrativa da Presidência da República e dos Ministérios”, de acordo com o Decreto-lei n.º 200/67 (BRASIL, 1967).

A administração direta compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios e sua personalidade jurídica é de direito público (JUSTEN FILHO, 2011).

Mello (1968) esclarece que personalidade de direito significa a imputação de direitos e obrigações, ou seja, personalidade de direito público, por exemplo, é norteadada essencialmente pelas regras de direito público. O conjunto de direitos e obrigações em sua totalidade é denominado de regime jurídico.

Já, a administração Indireta compreende entidades, dotadas de personalidade jurídica própria:

Autarquias; b) Empresas Públicas; c) Sociedades de Economia Mista; d) Fundações Públicas. Parágrafo Único: As entidades compreendidas na Administração Indireta vinculam-se ao Ministério em cuja área de competência estiver enquadrada sua principal atividade (BRASIL, 1967).

A Administração Indireta compreende:

conjunto de pessoas jurídicas, de direito público ou privado, criadas ou autorizadas por lei, para o desempenho de atividades assumidas pelo Estado, como serviços públicos ou a título de intervenção no domínio econômico (BRASIL, 1967).



Na próxima seção serão tratadas, individualmente, as entidades da Administração Indireta: Sociedades de Economia Mista; Fundações Públicas; Autarquias; Empresas Públicas.

### 2.1.3.1 Entidades da Administração Indireta

De acordo com o Decreto-Lei n.º. 900/69, a Sociedade de Economia Mista é caracterizada como:

entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, criada por lei para a exploração de atividade econômica, sob a forma de sociedade anônima, cujas ações com direito a voto pertençam em sua maioria à União ou a entidade da Administração Indireta.

O artigo 5º. do Decreto-lei n.º. 900/69 determina que a sociedade de economia mista seja estruturada unicamente sob a forma de sociedade anônima (S/A).

De acordo com o art 1º da Lei n.º. 6404, de 15 de dezembro de 1976, que dispõe sobre as sociedades por ações: “a companhia ou sociedade anônima terá o capital dividido em ações, e a responsabilidade dos sócios ou acionistas será limitada ao preço de emissão das ações subscritas ou adquiridas”.

Com relação à Fundação Pública, o artigo 5º., inciso IV, da Lei n.º. 7596/87, a caracteriza como:

entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção, e funcionamento custeado por recursos da União e de outras fontes.

Desta forma, uma autarquia pode exercer as atividades de uma fundação pública, mas a recíproca não é verdadeira (JUSTEN FILHO, 2011).

A Autarquia é definida como:

serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada (BRASIL, 1967).

Segundo Cretella Júnior (2000), a autarquia é uma das formas mais perfeitas da descentralização por que se administra, de acordo com as normas instituídas pelo Estado. Assim, a autarquia não é totalmente autônoma, ou seja, não implica direito de legislação própria, podendo criar ou sancionar leis.

Di Pietro (2012) corrobora dizendo que a emenda constitucional nº. 1 de 1969, corrigiu a falha do Decreto-lei n.º 200/67, que não preceituava que as autarquias deveriam ser de natureza jurídica de direito público. A autora também afirma que as autarquias devem ser criadas por lei; ter personalidade jurídica pública; capacidade exclusivamente administrativa; desenvolver capacidade específica e sujeitas a controle administrativo ou tutela para não se desviarem de seus institucionais.

Segundo Di Pietro (2012), as autarquias podem ser classificadas de acordo com o tipo de atividade que exercem:

- a) autarquia econômica: destinado à produção de certos produtos, por exemplo: Instituto do Açúcar e do Alcool;
- b) de previdência e assistência: Instituto Nacional de Seguro Social (INSS);
- c) profissionais ou corporativas: responsável pela inscrição de profissionais e fiscalização dos profissionais, como o CREA e o CRM. Cabe ressaltar que a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) não é uma entidade da Administração Indireta da União. Tem um regime jurídico peculiar, não se subordina a qualquer controle, vínculo funcional ou hierárquico com a União.
- d) culturais ou de ensino: onde se incluem as Universidades Públicas;
- e) agências reguladoras são consideradas autarquias especiais ou sob regime especial.

Segundo Mello (2011, p. 173):

a única particularidade marcante do tal regime especial é a nomeação pelo Presidente da República, sob aprovação do Senado, dos dirigentes das agências reguladores, com garantia,

em prol destes, de mandato a prazo certo.

Com relação à Empresa Pública, o Decreto-lei n.º 900/69 a caracteriza como:

entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criada por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou conveniência administrativa, podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito.

As empresas públicas se regem pelos preceitos comerciais, ou seja, são organizações empresarias, mas constituída e mantida pelo Estado (JUSTEN FILHO, 2011; CAHALI, 2007).

De acordo com o artigo 5.º do Decreto-lei n.º 900/69, a empresa pública, poderá ser revestida de qualquer das formas admitidas em direito (sociedades civis, sociedades comerciais, Ltda, S/A, etc).

Di Pietro (2012) afirma que a composição de capital da empresa pública é composta exclusivamente por capital público.

O quadro 5 mostra as Empresas Públicas que atuam no Brasil.

Quadro 5 - Empresas Públicas Brasileiras.

(continua)

<b>Empresas Públicas</b>	<b>Vinculação</b>
Amazônia Azul Tecnologias de Defesa S.A. (AMAZUL)	Ministério da Defesa
Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES)	Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação da Presidência da República.
Caixa Econômica Federal (CEF)	Ministério da Fazenda
Casa da Moeda do Brasil	Ministério da Fazenda
Centro Nacional de Tecnologia Eletrônica Avançada - S.A (CEITEC)	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI)
Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB)	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
Companhia de Desenvolvimento de Barcarena	Ministério de Minas e Energia
Companhia de Desenvolvimento do Vale do São Francisco	Ministério de Minas e Energia
Empresa Brasileira de Comunicação S.A	Casa Civil da Presidência da República

Quadro 5 - Empresas Públicas Brasileiras.

(conclusão)

Empresa Brasileira de Planejamento de Transportes	Ministério dos Transportes
Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA)	Ministério da Agricultura, do Abastecimento e da Reforma Agrária
Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social	Ministério da Previdência Social
Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT)	Ministério das Comunicações
Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária (INFRAERO)	Secretaria de Aviação Civil da Presidência da República
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)	Ministério da Educação
Empresa de Pesquisa Energética	Ministério de Minas e Energia
Empresa de Planejamento e Logística S.A.	Ministério dos Transportes
Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV)	Ministério da Previdência Social
Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP)	Ministério da Ciência e Tecnologia
Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)	Ministério da Educação
Serviço Federal de Processamento de Dados (SERPRO)	Ministério da Fazenda

Fonte: Adaptado do Decreto n°. 6129/2007 (BRASIL, 2007).

Na próxima seção, serão abordadas as políticas públicas no Brasil, sobretudo a saúde.

### 2.1.4 Políticas Públicas

As políticas públicas são apresentadas como disposições que espelham as ações governamentais de interesse público (MATIAS-PEREIRA, 2009).

Na visão de Secchi (2013), política pública é uma diretriz para enfrentar os problemas públicos. Para o referido autor (2013, p. 5), a confirmação se uma política é ou não pública, “é a sua intenção de responder a um problema público, e não se o tomador de decisão tem personalidade jurídica estatal ou não estatal”.

Secchi (2013, p. 102) complementa afirmando que as políticas públicas de impacto social são propostas pelos políticos, quando estão instituídos de poder.

Dye (2009) aponta que a sociedade é dividida entre a elite que têm poder e a massa que não têm. Assim, a elite influencia as políticas públicas, por que quem governa não representa a massa.

Para Höfling (2001), as políticas públicas são as de responsabilidade do Estado, mas também devem envolver órgãos públicos e a sociedade. Neste sentido, não se pode reduzir as políticas públicas em políticas estatais.

Heidemann (2009, p. 29) concebe política pública como: “[...] ações, práticas, diretrizes políticas, fundadas em leis e empreendidas como funções de Estado por um governo, para resolver questões gerais e específicas da sociedade. Nesse sentido, o Estado passa a exercer uma presença mais prática e direta na sociedade [...]”.

Freitas (2015) corrobora dizendo que as escolhas públicas serão legitimadas se resultarem em ações eficazes, sustentáveis, transparentes e contarem com a participação social.

Na visão de Matias-Pereira (2009, p. 192):

existem diversos tipos de políticas públicas, como, por exemplo, as políticas sociais: educação, saúde, segurança, cultura, transportes, habitação, proteção de crianças e adolescentes; políticas estruturais: indústria, agricultura, reforma agrária, meio ambiente; políticas econômicas: políticas monetária, fiscal e cambial, comercial, internacional; políticas compensatórias ou reparadoras e redistributivas (combate a fome, bolsa-escola, cotas nas universidades etc.).

O artigo 196 da Constituição prescreve que o direito à saúde é garantido por meio de políticas públicas, econômicas e sociais que visam o acesso universal e igualitário, no sentido de promover a redução do risco de doenças (BRASIL, 1988).

O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de

governo (Paulus Junior e Cordoni Junior, 2006, p. 17).

De acordo com Dias (2002), quando um governo adota o compromisso de saúde para todos, se compromete a fomentar o progresso para que cada cidadão tenha oportunidades de alcançar um nível satisfatório de qualidade de vida, por que a assistência médica não consegue atender a toda população. O referido autor também argumenta que a importância da preservação da saúde é uma das prioridades das necessidades públicas, visto que a população constitui a riqueza potencial de um Estado. Desta forma, o foco das políticas públicas não deve ser a enfermidade, mas a prevenção delas.

Costa (2005) corrobora dizendo que investir em políticas públicas preventivas na área da saúde, educação e segurança é uma forma de garantir cidadania à população, assim se constitui o Estado Democrático de Direito.

No sentido de conquistar direito à saúde, surgiu, no Brasil, o movimento da reforma sanitária.

### **2.1.5 Reforma Sanitária**

A saúde pública no Brasil surgiu no final do século XIX, na República Velha, quando foram elaboradas as normas sanitárias. Na década de 20, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões, que foram substituídas na década de 30 pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), unificados na década de 60 para criar o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. Diante da crise na saúde pública, a partir de 1985, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000).

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado pelo governo militar, contratava serviços privados para atendimentos aos beneficiários. Este método incentivava a corrupção, falta de planejamento e enfraquecia as ações do Ministério da Saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A construção do projeto da reforma sanitária ocorreu devido ao fortalecimento das políticas públicas baseado no Estado do Bem Estar-Social em confronto com a ditadura e o modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social (FLEURY, 2009).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, convocada pela Presidência da República, ocorrida em Brasília, entre os dias 17 e 21 de março de 1986, reuniu mais de 4 mil pessoas. Neste evento histórico foram

realizadas jornadas de discussão e foi proposto um Sistema Nacional de Saúde unificado e democrático (SOPHIA, 2012).

O movimento que impulsionou a reforma sanitária brasileira colocou-se como projeto a construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público. Os princípios que orientaram este processo foram: um princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos; um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde doença; um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação (FLEURY, 2009, p. 748).

A Constituição de 1988 garantiu um conjunto de direitos sociais universais, relativos à saúde, à previdência e à assistência social, anteriormente restrito aos contribuintes da previdência social. Na busca de um estado de bem-estar social, foi criado um sistema público e descentralizado de saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) (FLEURY, 2009; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A reforma sanitária é compreendida como:

um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob à égide do Estado (TEIXEIRA, 1989, p. 39).

No governo Collor (1990-1992), apesar do pensamento neoliberalista<sup>2</sup>, foram aprovadas as Leis n.º. 8080/90, de criação do SUS, e a n.º. 8142/90, que trata dos recursos financeiros na área da saúde; no governo Itamar (1992-1995), empossado após o impeachment

do ex-presidente Collor, foi extinto o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e criado o Programa de Saúde da Família (PSF); nos governos Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), devido a Reforma de Estado, marcado pela privatização, houve sucateamento das instituições públicas; nos governos Lula (2002-2010), houve ampliação da atenção básica e criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sancionado pelo decreto n°. 5.055, de 27 de abril de 2004. Houve avanços, mas não o suficiente para o progresso da reforma social previsto no processo da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008 apud SHIKASHO, 2012).

O artigo 3º da Lei n°. 8080/90 define a saúde como:

fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

O resultado da reforma sanitária brasileira não foi tão positivo, quando se considera que o SUS era somente um dos propósitos (PAIM, 2008 apud PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Tais expectativas coadunavam-se com uma perspectiva da reforma como um processo histórico de longa duração, capaz de, em um contexto de desenvolvimento de novas forças políticas e abertura democrática, instalar ao longo do tempo novos arranjos de política social e um renovado pacto de solidariedade entre Estado e sociedade (PAIM, 2008 apud PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 30).

Guizardi e Cavalcanti (2010) concordam que o projeto da Reforma Sanitária Brasileira transgride a construção de um sistema de saúde que provê serviços à população. Mas discordam de Paim (2008), que compreende o SUS unicamente como um sistema de saúde. Os referidos autores entendem que para lutar por uma sociedade com melhores condições de vida, os sujeitos devem assumir o SUS como principal campo de luta da reforma social.



## 2.1.6 Sistema Único de Saúde (SUS)

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal, criado pela Lei n.º 6.439, de 1º de setembro de 1977, vinculado ao Ministério da Saúde, com a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, foi extinto em 27 de julho de 1993, pela Lei n.º 8689, de 27 de julho de 1993. Por força do disposto no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e da Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1993).

O SUS é definido pelo artigo 198 da Constituição Federal:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O SUS não é um serviço ou uma instituição. É um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para possibilitar atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

O artigo 4.º da Lei n.º 8080/90 assevera que “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990).

De acordo com o artigo 5.º da Lei n.º 8080/90: os objetivos do SUS são:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações

assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

O quadro 6 apresenta os princípios doutrinários norteados pelo SUS.

Quadro 6 - Princípios Doutrinários do SUS.

Universalidade	Baseado na concepção da saúde como direito de todos.
Equidade	Igualdade no Atendimento, sem privilégios e sem barreiras.
Integralidade	Prestar assistência integral, priorizando as atividades preventivas, sem prejuízo à assistência.

Fonte: Adaptado pela autora de Guerra (1990).

Com a Reforma Sanitária e a aprovação da Constituição Federal de 1988, a universalidade ganha duas dimensões: uma ampla, que é a legal, de garantia da saúde para todas as pessoas sem distinção; e uma restrita, que é a real, a qual se reflete na negação desse direito, seja por falta de vagas no atendimento em função da crescente demanda, seja pela falta de estrutura, de recursos ou de profissionais habilitados e que se veem obrigados a recorrer ao mercado, contribuindo com a ampliação do setor privado (SOUSA, 2014, p. 228).

A equidade é um princípio do SUS, mas no Brasil, a iniquidade ainda se faz presente, existe uma lacuna entre os indicadores de saúde quando comparamos diferentes regiões do país.

O acesso e a oferta em saúde, principalmente entre áreas urbanas e rurais, promovem a desigualdade. A mortalidade infantil, em grande parte dos municípios do Nordeste e Norte, supera os 50 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto municípios do Sul e Sudeste apresentam uma taxa inferior a 10 óbitos por mil nascidos vivos (COELHO, 2010).

O artigo 45 da Lei n.º 8080/90 estabelece a integração dos Hospitais Universitários ao Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e

financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (BRASIL, 1990).

A contratualização tem amparo legal na Constituição Federal de 1988, em seu art. 37:

A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre: I – o prazo de duração do contrato; II – os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidades dos dirigentes; III – a remuneração do pessoal (BRASIL, 1998).

Para se relacionar com o SUS é preciso formalizar um contrato com os gestores públicos de saúde e os gestores dos hospitais, denominado “contratualização”, conforme estabelece o artigo 3.º, da Portaria n.º 3.410/2013: “Os entes federativos formalizarão a relação com os hospitais públicos e privados integrantes do SUS sob sua gestão, com ou sem fins lucrativos, por meio de instrumento formal de contratualização” (BRASIL, 2013b).

A contratualização estabelece a relação formal entre os gestores públicos de saúde e o hospital integrante do SUS, por meio de compromissos entre os envolvidos para promover assistência, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (BRASIL, 2013b).

Brizola (2010) afirma que a contratualização do SUS com os hospitais contribui para o aprimoramento da gestão e otimiza o recurso público, possibilitando uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde à população.

---

<sup>2</sup>“O neoliberalismo se trata de um modelo político, pois serve de fundamento teórico para o exercício do poder nas sociedades capitalistas, determinando a forma da estrutura política, social, econômica e jurídica” (SILVA, 2006, p. 27).

O SUS está organizado de forma descentralizada para prestar assistência à saúde da população e é regulado pelos gestores Municipais e Estaduais em três dimensões.

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

A regulação de acesso à assistência é organizada em centrais de regulação.

Art. 5º - A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações: I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes (BRASIL, 2008).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>4</sup> é formada pelas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e os Hospitais. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

O objetivo da UBS é atender até 80% dos problemas de saúde da população, onde os usuários recebem medicação e realizam consultas médicas, curativos, tratamento odontológico, tomam vacinas e coletam exames laboratoriais e, quando necessário, são encaminhados para as especialidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O encaminhamento às especialidades é feito por meio de agendamento de consultas nos hospitais públicos, por meio do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) (DATASUS).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) funcionam como unidades intermediárias, entre a Unidade Básica de Saúde e os hospitais, e fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, em 2003 (PORTAL SUS).

Entretanto, existe uma grande proporção de atendimentos de baixa e média complexidade nos Hospitais que poderiam ser resolvidos nas UBS e nas UPAs, conforme apresentado por Coelho (2010, p. 177):

Dados do DATASUS mostrou que a realização de 84% dos procedimentos de maior complexidade do SUS (hemodinâmica, terapia renal substitutiva, ressonância magnética, radiologia intervencionista, tomografia computadorizada e quimioterapia) se davam pelo setor privado, ao passo que 82% dos procedimentos ambulatoriais eram realizados pelo setor público, apontando no sentido de uma especialização do setor público em procedimentos de menor complexidade e do setor privado na alta complexidade [...] não se trata apenas da utilização de uma estratégia de compra de serviços privados em detrimento da montagem de rede própria. Trata-se efetivamente da redução da oferta de serviços no âmbito do SUS.

Segundo Barata et al. (2010), realizar procedimentos de baixa complexidade nos hospitais de ensino não é conveniente por que se utiliza um serviço de alta capacidade instalada, com profissionais especializados, para realizar procedimentos simples e que são mais caros nos hospitais, por causa da equipe envolvida e do espaço utilizado.

De acordo com Médici (2001), os serviços de atenção primária são realizados nos Hospitais Universitários, embora a função desses hospitais seja prestar serviços de alta complexidade.

---

<sup>4</sup> A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir o atendimento integral à população e a evitar a fragmentação das ações em saúde. No Brasil, o debate em torno da busca por maior integração adquiriu nova ênfase a partir do Pacto pela Saúde, que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de Rede como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade (BRASIL, 2010).

<sup>5</sup> O SISREG é um sistema on-line desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar (DATASUS).

## 2.1.7 Universidades Federais Brasileiras

No início, as instituições universitárias eram comandadas sob a égide da igreja e a elite era o público que a frequentava. Com o passar do tempo, a gestão universitária se tornou cada vez mais complexa e a instituição se transformou de uma instituição de elite para uma instituição de massa, com elevado orçamento, com uma diversidade de cursos para atender a demanda do mercado de trabalho (RIBEIRO, 1977).

A primeira instituição chamada Universidade no ocidente surgiu na época medieval. As pioneiras foram a Universidade de Bolonha, em Bolonha, na Itália, criada em 1159 e a Universidade de Paris, em Sorbonne, na França, em 1214. Os monastérios foram substituídos por estas universidades que tinham como objetivo educar a elite, da época renascentista (SANTOS, 1995; ALMEIDA FILHO, 2008).

Na época do Brasil colônia, houve resistência da coroa portuguesa, para se criar uma Universidade no país, as elites viajam a Europa para cursar o ensino superior (MOACYR, 1937).

Com a vinda da família real para o Brasil, foi criado, por meio do Decreto de 18 de fevereiro de 1808, o Curso Médico de Cirurgia na Bahia, primeiro curso de ensino superior no Brasil (VILLANOVA, 1948).

De acordo com Santos e Almeida Filho (2008), a Universidade Pública esteve sempre vinculada à construção do projeto de um país que visava a formação da elite, como ocorreu no Brasil, no século XX. Desde o seu surgimento, a universidade passou por grandes transformações, como qualquer organização, e está constantemente em construção interna.

[...]a universidade atravessou séculos e se firmou como uma das mais importantes e necessárias instituições das sociedades em todas as partes do mundo. Sempre em transformação, pois, histórica, ela segue hoje em caminhos cheios de encruzilhadas que lhe exigem tomar decisões que têm a ver com as suas missões, as suas funções no mundo globalizado e com o seu futuro (SOBRINHO, 2007, p. 109).

Só nos anos 60, o modelo de universidade de pesquisa científico-tecnológica surgiu no Brasil. Anísio Teixeira e Darcy Ribeiro foram convidados pelo Presidente Juscelino Kubitschek a desenhar um novo

modelo de educação superior para a Universidade de Brasília (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008).

A partir da Reforma Universitária de 1968, a estrutura universitária no Brasil foi reformulada com a intenção de aumentar a eficiência e a produtividade da universidade. O governo militar encomendou estudos do Norte-Americano, Prof. Atcon, que propôs:

defesa dos princípios de autonomia e autoridade; dimensão técnica e administrativa do processo de reestruturação do ensino superior; ênfase nos princípios de eficiência e produtividade; necessidade de reformulação do regime de trabalho docente; criação de centro de estudos básicos (FÁVERO, 2006, p. 31).

Com a reforma universitária, houve a expansão das instituições privadas de educação superior, uma vez que a universidade não conseguia atender a demanda, “cuja expansão era limitada aos altos custos acarretados pelo princípio da indissociabilidade ensino-pesquisa e pela dificuldade de manter em níveis adequados o investimento do sistema público” (MACEDO et al, 2005, p. 130).

A UNESCO (1998, p. 105) conceitua as instituições de ensino superior como:

[...] sistemas complexos que interagem com as instituições de seu ambiente, isto é, com os sistemas políticos, econômicos, culturais e sociais. São influenciadas pelo ambiente local e nacional (ou mesoambiente) e, cada vez mais, pelo ambiente regional e internacional (macroambiente). Mas, por sua vez, podem e mesmo devem influenciar esses diversos tipos de ambientes.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional do Brasil (LDB), Lei nº 9.394/1996, caracteriza as Universidade como “instituições pluridisciplinares de formação dos quadros profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano” (BRASIL, 1996).

O art. 43 da Lei nº 9.394/1996, dispõe que a educação superior tem por finalidade:

I – estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo; II – formar diplomados nas



diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua; III – incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive. IV – promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos que constituem patrimônio da humanidade e comunicar o saber através do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação; V – suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração; VI – estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade; VII – promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição (BRASIL, 1996, p. 35).

De acordo com a legislação da Educação Nacional do Brasil, art. 44, a educação superior abrange cursos e programas:

I – cursos sequenciais por campo de saber, de diferentes níveis de abrangência, abertos a candidatos que atendam aos requisitos estabelecidos pelas instituições de ensino, desde que tenham concluído o ensino médio ou equivalente; II – de graduação, abertos a candidatos que tenham concluído o ensino médio ou equivalente e tenham sido classificados em processo seletivo; III – de pós-graduação, compreendendo programas de mestrado e doutorado, cursos de especialização, aperfeiçoamento e outros, abertos a candidatos

diplomados em cursos de graduação e que atendam às exigências das instituições de ensino; IV – de extensão, abertos a candidatos que atendam aos requisitos estabelecidos em cada caso pelas instituições de ensino (BRASIL, 1997).

O art. 45 da Lei nº 9.394/1996 dispõe que: “a educação superior será ministrada em instituições de ensino superior, públicas ou privadas, com variados graus de abrangência ou especialização” (BRASIL, 1996).

De acordo com o artigo 207, da Constituição Federal, as Universidades contam com “autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão” (BRASIL, 1988).

Realizar ensino, pesquisa e extensão deve ser o princípio de existência da Universidade. Desta forma, passa-se a cobrar por procedimentos, e os resultados aparecem e aumentam em termos de qualidade. A indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão é uma decorrência da construção histórica da universidade (MEYER JÚNIOR; MURPHY, 2000).

Para Finger (1991), a educação universitária perde muito de seu caráter formador para ser instrumento profissional, portanto depende dos docentes que nela atuam formar pessoas para sociedade, com valores permanentes. O autor ainda afirma que em nenhuma outra instituição social, há espaço de discussão para ampla correntes do pensamento.

Para Demo (2000, p. 33), “o desafio essencial da universidade e também da educação moderna é a pesquisa, definida como princípio científico e educativo”.

Já, Etzioni (1929, p. 19) afirma que “a maior parte das descobertas científicas importantes da última década e grande parte do trabalho notável em ciências sociais provém dos corpos docentes de universidades onde se combinam ensino e pesquisa [...]”.

A sociedade bem como a Universidade tem passado por três crises: a crise da hegemonia, da legitimidade e a institucional. A crise da hegemonia se trata da perda do domínio da educação superior e produção científica para o setor privado. A crise da legitimidade se dá pelo confronto das restrições do acesso e da reivindicação da igualdade de oportunidades às classes desfavorecidas. E a crise institucional resulta da contradição entre a reivindicação da autonomia na definição dos valores e objetivos da universidade e a pressão para submetê-la à

critérios de eficácia e de produtividade de natureza empresarial ou de responsabilidade social (SANTOS, 2005).

Para Schwartzman (2008), a crise da Universidade é de objetivos e de metas. O referido autor sugere alguns temas para uma nova agenda da Universidade, tais como: democratização e cidadania; liberdade de ensino e experimentação; controle de qualidade e desburocratização; diferenciação das funções da universidade. E a proposta de revisão do papel do Estado e sua relação com a educação superior.

Segundo Santos e Almeida Filho (2008), em resposta às crises, após muitas discussões acerca de uma reforma universitária, o Estado criou o Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras (REUNI), que foi instituído pelo Decreto Presidencial nº. 6.096 de 24 de abril de 2007, com o objetivo de ampliar o quantitativo de vagas na educação superior, no nível graduação, pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes nas universidades federais (BRASIL, 2007).

Devido ao REUNI, o quantitativo de Universidades Federais Brasileiras, aumentou nos últimos anos.

As universidades participantes apresentaram propostas comprometendo-se com metas de eficiência: alcançar, ao final do programa, taxa de conclusão de 90% e relação aluno/professor de 18/1. Convém registrar que o indicador da taxa de conclusão, aparentemente inalcançável como média geral, na verdade incentiva o aproveitamento de vagas residuais por mobilidade interna ou externa. Por outro lado, a relação aluno/professor pode incorporar estudantes de pós-graduação, obedecendo aos critérios de qualidade da CAPES (SANTOS; ALMEIDA FILHO (2008).

O quadro 7 mostra o quantitativo de Universidades Federais Brasileiras:

Quadro 7 – Universidades Federais Brasileiras.

(continua)

<b>Estado</b>	<b>Universidades</b>
Acre	Universidade Federal do Acre
Alagoas	Universidade Federal de Alagoas
Amapá	Universidade Federal do Amapá
Amazonas	Universidade Federal do Amazonas

## Quadro 7 – Universidades Federais Brasileiras.

(continua)

Bahia	Universidade Federal da Bahia
	Universidade Federal do Oeste da Bahia
	Universidade Federal do Sul da Bahia
	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Bahia/Ceará	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Ceará	Universidade Federal do Cariri
	Universidade Federal do Ceará
Distrito Federal	Universidade de Brasília
Espírito Santo	Universidade Federal do Espírito Santo
Goiás	Universidade Federal de Goiás
Maranhão	Universidade Federal do Maranhão
Mato Grosso	Universidade Federal de Mato Grosso
Mato Grosso do Sul	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
	Universidade Federal da Grande Dourados
Minas Gerais	Universidade Federal de Alfenas
	Universidade Federal de Itajubá
	Universidade Federal de Juiz de Fora
	Universidade Federal de Lavras
	Universidade Federal de Minas Gerais
	Universidade Federal de Ouro Preto
	Universidade Federal São João del-Rei
	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
	Universidade Federal de Uberlândia
	Universidade Federal de Viçosa
	Universidade Federal Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Pará	Universidade Federal do Pará
	Universidade Federal Rural da Amazônia
	Universidade Federal do Oeste do Pará
Paraíba	Universidade Federal de Campina Grande
	Universidade Federal da Paraíba
Paraná	Universidade Federal do Paraná
	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
	Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Pernambuco	Universidade Federal de Pernambuco
	Universidade Federal Rural de Pernambuco
	Universidade Federal do Vale do São Francisco
Piauí	Universidade Federal do Piauí

Quadro 7 – Universidades Federais Brasileiras.

(conclusão)

Rio Grande do Sul	Universidade Federal de Pelotas
	Universidade Federal do Pampa
	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
	Universidade Federal de Santa Maria
	Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande do Norte	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Rio de Janeiro	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
	Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
	Universidade Federal do Rio de Janeiro
	Universidade Federal Fluminense
Rondônia	Fundação Universidade Federal de Rondônia
Roraima	Universidade Federal de Roraima
São Paulo	Universidade Federal de São Carlos
	Universidade Federal de São Paulo
	Universidade Federal do ABC
Sergipe	Universidade Federal de Sergipe
Santa Catarina	Universidade Federal da Fronteira Sul
	Universidade Federal de Santa Catarina
Tocantins	Universidade Federal do Tocantins

Fonte: Adaptado de Portal MEC (2015).

Na próxima seção, será abordada a Gestão universitária, devido à complexidade e peculiaridades da Universidade.

### 2.1.7.1 Gestão Universitária

A universidade é uma instituição plural e complexa, que a distingue de outras organizações (AZEVEDO et al., 2011).

A gestão é vital à universidade, por meio da gestão é que se busca e emprega recursos, qualifica os servidores, estimula a qualidade do ensino e desenvolve pesquisa e extensão (SCHMIDT, 2002).

Segundo Chauí (2003), as Universidades são influenciadas pelas mudanças sociais, econômicas e políticas. Desta forma, os profissionais que estão à frente da Universidade tem o desafio de acompanhar as mudanças e superar os desafios.

Ribeiro (1975, p. 241) afirma que “a mais alta responsabilidade da universidade consiste no exercício das funções de órgão de

criatividade cultural e científica, e de conscientização e crítica da sociedade”.

Contudo, ainda existem características burocrática e patrimonialista nas Instituições Públicas, na qual as Universidades Públicas Brasileiras fazem parte, fruto da politicagem de arranjos de poder entre grupos de interesse e práticas corporativistas que se contrapõem a racionalidade formal e os conceitos de eficiência e eficácia. Espera-se que os indivíduos sigam as normas e procedimentos vigentes e tratem todos da mesma maneira, com cordialidade. A impessoalidade do modelo burocrático e a pessoalidade e lealdade do modelo patrimonialista, influenciam o processo decisório e a resistência às mudanças (SILVA, 1991).

De acordo com Vahl (1991, p. 112),

a universidade brasileira aproxima-se bastante do modelo de organização burocrática, com uma hierarquia de autoridade entre seus componentes estruturais bem definidas; regras e normas específicas regulamentando a composição, atribuições e competências dos órgãos que a constituem; e uma divisão do trabalho com base na especialização e por área do conhecimento.

Para Silva (1991, p. 89), o Brasil não deve seguir somente um modelo de universidade com ênfase na produção de “produção de conhecimento, mas de diversos modelos que possam atender às necessidades diferenciadas oriundas de uma visão acordada, resultante de debates e entendimento, sobre desenvolvimento econômico, político e social”.

As Universidades Públicas Federais possuem autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial (BRASIL, 1988).

A LDB garante o orçamento das autarquias:

Art. 55. Caberá à União assegurar, anualmente, em seu orçamento geral, recursos suficientes para manutenção e desenvolvimento das instituições de educação superior por ela mantidas.

A LDB assegura que as Universidades públicas, no exercício da sua autonomia, poderão:

Art. 53. I – criar, organizar e extinguir, em sua sede, cursos e programas de educação superior previstos nesta lei, obedecendo às normas gerais da União e, quando for o caso, do respectivo sistema de ensino; II – fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes; III – estabelecer planos, programas e projetos de pesquisa científica, produção artística e atividades de extensão; IV – fixar o número de vagas de acordo com a capacidade institucional e as exigências do seu meio; V – elaborar e reformar os seus estatutos e regimentos em consonância com as normas gerais atinentes; VI – conferir graus, diplomas e outros títulos; VII – firmar contratos, acordos e convênios; VIII – aprovar e executar planos, programas e projetos de investimentos referentes a obras, serviços e aquisições em geral, bem como administrar rendimentos conforme dispositivos institucionais; IX – administrar os rendimentos e deles dispor na forma prevista no ato de constituição, nas leis e nos respectivos estatutos; X – receber subvenções, doações, heranças, legados e cooperação financeira resultante de convênios com entidades públicas e privadas (BRASIL, 1996).

Art. 54, 1º I – propor o seu quadro de pessoal docente, técnico e administrativo, assim como um plano de cargos e salários, atendidas as normas gerais pertinentes e os recursos disponíveis; II – elaborar o regulamento de seu pessoal em conformidade com as normas gerais concernentes; III – aprovar e executar planos, programas e projetos de investimentos referentes a obras, serviços e aquisições em geral, de acordo com os recursos alocados pelo respectivo Poder mantenedor; IV – elaborar seus orçamentos anuais e plurianuais; V – adotar regime financeiro e contábil que atenda às suas peculiaridades de organização e funcionamento; VI – realizar operações de crédito ou de financiamento, com aprovação do Poder competente, para aquisição de bens imóveis, instalações e equipamentos; VII – efetuar transferências, quitações e tomar outras providências de ordem orçamentária, financeira e

patrimonial necessárias ao seu bom desempenho (BRASIL, 1996).

A legislação garante a autonomia para criação de curso de nível superior nas Universidades. No entanto, os cursos são supervisionados, avaliados e posteriormente reconhecidos pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2006).

Segundo Di Pietro (2012), a Autonomia Universitária estava prevista desde a instituição da Universidade no Brasil, pelo Decreto 19.851, de 11 de abril de 1931, mantido pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e incorporado pela Constituição Federal.

Para garantir a autonomia didático-científica das universidades, caberá aos seus colegiados de ensino e pesquisa decidir, dentro dos recursos orçamentários disponíveis, sobre: I – criação, expansão, modificação e extinção de cursos; II – ampliação e diminuição de vagas; III – elaboração da programação dos cursos; IV – programação das pesquisas e das atividades de extensão; V – contratação e dispensa de professores; VI – planos de carreira docente (BRASIL, 1996).

Justen Filho (2011, p. 251) corrobora dizendo que para assegurar autonomia didático-científica a universidade não aceita interferência sobre “teorias ou concepções científicas veiculadas pela instituição”. A indicação de reitores também é um exemplo de autonomia, tendo em vista que segue procedimento interno. E com relação à gestão financeira, cabe a universidade determinar o destino dos recursos.

Entretanto, Romano (2008) afirma que nas Universidades Federais Brasileiras não existe autonomia, tendo em vista que o Estado centraliza os recursos financeiros e humanos, a partir do Ministério da Educação. Para o mencionado autor (2008, p. 50), “os campi federais não têm autonomia financeira e jurídica, dependem de tratos oligárquicos e dos favores ministeriais numa troca de apoio entre Reitores e ocupantes do poder federal”.

Os Ministros do Supremo Tribunal Federal entendem que as Universidades têm autonomia, embora tenham que se submeter às leis e a supervisão de órgãos fiscalizadores do Governo Federal:

As universidades gozam de autonomia administrativa, o que não as exime do dever de



cumprir as normas gerais da educação nacional (RE 566.365, rel. min. Dias Toffoli, julgamento em 22-2-2011, Primeira Turma, DJE de 12-5-2011.)

Nos termos da jurisprudência deste Tribunal, o princípio da autonomia universitária não significa soberania das universidades, devendo estas se submeter às leis e demais atos normativos (RE 561.398-AgR, rel. min. Joaquim Barbosa, julgamento em 23-6-2009, Segunda Turma, DJE de 7-8-2009.)

Seus atos, além de sofrerem a fiscalização do TCU, submetem-se ao controle interno exercido pelo Ministério da Educação (MEC). Embora as universidades públicas federais não se encontrem subordinadas ao MEC, determinada relação jurídica as vincula ao Ministério, o que enseja o controle interno de alguns de seus atos (arts. 19 e 25, I, do DL 200/1967) (RMS 22.047-AgR, rel. min. Eros Grau, julgamento em 21-2-2006, Primeira Turma, DJ de 31-3-2006.)

Na próxima seção, serão abordados os Hospitais Universitários Federais.

### **2.1.8 Hospitais Universitários Federais**

Os Hospitais são descritos como ambientes de trabalho muito diferenciado e uma das organizações mais complexas que existe (NOGUEIRA, 1994; CURY, 2005; DEMO, 2008).

A complexidade está relacionada aos serviços oferecidos pelo Hospital, tendo em vista que os usuários são desprovidos de conhecimentos técnicos que permitam avaliar a adequação do serviço às suas necessidades; e o ambiente possuir profissionais com nível de escolaridade e de qualificação muito distinta (NOGUEIRA, 1994).

As organizações públicas têm tendência de possuir processos complexos e de difícil entendimento aos usuários (CURY, 2005).

A assistência hospitalar, por si só é complexa, pelo simples fato que pode-se curar e salvar vidas (CAHALI, 2012).

Além da complexidade de instituição hospitalar, os hospitais universitários são órgãos suplementares das Universidades Federais.

Romero (1998) descreve a Universidade como uma Instituição complexa devido aos seus objetivos de: investigação; educação; serviços/intervenção.

Os Hospitais podem ser classificados conforme o perfil assistencial, de acordo com o artigo 2.º, da Portaria Interministerial n.º 285, 24 de março de 2015:

I - **Hospitais de Ensino (HE)**: estabelecimentos de saúde que pertencem ou são conveniados a uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, que sirvam de campo para a prática de atividades de ensino na área da saúde e que sejam certificados conforme o estabelecido nesta Portaria; II - **hospital geral**: estabelecimento hospitalar destinado à prestação de assistência à saúde na modalidade de internação em pelo menos duas especialidades médicas básicas, quais sejam, clínica médica, pediatria, ginecologia ou obstetrícia, e cirurgia geral; III - **hospital especializado**: estabelecimento hospitalar destinado à prestação de assistência à saúde na modalidade de internação em uma única especialidade; IV - **complexo hospitalar**: conjunto de estabelecimentos hospitalares gerais ou especializados, que possuem complementariedade e interdependência de atuação, sediados ou não no mesmo local, reunidos sob uma administração centralizada própria, com o mesmo CNPJ desdobrado em filiais, podendo manter nomes de fantasia e número de Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) em cada estabelecimento que o compõe (BRASIL, 2015) (grifo nosso).

Até meados dos anos oitenta, os Hospitais Universitários tinham a única missão de servirem como hospitais-escola, com o objetivo de contribuir com a formação dos profissionais de nível superior da área da saúde. O Ministério da Saúde, a partir da Portaria Interministerial n.º 1000, de 15 de abril de 2004, estabeleceu que os hospitais-escolas seriam certificados e chamados de Hospital de Ensino (BRASIL, 2004).

Para ser caracterizado como Hospital de Ensino é necessário ser inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>6</sup> e cumprir os requisitos estabelecidos na Portaria Interministerial nº 2.400 de 2 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007):

- a) Servir de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde, como Hospital Geral ou Especializado, de propriedade ou conveniado com Instituição de Ensino superior, pública ou privada;
- b) Abrigar os alunos do curso de medicina, em atividades curriculares de no mínimo uma área integral de internato e pelo menos dois outros cursos de graduação na área da saúde;
- c) Abrigar os alunos do curso de medicina, em atividades curriculares de no mínimo uma área integral de internato e pelo menos dois outros cursos de graduação na área da saúde;
- d) Abrigar, permanentemente e continuamente, programas de Residência Médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica;
- e) Dispor de salas de aulas com recursos audiovisuais e bibliotecas com materiais atualizados;
- f) Dispor de salas de aulas com recursos audiovisuais e bibliotecas com materiais atualizados;
- g) Reservar 60% da totalidade dos leitos ativos e do total dos procedimentos praticados ao Sistema Único de Saúde [...] (BRASIL, 2007).

A Portaria Interministerial nº 2.400/2007 exige que o Hospital de Ensino constitua em caráter permanente as seguintes comissões:

---

<sup>6</sup>O CNES é um sistema que coleta dados dos estabelecimentos de saúde, tais como: instalação física, equipamentos, serviços disponíveis, dados dos profissionais de saúde, entre outros, com a finalidade de subsidiar os gestores do Ministério da Saúde, Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde nos planejamentos de ações do SUS (DATASUS).

“a) Comissão de Documentação Médica e Estatística; b) Comissão de Ética; c) Comissão de Ética em Pesquisa, própria ou da IES à qual o hospital for vinculado; d) Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal (para hospitais que possuam maternidade); e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; f) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes; g) Comissão de Óbitos; h) Comissão de Revisão de Prontuários; i) Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos (para hospitais que possuam Unidades de Tratamento Intensivo); j) Comitê Transfusional; l) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional; IX - desenvolver atividades de vigilância (BRASIL, 2007).

A política de saúde passou por profundas alterações, extinguindo o INAMPS, que tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuía com a previdência social, implantando o Sistema Único de Saúde (SUS), com a promulgação da nova Constituição Federal, em 1988, que garante a saúde como direito de todos e um dever do Estado. Neste contexto, os Hospitais Universitários passaram a integrar a Rede SUS.

Existem cinquenta Hospitais Universitários vinculados a trinta e seis Universidades Federais.

O quadro 8 mostra a representatividade dos Hospitais Universitários por região.

Quadro 8 – Hospitais Universitários por região brasileira.

(continua)

<b>Regiões</b>	<b>Hospitais</b>	<b>Universidades</b>
<b>Sudeste</b>	Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes	Universidade Federal do Espírito Santo
	Hospital Universitário Antonio Pedro	Universidade Federal Fluminense
	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	Universidade Federal do Rio de Janeiro
	Hospital Escola São Francisco de Assis	
	Instituto de Doenças do Tórax	
	Instituto Puer. Ped. Martagão Gesteira	
	Instituto de Ginecologia	
	Instituto de Neurologia Deolindo Couto	
	Instituto de Psiquiatria	
	Maternidade Escola	
	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
	Hospital Universitário	Universidade Federal de Juiz de Fora
	Hospital das Clínicas	Universidade Federal de Minas Gerais
	Hospital das Clínicas	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
	Hospital de Clínicas	Universidade Federal de Uberlândia
Hospital São Paulo	Universidade Federal de São Paulo	
Hospital Universitário	Universidade Federal de São Carlos	
<b>Centro-Oeste</b>	Hospital das Clínicas	Universidade Federal do Goiás
	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
	Hospital Universitário Júlio Müller	Universidade Federal de Mato Grosso
	Hospital Universitário de Brasília	Universidade de Brasília
	Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados	Universidade Federal da Grande Dourados

Quadro 8 – Hospitais Universitários por região brasileira.

(continua)

<b>Nordeste</b>	Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí	Universidade Federal do Piauí
	Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes	Universidade Federal de Alagoas
	Hospital Universitário Prof. Edgard Santos	Universidade Federal da Bahia
	Maternidade Climério de Oliveira	
	Hospital Universitário Walter Cantídio	Universidade Federal do Ceará
	Maternidade Escola Assis Chateaubriand	
	Hospital Universitário Alcides Carneiro	Universidade Federal de Campina Grande
	Hospital Universitário Júlio Bandeira	
	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão	Universidade Federal do Maranhão
	Hospital Universitário Lauro Wanderley	Universidade Federal da Paraíba
	Hospital das Clínicas	Universidade Federal de Pernambuco
	Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros	Universidade Federal do Vale do São Francisco
	Hospital Universitário Ana Bezerra	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
	Hospital Universitário Onofre Lopes	
	Maternidade Escola Januário Cicco	
	Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe	Universidade Federal de Sergipe
	Hospital Regional de Lagarto	

Quadro 8 – Hospitais Universitários por região brasileira.

(conclusão)

<b>Norte</b>	Hospital Universitário Getúlio Vargas	Universidade Federal do Amazonas
	Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza	Universidade Federal do Pará
	Hospital Universitário João de Barros Barreto	
	Hospital de Doenças Tropicais	Universidade Federal do Tocantins
<b>Sul</b>	Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago	Universidade Federal de Santa Catarina
	Hospital de Clínicas	Universidade Federal do Paraná
	Maternidade Victor Ferreira do Amaral	
	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior	Fundação Universidade Federal do Rio Grande
	Hospital Escola	Universidade Federal de Pelotas
	Hospital Universitário de Santa Maria	Universidade Federal de Santa Maria

Fonte: elaborado pela autora baseado em informações no sítio da EBSERH.

Em estudo realizado em 22 países que possuem Hospitais Universitários, Médici (2001) afirma que o hospital universitário tem um importante papel no atendimento de alta complexidade; apresenta atividades de ensino e pesquisa clínica; necessita de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde; exerce um papel político importante na comunidade que está inserido, devido a grande demanda de atendimentos.

Na próxima seção, será abordada a gestão dos Hospitais Universitários.

### 2.1.8.1 Gestão dos Hospitais Universitários

Os hospitais são instituições complexas, sendo assim os desafios que se apresentam para sua gestão são ainda mais significativos. É necessário construir novas tecnologias e estratégias de gestão que

ampliem as possibilidades de oferta de atenção à saúde de qualidade no âmbito público e privado (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

A complexidade da organização de trabalho de um hospital exige um gestor qualificado e comprometido com os objetivos da organização. Conhecimentos e habilidades são capazes de permitir a utilização de poucos recursos disponíveis com o máximo de eficiência, eficácia e efetividade (CASTRO; CASTRO, 2003).

A administração pública estabelece as regras de administração de diversos tipos de recursos. Mas o gestor público, além de gerenciar recursos humanos, financeiros e materiais e responder pelas diversas solicitações de ordem política, deve atender as necessidades dos usuários (NEVES, 2002).

Toda a empresa ou instituição pública se desenvolve, prospera ou fracassa, dependendo das decisões tomadas. A tomada de decisão é uma tentativa de erros e acertos em que os dirigentes buscam subsídios para resolver problemas complexos (DAFT, 2008).

A participação nas deliberações é essencial para os processos de cooperação e compartilhamento de autoridades e responsabilidades, bem como de desenvolvimento pessoal e profissional (OLIVEIRA, 2012).

Os Hospitais Universitários são muito antigos, mas, somente a partir do século XX foi obrigatório o seu vínculo com as Universidades (MÉDICI, 2001).

Na visão de Ribeiro (1977), a instituição universitária, na qual os hospitais universitários fazem parte, tornou-se burocratizada e com excesso na formalização dos processos decisórios.

De acordo com a LDB, as Universidades obedecerão ao princípio da gestão democrática:

Art. 56. As instituições públicas de educação superior obedecerão ao princípio da gestão democrática, assegurada a existência de órgãos colegiados deliberativos, de que participarão os segmentos da comunidade institucional, local e regional. *Parágrafo único.* Em qualquer caso, os docentes ocuparão 70% (setenta por cento) dos assentos em cada órgão colegiado e comissão, inclusive nos que tratarem da elaboração e modificações estatutárias e regimentais, bem como da escolha de dirigentes (BRASIL, 1996).

A gestão de atenção hospitalar deve garantir o acesso à assistência, cumprir as metas pactuadas na contratualização com o



gestor do SUS, aplicar os recursos com eficiência e transparência e realizar um planejamento participativo e democrático (BRASIL, 2013a).

Segundo Moritz e Pereira (2010), o processo decisório sofre influência dos atores sociais, sob a forma de alianças quando os objetivos são convergentes ou sob forma de conflitos, quando há divergências.

Os desafios na gestão pública em saúde, apresentados em artigos publicados nos anos de 1996 a 2014, resultou nas seguintes respostas:

Falta de planejamento e deficiência gerencial (1996); Integralidade das ações, interação entre multiprofissionais e qualidade resolutiva da assistência (1999); Equidade (2003); Universalização, financiamento, modelo institucional, do modelo da atenção à saúde, da gestão do trabalho e da participação social (2006); Incompreensão da missão do SUS (2007); Burocracia (2007); Descentralização (2007); Participação popular (2009); Trabalho coletivo (2009); Dupla-porta<sup>7</sup> (2010); Regulação do acesso à assistência em saúde (2010) (MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015, p. 102).

Após quatro anos da criação da EBSEH, a ampla maioria dos Hospitais Universitários Públicos se tornaram filiados à empresa pública.

O quadro 9 mostra os Hospitais Universitários que possuem contrato de gestão com a EBSEH.

Quadro 9 – Hospitais Universitários filiados à EBSEH

(continua)

<b>Regiões</b>	<b>Hospitais</b>	<b>Contrato firmado em:</b>
<b>Norte</b>	HU Getúlio Vargas	6/11/2013
	HU Bettina Ferro de Souza	13/10/2015
	HU João de Barros Barreto	13/10/2015
	Hospital de Doenças Tropicais	25/02/2015

<sup>7</sup> Dupla-Porta: “O Decreto Estadual nº 57.108/2011 instituiu a possibilidade de que estabelecimentos públicos de saúde reservem até 25% de sua capacidade operacional para atender pacientes usuários do sistema privado e conveniado” (SÃO PAULO, 2011).

## Quadro 9 – Hospitais Universitários filiados à EBSERH

(continua)

<b>Regiões</b>	<b>Hospitais</b>	<b>Contrato firmado em:</b>
<b>Sudeste</b>	HU Antonio Pedro	06/04/2016
	HU Cassiano Antonio Moraes	15/04/2013
	Hospital Universitário de São Carlos	14/10/2014
	Hospital Gaffrée e Guinle	16/12/2015
	Hospital das Clínicas de Minas Gerais	12/12/2013
	Hospital das Clínicas do Triângulo Mineiro	17/01/2013
	Hospital Universitário de Juiz de Fora	19/11/2014
<b>Nordeste</b>	Hospital Universitário do Piauí	08/04/2013
	HU Prof. Alberto Antunes	14/01/2014
	HU Prof Edgard Santos	2/12/2013
	Maternidade Climério de Oliveira	2/12/2013
	HU Walter Cantídio	26/11/2013
	Maternidade Escola Assis Chateaubriand	26/11/2013
	Hospital Universitário do Maranhão	17/01/2013
	HU Lauro Wanderley	17/12/2013
	Hospital Universitário Alcides Carneiro	9/12/2015
	Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Melo	9/12/2015
	Hospital das Clínicas de Pernambuco	11/12/2013
	Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros	7/01/2014
	HU Ana Bezerra	29/08/2013
	HU Onofre Lopes	29/08/2013
	Maternidade Escola Januário Cicco	29/08/2013
	Hospital Regional de Lagarto	16/12/2015
	HU Alcides Carneiro	09/12/2015
Hospital Universitário Júlio Bandeira	09/12/2015	
Hospital Universitário de Sergipe	17/10/2013	
<b>Centro-Oeste</b>	Hospital das Clínicas de Goiás	29/12/2014
	HU Maria Aparecida Pedrossian	18/12/2013
	HU Júlio Müller	12/11/2013
	Hospital Universitário de Brasília	17/01/2013
	Hospital Universitário da Grande Dourados	26/09/2013

Quadro 9 – Hospitais Universitários filiados à EBSEERH.

(conclusão)

Regiões	Hospitais	Contrato firmado em:
Sul	Hospital de Clínicas do Paraná	30/10/2014
	Maternidade Victor Ferreira do Amaral	
	HU Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior	23/07/2015
	Hospital Escola de Pelotas	30/10/2014
	Hospital Universitário de Santa Maria	17/12/2013
	HU Polydoro Ernani de São Thiago	16/03/2016

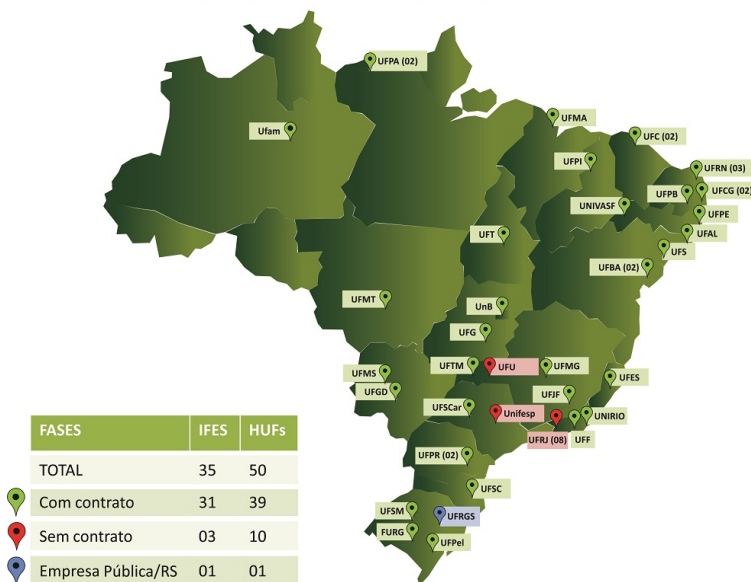
Fonte: elaborado pela autora baseado em informações no sítio da EBSEERH.

Até o mês de julho de 2016, 38 Hospitais Universitários Federais filiaram-se à EBSEERH, do total de 50 hospitais vinculados a 35 Instituições Federais de Ensino Superior (EBSEERH).

A Figura 1 mostra o mapa de Filiais da EBSEERH.

Figura 1 - Mapa de Filiais da EBSEERH.

## IFES COM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



Fonte: EBSEERH, 2016.

O quadro 10 mostra os Hospitais Universitários Federais que não são filiados à EBSEH.

Quadro 10 – Hospitais que não são filiados à EBSEH.

<b>Regiões</b>	<b>Hospitais</b>	<b>Universidades</b>
<b>Sudeste</b>	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	Universidade Federal do Rio de Janeiro
	Hospital Escola São Francisco de Assis	
	Instituto de Doenças do Tórax	
	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira	
	Instituto de Ginecologia	
	Instituto de Neurologia Deolindo Couto	
	Instituto de Psiquiatria	
	Maternidade Escola	
	Hospital de Clínicas	Universidade Federal de Uberlândia
Hospital São Paulo	Universidade Federal de São Paulo	
<b>Sul</b>	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Fonte: elaborado pela autora baseado em informações no sítio da EBSEH.

O Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é uma empresa pública, desta forma não aderiu à EBSEH. O HCPA serviu como modelo à EBSEH devido à criação do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU<sup>8</sup>), com parceria do Ministério da Educação.

<sup>8</sup>O AGHU é um sistema que foi desenvolvido para padronizar práticas assistenciais e administrativas, informatização dos processos clínicos de atendimento aos pacientes: prontuários eletrônicos, prescrições, exames, etc.; transformar dados em informações; prover um canal de comunicação entre os diversos profissionais que atuam nos processos do hospital para suporte na tomada de decisão, entre outros (HCPA).

A partir da fundamentação teórica, infere-se que são fatores relevantes na gestão dos Hospitais Universitários: gestão estrutural; gestão de pessoas; gestão orçamentária e gestão do ensino, pesquisa e extensão.

#### 2.1.8.2 Gestão Estrutural

Segundo Daft (2008), a estrutura organizacional possui três elementos básicos em sua definição: designar relações formais de subordinação; identificar o agrupamento de indivíduos em departamentos; assegurar comunicação, coordenação e integração entre os departamentos.

Daft (2008) apresenta quatro tipos de estruturas representadas por organograma: funcional, divisional, geográfica e matricial.

- a) A estrutura funcional é representada por meio de uma hierarquia vertical, os funcionários com a mesma função estão localizados no mesmo setor e compartilham os mesmos recursos. Esta estrutura centraliza a tomada de decisão;
- b) A estrutura divisional é dividida em serviços, divisões, grupos de negócios. Este tipo descentraliza a tomada de decisão, mas uma desvantagem é a perda da economia de escala, tendo em vista que os profissionais com as mesmas funções estão alocados em serviços ou departamentos distintos;
- c) A estrutura geográfica é utilizada por multinacionais, que possuem unidades em diversas regiões do país e do mundo, a estrutura é similar a estrutura divisional em que cada unidade geográfica possui todas as funções necessárias para produzir ou comercializar serviços.
- d) A estrutura matricial é representada por uma estrutura simultaneamente divisional e funcional. Desta forma, os recursos humanos e materiais são alocados no mesmo setor, de acordo com as linhas de produto.

Para Gonçalves (1998), a estrutura funcional, em que cada unidade, serviço ou departamento está voltada unicamente para suas próprias atividades é ultrapassada, não funciona num cenário com mudanças contínuas.

Andrade e Amboni (2010) corroboram dizendo que a estrutura organizacional está relacionada ao ato de organizar a divisão do trabalho, responsabilidades e hierarquia e o desenho da estrutura é representado pelo organograma.

A gestão de um hospital, antes de tudo, estabelece quais os mecanismos de coordenação adotados para o seu funcionamento. Entretanto, o modelo estrutural mais adotado nos hospitais se apoia na lógica das profissões. Assim, cada grupo de profissões estabelece as rotinas para organizar o seu trabalho e a referência para este grupo é a chefia ou o diretor daquela profissão (CECILIO; MERHY, 2003).

Segundo Campos (2000), o modelo de gestão em saúde da maioria dos hospitais é dividido em departamentos ou seções segundo a lógica das profissões. Para o referido autor, essa modalidade de organização desvaloriza as equipes multiprofissionais e fragmenta o trabalho.

Com a intenção de transformar as organizações hospitalares, Campos (2003) propôs a organização do trabalho por processos e não sob a lógica de departamentos ou serviços. Desta forma, as Unidades seriam formadas por profissionais que trabalham no mesmo espaço físico e com o mesmo tipo de usuário e problemas de saúde; e o chefe de linha vertical passa para uma função de supervisão técnica matricial, em linha horizontal, ou seja, supervisiona a Unidade, de acordo com a finalidade do trabalho.

Para Gonçalves (1998), hospitais que possuem estrutura funcional fortemente hierarquizadas e verticalizadas trazem insatisfação em relação a cooperação que deveria existir entre os diversos setores da organização.

Os hospitais são estruturados segundo uma burocracia profissional, admitindo, para o núcleo operacional, especialistas treinados e doutrinados. Os profissionais nessas estruturas geralmente não se consideram parte da equipe. Para muitos, a organização é quase um acidente, apenas um lugar conveniente para exercer suas habilidades. Com isso, são leais para com a sua profissão e não para o local onde ocorre praticá-la. Por isso, alguns profissionais descrevem tais organizações como pirâmides invertidas, com os operadores profissionais no topo e os administradores abaixo para servi-los. Esta visão subestima o poder do administrador hospitalar, tornando complexo a sua atuação, fazendo com que o administrador 'gaste' muito tempo resolvendo perturbações na estrutura, muitas vezes deixando a política de saúde e o próprio planejamento da instituição para segundo plano (BONACIM; ARAUJO, 2011, p. 1057).

O modelo de organograma proposto pela EBSEH é de blocos lógicos. Na cúpula, encontram-se as gerências; na linha intermediária, encontram-se as divisões; e no núcleo operacional, os setores e unidades. A estrutura organizacional será organizada em linhas de cuidado<sup>9</sup>, para coordenar os profissionais, de acordo com as epidemiologias (EBSEH).

Os Hospitais Universitários filiados à EBSEH serão administrados por um colegiado executivo, composto por: um Superintendente do hospital, um Gerente de Atenção à Saúde, um Gerente Administrativo, um Gerente de Ensino e Pesquisa (EBSEH, 2014).

No quadro 11 são demonstradas as competências dos gestores dos Hospitais Universitários filiados à EBSEH.

Quadro 11 - Competência dos gestores dos Hospitais Universitários filiados à EBSEH.

(continua)

Hospital Universitário filiado à EBSEH
<p><u>Colegiado Executivo</u>: composto pelo superintendente do hospital e pelos três gerentes: de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e administrativo.</p> <p><u>Atribuições</u>: será responsável pela direção e administração de todas as atividades da unidade, em consonância com as diretrizes, coordenação e monitoramento da Ebserh e, no que for pertinente ao ensino e à pesquisa, de acordo com as necessidades e orientações da universidade a qual a unidade hospitalar estiver vinculada.</p>
<p><u>Superintendente</u>:</p> <p><u>Escolha</u>: Indicado pelo Reitor ao Presidente da EBSEH, de preferência da estrutura da universidade contratante.</p> <p><u>Atribuições</u>: Praticar os atos de gestão orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, documental e de gestão de recursos humanos necessários ao funcionamento do Hospital.</p>

<sup>9</sup>Entende-se por linha de cuidado a articulação de recursos e práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas que objetiva a condução oportuna e ágil dos pacientes pelas possibilidades de diagnóstico e terapia em resposta às suas necessidades de saúde. A equipe multiprofissional (enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudiólogo, farmacêutico e outros profissionais) trabalhará de forma matricial nas diversas linhas de cuidado, observando as legislações específicas (DIMENSIONAMENTO...,2015).

Quadro 11 - Competência dos gestores dos Hospitais Universitários filiados à EBSEERH.

(conclusão)

Hospital Universitário filiado à EBSEERH
<p><u>Colegiado Executivo</u>: composto pelo superintendente do hospital e pelos três gerentes: de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e administrativo.</p> <p><u>Atribuições</u>: será responsável pela direção e administração de todas as atividades da unidade, em consonância com as diretrizes, coordenação e monitoramento da Ebserh e, no que for pertinente ao ensino e à pesquisa, de acordo com as necessidades e orientações da universidade a qual a unidade hospitalar estiver vinculada.</p>
<p><u>Superintendente</u>:</p> <p><u>Escolha</u>: Indicado pelo Reitor ao Presidente da EBSEERH, de preferência da estrutura da universidade contratante.</p> <p><u>Atribuições</u>: Praticar os atos de gestão orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, documental e de gestão de recursos humanos necessários ao funcionamento do Hospital.</p>
<p><u>Gerência de Atenção à Saúde</u>: escolha realizada por um comitê composto por membros da diretoria da EBSEERH e o Superintendente do hospital.</p> <p><u>Atribuições</u>: Coordenar equipes multiprofissionais, implantar as diretrizes do modelo EBSEERH, estabelecer metas quantitativas e qualitativas, gerenciar o contrato com a gestão do SUS, entre outros.</p>
<p><u>Gerência de Ensino e Pesquisa</u>: escolha realizada por um comitê composto por membros da diretoria da EBSEERH e o Superintendente do hospital.</p> <p><u>Atribuições</u>: Analisar e viabilizar as propostas de ensino e pesquisas no hospital.</p>
<p><u>Gerência Administrativa</u>: escolha realizada por um comitê composto por membros da diretoria da EBSEERH e o Superintendente do hospital.</p> <p><u>Atribuições</u>: gerenciar e implementar as políticas de gestão administrativa, orçamentária, financeira, patrimonial e contábil no âmbito hospitalar; assinar os processos financeiros para pagamento, após análise pela Unidade competente, submetendo-os ao Ordenador de despesas; gerenciar e implementar as políticas de gestão da logística e infraestrutura hospitalar e de gestão de pessoas.</p>

Fonte: Adaptado pela autora do Regimento Interno da EBSEERH (2014).

A estrutura organizacional, as relações de trabalho e as políticas de recursos humanos são subsistema da gestão de pessoas (ALBUQUERQUE, 1999).

A estrutura organizacional e as relações de trabalho foram abordadas nesta seção. Portanto, na seção de gestão de pessoas serão tratadas as políticas de recursos humanos no setor público, referente à contratação de pessoal e desafios de recursos humanos.



### 2.1.8.3 Gestão de Pessoas

Gestão de Pessoas no setor público é definida como: esforço orientado no sentido de suprir, manter e desenvolver pessoas nas organizações públicas, de acordo com o regime de trabalho e observadas às necessidades da Organização (BERGUE, 2007).

As autarquias, conforme literatura já comentada, fazem parte da Administração Indireta. O regime dos trabalhadores nas Autarquias é o Regime Jurídico Único, portanto a contratação de pessoas deve ser realizada por meio de concurso público, de acordo com o artigo 11, da Lei n.º 8.112, que rege o quadro de pessoal permanente (BRASIL, 1990).

Na legislação, o Servidor público é considerado “pessoa legalmente investida em cargo público”. E o cargo público é “o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor” (BRASIL, 1990).

A Lei n.º 8.112 trata dos deveres e direitos dos servidores públicos, a estabilidade no serviço público é a que mais se destaca em termos de direitos. De acordo com o artigo 21, ao completar três anos de efetivo exercício, o servidor público adquire estabilidade (BRASIL, 1990).

Os Hospitais Universitários Federais, vinculados às autarquias, desde a década de 80, sofrem com a falta de pessoal, por que o Governo Federal não contrata servidores suficientes, por meio da Lei n.º 8.112, para suprir a demanda (HU/UFSC).

Desta forma, os Hospitais Universitários contrataram recursos humanos, por meio das fundações de apoio, para desempenhar, essencialmente, atividades assistenciais, desconsiderando o Decreto n.º 2.271/1997. Em 2011, a força de trabalho dos Hospitais Universitários era composta por 70.373 profissionais, dos quais 26.556 eram fundacionais (TCU, 2015).

De acordo com o Decreto n.º 2.271/1997, a contratação de serviços pelas Autarquias é autorizada para:

§ 1º [...] atividades de conservação, limpeza, segurança, vigilância, transportes, informática, copeiragem, recepção, reprografia, telecomunicações e manutenção de prédios, equipamentos e instalações serão, de preferência, objeto de execução indireta.

Ainda, conforme o Decreto n.º 2.271/1997, os cargos que não estão extintos não podem ser objeto de contratação das Autarquias.

§ 2º Não poderão ser objeto de execução indireta as atividades inerentes às categorias funcionais abrangidas pelo plano de cargos do órgão ou entidade, salvo expressa disposição legal em contrário ou quando se tratar de cargo extinto, total ou parcialmente, no âmbito do quadro geral de pessoal (BRASIL, 1997).

Ribeiro et al. (2010) apontam diversas situações que desencadearam o problema de falta de pessoal nos Hospitais Universitários: ausência de concursos públicos; falta de planejamento para reposição dos aposentados; alto nível de adocimento e afastamento dos trabalhadores e salários incompatíveis com o mercado, gerando a busca de novas oportunidades, sobretudo pelos contratados via fundação de apoio.

O quadro de pessoal de um Hospital Universitário abrange uma equipe bastante heterogênea que integra a área administrativa; de assistência, formada por técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos; de apoio assistencial (nutricionistas, técnicos de laboratório, fisioterapeutas, etc). Além de diversos tipos de funções, existem regimes múltiplos de contratação: trabalhadores que são vinculados ao regime jurídico único, contratados via fundação de apoio e contratados por empresas terceirizadas.

O Tribunal de Contas da União caracteriza os contratados por fundações de apoio como vínculo precário e aponta que as Universidades devem repor o quadro de pessoal por meio de concurso público (TCU, 2015).

Na visão de Sodré et al. (2013), a defasagem de pessoal gera insuficiência nos serviços e os regimes múltiplos de contrata o ocasionam desigualdades entre os trabalhadores, no aspecto legal das contrata es; remunera o; carga horária; benefícios; movimento sindical, entre outros.

Devido ao reduzido quadro de pessoal nos Hospitais Universitários e considerando a necessidade de manter os serviços assistências, o Estado instituiu o adicional de plantão hospitalar (APH), por meio da Lei n.º 11.907/2009 e com nova reda o pela Lei n.º 12.155/2009, que concede pagamento adicional aos servidores de Hospitais Universitários que estão no exercício das atividades

hospitalares, “desempenhadas em regime de plantão nas áreas indispensáveis ao funcionamento ininterrupto [...]” (BRASIL, 2009).

O Decreto nº 7.186/2010, art. 3º, estabelece critérios para utilização de APH:

I - plantão hospitalar, aquele em que o servidor estiver no exercício das atividades hospitalares, além da carga horária semanal de trabalho do seu cargo efetivo, durante doze horas ininterruptas ou mais; e II - plantão de sobreaviso, aquele em que o servidor titular de cargo de nível superior estiver, além da carga horária semanal de trabalho do seu cargo efetivo, fora da instituição hospitalar e disponível ao pronto atendimento das necessidades essenciais de serviço, de acordo com a escala previamente aprovada pela direção do hospital ou unidade hospitalar. § 1º Cada plantão terá duração mínima de doze horas ininterruptas. § 2º O servidor deverá cumprir a jornada diária de trabalho a que estiver sujeito em razão do cargo de provimento efetivo que ocupa, independentemente da prestação de serviços de plantão. § 3º As atividades de plantão não poderão superar vinte e quatro horas por semana. § 4º O servidor escalado para cumprir plantão de sobreaviso deverá atender prontamente ao chamado do hospital e, durante o período de espera, não praticar atividades que o impeçam de comparecer ao serviço ou retardem o seu comparecimento, quando convocado. § 5º O servidor que prestar atendimento no hospital durante o plantão de sobreaviso receberá o valor do plantão hospitalar proporcionalmente às horas trabalhadas no hospital, vedado o pagamento cumulativo (BRASIL, 2010).

De acordo com Duarte e Botazzo (2009, p. 162) os principais problemas de recursos humanos no SUS são:

Regimes múltiplos de contratação, inclusive de níveis de governos, trabalhando sob mesmas condições, mas em regimes de horários e salários muito diferentes; Inadequação quantitativa do quadro de pessoal, sendo o mais frequente a insuficiência de funcionários; Excesso de pessoal

com baixa qualificação profissional e falta de pessoal de nível técnico com qualificação adequada; Grande rotatividade de funcionários por transferências e afastamentos por vários motivos; Absenteísmo e dupla militância; Funcionários com baixa motivação; Ausência de sistemas de avaliação de desempenho, programas de incentivos e de ascensão profissional; Treinamento e capacitação de pessoal sem foco definido e sem avaliação de impacto.

Nos Hospitais Universitários os problemas de recursos humanos são similares aos apontados por Duarte e Botazzo (2009): em referência a multiplicidade de contratação, insuficiência de pessoal e absenteísmo.

O absenteísmo é um problema decorrente nos Hospitais públicos, principalmente na assistência, de acordo com Martinato et al. (2010), o absenteísmo na equipe de enfermagem é um fator preocupante por que sobrecarrega e exige um ritmo de trabalho mais acelerado aos demais integrantes da equipe, podendo prejudicar a saúde do trabalhador, ocasionando o desgaste psíquico e físico.

O Governo Federal criou a EBSEERH, uma empresa pública, como solução na contratação de pessoal para os Hospitais Universitários Federais (TCU, 2015)

O vínculo trabalhista dos trabalhadores das empresas públicas é o celetista. O regime de trabalho celetista é regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o vínculo empregatício é contratual entre empregado e a administração, que neste caso, é equiparada ao empregador particular. O empregado público tem todos os direitos garantidos aos do empregado comum (MEIRELLES,1997; MARTINS, 2007).

De acordo com o artigo 10 da Lei n.º 12.550/2011:

O regime de pessoal permanente da EBSEERH será o da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e legislação complementar, condicionada a contratação à prévia aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos, observadas as normas específicas editadas pelo Conselho de Administração.

O quadro 12 apresenta o quantitativo de pessoal dos Hospitais

Universitários Federais filiados à EBSEH por regime trabalhista, com contrato firmado até 25/02/2015.

Quadro 12 – Quantitativo de pessoal dos Hospitais Universitários Filiados à EBSEH.

(continua)

<b>Hospital Universitário Federal</b>	<b>Nº Servidores do Regime Jurídico Único</b>	<b>Nº Fundacionais (antes da adesão)</b>	<b>Nº Fundacionais (após à adesão)</b>	<b>Profissionais contratados e ativos pela EBSEH</b>
Hospital Universitário de Brasília	667	574	52	991
Hospital Universitário do Maranhão	1182	1363	1089	1170
Hospital das Clínicas do Triângulo Mineiro	792	1100	780	774
Hospital Universitário do Piauí	67	0	0	1048
Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes	770	653	0	753
Hospital Universitário Onofre Lopes	599	299	0	784
Maternidade Escola Januário Cicco	253	192	111	431
Hospital Universitário Ana Bezerra	84	34	34	198

Quadro 12 – Quantitativo de pessoal dos Hospitais Universitários Filiados à EBSERH.

(continua)

<b>Hospital Universitário Federal</b>	<b>Nº Servidores do Regime Jurídico Único</b>	<b>Nº Fundacionais (antes da adesão)</b>	<b>Nº Fundacionais (após à adesão)</b>	<b>Profissionais contratados e ativos pela EBSERH</b>
Hospital Universitário da Grande Dourados	391	306	84	428
Hospital Universitário de Sergipe	410	0	0	378
Hospital Universitário Getúlio Vargas	540	210	160	172
Hospital Universitário Júlio Müller	389	451	61	302
Hospital Universitário Walter Cantídio	791	484	379	841
Maternidade Escola Assis Chateaubriand	460	263	334	0
Hospital Universitário Prof Edgard Santos	875	794	809	314
Maternidade Climério de Oliveira	223	186	223	171
Hospital das Clínicas de Pernambuco	1339	0	0	445
Hospital das Clínicas de Minas Gerais	1469	1910	1131	594

Quadro 12 – Quantitativo de pessoal dos Hospitais Universitários Filiados à EBSERH.

(continua)

<b>Hospital Universitário Federal</b>	<b>Nº Servidores do Regime Jurídico Único</b>	<b>Nº Fundacionais (antes da adesão)</b>	<b>Nº Fundacionais (após à adesão)</b>	<b>Profissionais contratados e ativos pela EBSERH</b>
Hospital Universitário de Santa Maria	1053	170	6	589
Hospital Universitário Lauro Wanderley	910	101	0	373
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	644	258	258	256
Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros	152	0	0	267
Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes	584	255	256	517
Hospital Universitário de São Carlos	0	192	192	3
Hospital de Clínicas do Paraná	1803	694	694	0
Maternidade Victor Ferreira do Amaral	18	218	218	0
Hospital Escola de Pelotas	307	396	396	1

Quadro 12 – Quantitativo de pessoal dos Hospitais Universitários Filiados à EBSEERH.

Hospital Universitário Federal	Nº Servidores do Regime Jurídico Único	Nº Fundacionais (antes da adesão)	Nº Fundacionais (após à adesão)	Profissionais contratados e ativos pela EBSEERH
Hospital Universitário de Juiz de Fora	367	360	360	2
Hospital das Clínicas de Goiás	1083	350	506	6
Hospital de Doenças Tropicais	284	Sem informação	Sem informação	1
<b>TOTAL</b>	<b>18506</b>	<b>11813</b>	<b>8133</b>	<b>11809</b>

Fonte: Adaptado pela autora de TCU (2015).

De acordo com o TCU (2015), a respeito do quadro 12, a EBSEERH não finalizou o processo de contratação de pessoal nos Hospitais Universitários Federais com contratos firmados com menos de um ano. Foram admitidos 11.809 profissionais concursados e em contrapartida foram demitidos 3.680 fundacionais, alguns dos motivos que impedem ou dificultam a demissão imediata dos fundacionais é o impacto financeiro para efetuar o desligamento, e a permanência parcial deles permite a transferência de conhecimento aos novos trabalhadores, concursados via EBSEERH.

A partir da assinatura do contrato, a EBSEERH conta com o prazo de doze meses para elaborar o plano de estruturação do hospital, para imediata instalação da empresa, para não prejudicar os trabalhos, podem ocorrer processos seletivos simplificados por meio de análise curricular (EBSEERH).

Os servidores que trabalham nos Hospitais Universitários, que são regidos pelo regime jurídico único, podem ser cedidos à EBSEERH, mas o seu regime de trabalho, propriamente dito, não será alterado (EBSEERH).

No modelo de contrato da EBSEERH é observado que:



os servidores públicos em exercício no Hospital na data da assinatura do contrato permanecerão em seus postos, exercendo as mesmas atividades, e continuarão sujeitos ao regime previsto na Lei nº 8.112/1990, inclusive quanto aos deveres, proibições e regime disciplinar descritos na mesma Lei, vedado qualquer hipótese de desvio de função (EBSERH).

As Universidades que possuem contrato com a EBSERH têm o prazo de 90 dias para formalizarem a cessão de todos os servidores que atuam no âmbito dos Hospitais Universitários filiados à empresa pública (TCU, 2016)

Nos Hospitais Universitários não são lotados docentes em seu quadro de pessoal, pois este cargo pertence às Universidades Públicas Federais. De qualquer forma, os docentes continuarão tendo acesso para desenvolver as atividades de ensino, pesquisa e extensão (EBSERH).

#### 2.1.8.4 Gestão Orçamentária

Entre as entidades da administração indireta, as autarquias e fundações públicas geram pouca ou quase nenhuma receita própria, dependendo de recursos do Tesouro para sua manutenção. As sociedades de economia mista operam em mercado competitivo e devem gerar lucro. E no caso das empresas públicas, têm aquelas autossuficientes e aquelas que dependem de recursos do Tesouro (GIACOMINI, 2003).

O Estado promulgou na Constituição Federal o direito a assistência à Saúde a todos os cidadãos brasileiros e implementou o Sistema Único de Saúde para garantir este direito. Contudo, a garantia do direito depende de recursos financeiros e da gestão desses recursos (PALHARES; CUNHA, 2014).

Os Hospitais Universitários Federais são integrantes do SUS, por intermédio da contratualização com os gestores do Sistema Único de Saúde, segundo o artigo 14º. da Portaria nº. 3410/2013, no momento de firmar a contratualização os hospitais devem informar: “todos os recursos públicos de custeio e investimento que compõem o orçamento do hospital [...], com identificação das respectivas fontes, quais sejam, federal, estadual, distrital ou municipal” (BRASIL, 2013).

O repasse dos recursos será efetuado de acordo com o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas, formalizados na

contratualização, considerando: “I - a infraestrutura tecnológica (porte, equipamentos e serviços); II - o perfil assistencial; III - a capacidade e produção de serviços (recursos humanos e desempenho de produção); e IV - o custo regional de materiais e serviços” (BRASIL, 2013).

Na contratualização firmada entre os gestores de saúde e os serviços de saúde predomina o quantitativo, ou seja, é estabelecido o número de consultas e de procedimentos (CUNHA; CAMPOS, 2011).

O SUS reembolsa os hospitais baseado em tabela com preço único para cada procedimento, independente do tempo de permanência no hospital ou custos com o paciente (BONACIM; ARAUJO, 2011).

Além da contratualização, os Hospitais Universitários recebem recursos do Programa Nacional de Reestruturação de Hospitais Universitários Federais (REHUF).

O Governo Federal instituiu o REHUF, por meio do Decreto n.º 7.082/2010, para reestruturação e revitalização dos Hospitais Universitários Federais. De acordo com o artigo 4.º do mencionado decreto, a forma de financiamento dos Hospitais Universitários Federais, é partilhado, entre o Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2010).

De acordo com o TCU (2015), o aporte de recursos do Ministério da Educação tende a ser superior ao do Ministério da Saúde tendo em vista que a folha de pagamento de pessoal é financiada pelo MEC.

O Programa REHUF é coordenado pela EBSEH, que tem entre as atribuições, a recomposição financeira dos hospitais universitários federais e a recuperação física e tecnológica (MEC).

Teixeira (2015) afirma que, por essa razão, muitos hospitais aderiram à EBSEH visando repasses de recursos, com a finalidade de sanar a crise financeira.

#### 2.1.8.5 Gestão do Ensino, Pesquisa e Extensão

O ensino, pesquisa e extensão são indissociáveis na Universidade e tem por finalidade a formação de profissionais, o incentivo à pesquisa científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e realização de projetos de extensão, que desenvolvam o bem-estar físico, espiritual e social (BRASIL, 1988).

Para Moita e Andrade (2009), o docente que integra ensino, pesquisa e extensão forma pesquisadores críticos e envolvidos com a sociedade.

Da mesma forma, Magalhães (2007) afirma que a Pesquisa e a Extensão podem desenvolver a capacidade de criar, criticar e planejar, habilidades que não são desenvolvidas na teoria.

Na visão de Araújo et al. (1998, p. 178), a integração do ensino, pesquisa e extensão é alcançada quando:

a Universidade supera o paradigma de ensino reprodutivo, fruto do modelo positivista, avançando para novas formas de produção do conhecimento, fundamentadas no modelo humanista – dialógico, cuja construção, certamente, envolverá de forma integrada a pesquisa e a extensão.

A extensão é considerada um intercâmbio da Universidade com a comunidade, enriquece a formação dos discentes e fortalece e influencia a Universidade (OLIVEIRA et al., 2009).

Na visão de Corrêa (2003), a extensão deve ser orientada nas seguintes diretrizes: relação social de impacto, que busca melhorar a qualidade de vida da sociedade; a bilateralidade, que busca a troca de saberes entre os acadêmicos e a comunidade; a interdisciplinaridade, que busca a inter-relação de instituições, profissionais e pessoas; e a indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, vinculando a extensão no processo de ensino e pesquisa.

O espaço da prática de ensino dos cursos da área de saúde das Universidades Federais são os Hospitais de Ensino, que servem como campo de ensino, pesquisa e extensão (HU/UFSC).

Para Albuquerque (2007), os profissionais do serviço de saúde e os docentes devem sentir-se corresponsáveis pela formação dos futuros profissionais. Além do mais, o trabalho humano é essencial e insubstituível para realizar o trabalho em saúde.

O Ministério da Saúde estabelece responsabilidades aos hospitais de ensino, no âmbito da contratualização, dividido em quatro eixos: assistência; gestão; ensino e pesquisa; avaliação. E confere competências referentes ao ensino e pesquisa aos hospitais contratualizados com o Sistema Único de Saúde, de acordo com a Portaria n.º. 3410, de 30 de dezembro de 2013, art. 6.º e 9.º:

I - disponibilizar ensino integrado à assistência; II - oferecer formação e qualificação aos profissionais de acordo com as necessidades de

saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional; III - garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário; IV - ser campo de educação permanente para profissionais da RAS, conforme pactuado com o gestor público de saúde local; V - desenvolver atividades de Pesquisa e de Gestão de Tecnologias em Saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída, conforme pactuado com o gestor público de saúde; e VI - cumprir os requisitos estabelecidos em atos normativos específicos, caso o estabelecimento seja certificado como Hospital de Ensino (HE) (BRASIL, 2013).

Com relação à pesquisa, Medici (2001) afirma que a maioria das pesquisas desenvolvidas nos Hospitais Universitários é a pesquisa clínica, que envolve a observação dos pacientes. Segundo o autor, devido ao alto custo que envolve as pesquisas científicas e os limites orçamentários, os Hospitais Universitários não conseguem se envolver em processos complexos de pesquisa básica e pesquisa aplicada em saúde.

Machado; Kuchenbecker (2007) corroboram dizendo que no sentido de consolidar a atuação dos Hospitais Universitários na pesquisa científica é necessário envolver as agências de fomento de pesquisa, tais como: CNPq, CAPES e fundações estaduais de apoio à pesquisa.

## 2.2 EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH)

A Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), por meio da ação da Frente Parlamentar da Saúde pressionou o governo federal a discutir acerca da crise dos Hospitais de Ensino. Desta forma, no âmbito do Poder Executivo, foi criada a Comissão Interinstitucional para estudar a situação da crise e propor soluções. A comissão concluiu que a crise apresentava seis dimensões: política, gerencial, assistencial, financeira, acadêmica e social. Em resposta a este estudo, o governo federal criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (LUEDY et al., 2012; MENDES; RIBEIRO JÚNIOR, 2012).

E, em 27 de janeiro de 2010, por meio do Decreto n.º 7082, o governo federal criou o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), para “desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde” e normatizou que as Universidades apresentassem aos Ministérios da Educação e Saúde, os planos de reestruturação do Hospital Universitário, contemplando cinco elementos: diagnóstico situacional da infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos; especificidade da infraestrutura física e tecnológica; impacto financeiro para o desenvolvimento das ações; diagnóstico da situação de recursos humanos; e cronograma para implantação do plano de reestruturação, vinculando desenvolvimento de atividades e metas (BRASIL, 2010).

A primeira tentativa de criação da EBSEH surgiu como Medida Provisória (MP) n.º 520/2010, caracterizada sob a forma de sociedade anônima com capital social representado por ações ordinárias nominativas, integralmente sob a propriedade da União, e atividades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

A Medida Provisória 520, encaminhada ao Congresso Nacional em 31 de dezembro de 2010, entre os últimos atos do governo Luis Inácio Lula da Silva, não foi aprovada na Câmara dos Deputados, por ter seu prazo de vigência encerrado no dia 1º de junho de 2011.

Desta forma, o governo federal instituiu o Projeto Lei n.º 1.749/2011, e posteriormente aprovou a EBSEH, por meio da Lei n.º 12.550, uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação caracterizada, no artigo 1º, como “personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado” (BRASIL, 2011).

O artigo 2.º da Lei n.º 12.550, estabelece que a EBSEH tem o seu capital social integralmente sob a propriedade da União, com recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, bem como pela incorporação de qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro (BRASIL, 2011).

A finalidade da EBSEH, de acordo com o artigo 3.º da Lei n.º 12.550, é a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à

pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada a autonomia universitária, e integralmente e exclusivamente no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

As atividades de assistência à saúde serão orientadas por meio da Política Nacional de Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde e a EBSERH assegura o ressarcimento das despesas com o atendimento de consumidores e respectivos dependentes de planos privados de assistência à saúde, observados os valores de referência estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, 2011).

O artigo 4.º da Lei nº 12.550, trata das competências da EBSERH:

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

A administração pública está dispensada de realizar licitação para contratar a EBSEERH, para realizar atividades relacionadas ao seu objeto social, de acordo com o artigo 5.º da Lei nº 12.550 (BRASIL, 2011).

No que concerne o artigo 6.º da Lei nº 12.550, respeitado o princípio da autonomia universitária, a EBSEERH poderá prestar os serviços relacionados às suas competências mediante contrato com as IFES ou instituições congêneres, devendo constar no contrato, as obrigações dos signatários; as metas de desempenho, indicadores e prazos de execução a serem observados pelas partes; a respectiva sistemática de acompanhamento e avaliação, contendo critérios e parâmetros a serem aplicados; a previsão de que a avaliação de resultados obtidos, no cumprimento de metas de desempenho e observância de prazos pelas unidades da EBSEERH, será usada para o aprimoramento de pessoal e melhorias estratégicas na atuação perante a população e as IFES ou instituições congêneres, visando ao melhor aproveitamento dos recursos destinados à EBSEERH (BRASIL, 2011).

O artigo 7.º da Lei nº 12.550 estabelece que os servidores titulares de cargo efetivo em exercício nas IFES ou instituição congêneres que exerçam atividades relacionadas ao objeto da EBSEERH poderão ser a ela cedidos para a realização de atividades de assistência à saúde e administrativas, assegurando que os direitos e vantagens dos servidores serão correspondentes a entidade de origem (BRASIL, 2011).

Com relação aos recursos da EBSEERH, o artigo 8.º da Lei nº 12.550, constitui que serão oriundos de dotações orçamentárias da União; está previsto receitas decorrentes da prestação de serviços compreendidos em seu objeto; da alienação de bens e direitos; das aplicações financeiras; dos direitos patrimoniais, tais como aluguéis, foros, dividendos e bonificações; de acordos e convênios com entidades nacionais e internacionais; doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado; e rendas oriundas de outras fontes. O lucro será reinvestido para atendimento do objeto social da empresa, com exceção das parcelas decorrentes da reserva legal e da reserva para contingência (BRASIL, 2011).

O artigo 9.º da Lei nº 12.550, estabelece que “a EBSEERH será administrada por um Conselho de Administração, com funções deliberativas, e por uma Diretoria Executiva e contará ainda com um Conselho Fiscal e um Conselho Consultivo” (BRASIL, 2011).

No que tange ao artigo 10, da Lei nº 12.550, o regime de pessoal da EBSEERH será o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), devendo a contratação ser condicionada à prévia aprovação em concurso

público de provas ou de provas e títulos, observadas as normas específicas editadas pelo Conselho de Administração (BRASIL, 2011).

De acordo com o artigo 11 da Lei nº 12.550, na implantação da EBSEERH na gestão dos Hospitais Universitários, está autorizada a contratar, mediante processo seletivo simplificado pessoal técnico e administrativo por tempo determinado (BRASIL, 2011).

No que concerne o artigo 12 da Lei nº 12.550, a EBSEERH poderá celebrar contratos temporários de emprego, mediante processo seletivo simplificado (BRASIL, 2011).

O artigo 13 da Lei nº 12.550 determina que as IFES e instituições congêneres devem ceder à EBSEERH, no âmbito e durante a vigência do contrato, bens e direitos que serão devolvidos à instituição, após término do contrato.

No que tange ao artigo 14, da Lei nº 12.550, a EBSEERH está sujeita à fiscalização dos órgãos de controle interno do Poder Executivo e ao controle externo exercido pelo Congresso Nacional, com auxílio do TCU.

De acordo com o artigo 16, da Lei nº 12.550, após a assinatura do contrato entre a EBSEERH e a IFES, a EBSEERH terá o prazo de até 1 ano para reativação de leitos e serviço inativos por falta de pessoal.

Os sindicatos de servidores das Instituições de Ensino Superior são contrários à EBSEERH, conforme os motivos apresentados no Quadro 13.

Quadro 13 – Motivos para aderir ou não à EBSEERH

(continua)

<b>Sob a gestão da Instituição Federal de Ensino:</b>	<b>Sob a gestão da EBSEERH:</b>
Autonomia universitária;	Sem autonomia universitária;
Os serviços de saúde estão sob controle social do SUS;	Sem controle social do SUS;
O objetivo é servir bem a população;	O objetivo é o lucro;
Trabalhadores do regime RJU são representados por sindicatos nacionais;	Dificuldade em haver representação nacional;
O hospital é caracterizado de direito público; com atuação 100% SUS;	Serão legalizadas as Fundações Estatais de Direito Privado já implantadas ilegalmente em alguns estados, bem como criadas outras modalidades privadas de gestão do SUS;



Quadro 13 – Motivos para aderir ou não à EBSEERH

(conclusão)

<b>Sob a gestão da Instituição Federal de Ensino:</b>	<b>Sob a gestão da EBSEERH:</b>
O servidor ingressa por meio de concurso público, regido pelo Regime Jurídico Único que garante estabilidade;	O trabalhador será contratado pela CLT, podendo ser por indicação, e ser demitido a qualquer momento;
A porta de entrada dos usuários é 100% pública;	A porta de entrada será dividida entre quem tem plano de saúde e quem não tem, levando à desigualdade de acesso e rompendo com a universalidade do SUS;
A pesquisa e seus produtos são de responsabilidade da Universidade Pública;	A pesquisa pode visar unicamente o lucro;
O material comprado e a tecnologia criada/ desenvolvida por pesquisa serão sempre públicos.	O material comprado e a tecnologia criada/ desenvolvida durante a gestão da EBSEERH serão de domínio da empresa

Fonte: Adaptado do Jornal InformANDES (2012).

O contrato com a EBSEERH ou outros contratos na Administração Pública deve primar pelo interesse público. Se um contrato deixa de ser necessário ou fica aquém da necessidade pública, a Administração deve rompê-lo ou alterar as condições para atender às finalidades públicas (CELLA, 2004).

A adesão à EBSEERH não é obrigatória, para não ferir a autonomia da universidade. Entretanto, o governo não autoriza novas vagas de concurso e propõem que os problemas de reposição de pessoal nos Hospitais Universitários sejam sanados por meio da adesão à EBSEERH.

A Procuradoria Geral da República impetrou Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 4895, datada de 31 de dezembro de 2012, contra os artigos 1º a 17 da Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011, pelos seguintes motivos: a) a lei 12.550 repete, quase integralmente, a Medida Provisória nº 520, expirada em 1º de junho de 2011; b) violação dos artigos da Constituição Federal: 37, caput, II e XIX; 39; 173; parágrafo 1º.; 198; e 207:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá

aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. II - a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração. XIX – somente por lei específica poderá ser criada autarquia e autorizada a instituição de empresa pública, de sociedade de economia mista e de fundação, cabendo à lei complementar, neste último caso, definir as áreas de sua atuação. [...] Do artigo 39: A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, regime jurídico único e planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas. [...] Do artigo 173: Ressalvados os casos previstos nesta Constituição, a exploração direta de atividade econômica pelo Estado só será permitida quando necessária aos imperativos da segurança nacional ou a relevante interesse coletivo, conforme definidos em lei. [...] Parágrafo 1º. Do artigo 198: O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. [...] Parágrafo 1º. Do artigo 207: § 1º É facultado às universidades admitir professores, técnicos e cientistas estrangeiros, na forma da lei.

A ação apontou que o uso da expressão ‘neste último caso’, na redação do inciso XIX do artigo 37 da Constituição Federal, gerou diversas discussões e o entendimento da Procuradoria Geral da República é que a autarquia é a única entidade vocacionada ao exercício de serviço público típico. Na ação nº 4895, o Procurador Geral da República ressalta a emenda constitucional nº 19/98 que alterou a sua regulamentação, não exigindo mais lei específica para criação de empresas públicas, sociedades de economia mista, autarquias e fundações. Os requisitos são: edição de lei ordinária específica, autorizando a instituição de empresa pública, sociedade de economia

mista e fundação; e edição de lei complementar federal que defina a área de atuação da empresa pública, sociedade de economia mista e fundação (PROCURADORIA..., 2012).

Desta forma, tendo em vista que não há lei complementar que defina as áreas de atuação das empresas públicas, a Procuradoria Geral da República entende que a EBSEH é inconstitucional (PROCURADORIA..., 2012).

O Procurador-Geral da República, Roberto Monteiro Gurgel Santos, cita o autor Weichert (2004, p. 199) que afirma que o SUS e o privado são dois universos distintos de atuação em saúde:

[...] No SUS, o papel da iniciativa privada é acessório, coadjuvante, sempre por decisão do próprio Estado. Não há um direito subjetivo do particular a integrar o SUS. Decorre, daí, uma suposta confusão pelos formuladores da proposta da fundação estatal. A área de saúde não é de atuação exclusiva do Poder Público, porém, o SUS é essencialmente estatal. Os dois planos (SUS e não-SUS) não se misturam, exceto quando o Poder Público exerce o controle e a fiscalização das ações privadas (não-SUS), em regra por meio da vigilância sanitária e epidemiológica. O Poder Público, no SUS, é sempre um prestador de serviço público. Não há outra possibilidade. E, fora do SUS, não há autorização para atuar. Todo esforço estatal em saúde deve ser realizado dentro do SUS. E será, evidentemente, parte da prestação do serviço público de saúde.

Diante do exposto, o Procurador Geral da República afirma que as atividades da EBSEH estão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do SUS, portanto não é possível que a sua natureza não seja pública.

Além disso, o Procurador da República afirma que somente a Constituição Federal teria poder para promover restrição legal e administrativa à organização e funcionamento das universidades públicas. Portanto, a criação da EBSEH fere a autonomia da universidade, observada no artigo 207 da Constituição Federal:

As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e

patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 1988).

No modelo de contrato com as universidades federais que aderiram a EBSEH, consta que é preservada a autonomia universitária constante do artigo 207 da Constituição Federal. Vale ressaltar que a escolha do gestor do hospital ficará a cargo do aceite do Presidente da EBSEH, ou seja, não está prevista nos contratos a consulta pública dos atores sociais que atuam no Hospital (EBSEH).

Os desafios para os gestores que decidirão estabelecer ou não contrato de gestão com a EBSEH é compreender o contexto em que surgiu a empresa e que perspectiva apresenta (ANDREAZZI, 2015).

Na próxima seção, é apresentada a metodologia utilizada no desenvolvimento desta pesquisa.

### 3. METODOLOGIA

O conhecimento científico tem a finalidade de procurar as causas ou razões dos fatos e para se chegar ao objetivo, é necessário estabelecer um método que lhe permita respostas verdadeiras (PARRA FILHO; SANTOS, 2002).

Dessa forma, o método que orienta este trabalho é apresentado a partir da caracterização da pesquisa; da definição da população; da técnica de coleta de dados; e das categorias de análise.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Para execução deste trabalho, a forma de abordagem utilizada é predominante pesquisa qualitativa. De acordo com Strauss e Corbin (2008), a pesquisa qualitativa se trata da análise interpretativa a respeito das experiências vividas, comportamentos, emoções, movimentos sociais, funcionamento organizacional, entre outros. Neste tipo de pesquisa, produzem-se resultados não estatísticos, ou seja, o objetivo não é apresentar dados quantificados.

Segundo Triviños (2006), a análise de dados qualitativos apoia-se em três aspectos fundamentais: resultados alcançados; fundamentação teórica; e experiência pessoal do investigador.

#### 3.2 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Quanto à natureza do estudo, trata-se de uma pesquisa básica.

Em relação aos objetivos, é classificada com uma pesquisa descritiva. Vergara (2000, p. 47) afirma que a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza.

Quanto aos meios, este trabalho comporta o método estudo de caso. Segundo Yin (1994, p. 62), o método estudo de caso pode ser utilizado para se determinar se as proposições de uma teoria são corretas ou se algum outro conjunto alternativo de explicações possa ser mais relevante.

É uma pesquisa de campo, com coleta de dados, no período de dezembro de 2015 a junho de 2016.

“Pesquisa de campo é investigação empírica realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno, ou que dispõe de elementos para explicá-lo” (VERGARA, 2013, p. 43).

A pesquisa documental buscou reunir documentos relacionados ao tema, especialmente, em relação à legislação da EBSEH e informações colhidas no site da UFSC e da EBSEH.

O estudo bibliográfico deu sustentação a fundamentação teórica da presente pesquisa.

A seguir apresentam-se no quadro 14, as principais fontes relacionadas aos temas abordados neste estudo.

Quadro 14 – Temas e fontes utilizadas

(continua)

Temas	Fontes utilizadas
Administração Pública: atuação e evolução da Administração Pública no Brasil	Matias-Pereira (2005); Paula (2005); Bresser-Pereira (1996); Bergue (2011); Waldo (1996); Mendonça (2008); Denhardt (2012)
Entidades da Adm. Indireta (como: Autarquias e Empresas Públicas)	Decreto-Lei 900/69
Políticas Públicas	Secchi (2009); Heidemann (2009); CF 1988 (BRASIL, 1988)
Reforma Sanitária	Fleury (2009); Teixeira (1989)
Sistema Único de Saúde	Lei 8080/1990; Portaria 3410/2013 (BRASIL, 2013)
Universidades Federais Brasileiras	Ribeiro (1977); Santos e Almeida Filho (2008); Meyer Júnior e Murphy, 2000; Sobrinho (2007); Finger, 1991; Demo (2000); Lei 9394/1996; CF 1988 (BRASIL, 1988)
Gestão Universitária	Chauí (2003); Vahl (1991); Justen Filho (2011)
Administração Pública: atuação e evolução da Administração Pública no Brasil	Matias-Pereira (2005); Paula (2005); Bresser-Pereira (1996); Bergue (2011); Waldo (1996); Mendonça (2008); Denhardt (2012)
Hospitais Universitários Federais	Demo (2008); Cury (2005); Portaria 285/2015 (BRASIL, 2015); Portaria 2400/2007 (BRASIL, 2007)

Quadro 14 – Tema e fontes utilizadas.

(conclusão)

Tema	Fontes utilizadas
Gestão dos Hospitais Universitários	Castro e Castro (2003); Ribeiro (1977); Daft (2008); Moritz e Pereira (2010);
Gestão Estrutural	Daft (2008); Gonçalves (1998); Campos (2000); Bonacim; Araújo (2011)
Gestão de Pessoas	Bergue (2007); Lei 8.112/1990; Decreto 2271/1997; Decreto 7186/2010 ; Decreto 5452/1943
Gestão Orçamentária	Giacomini (2003); Palhares e Cunha (2004); Portaria 3410/2013; Bonacim & Araújo (2011)
Gestão do Ensino, Pesquisa e Extensão	CF 1988; Portaria 3410/2013; Médici (2001); Corrêa (2003)
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	Decreto 7082/2010; Lei 12.550 (2011); ADI 4895/2012

Fonte: elaborado pela autora (2016).

Nas seções subsequentes são apresentadas a técnica de coleta de dados, técnicas de análises de dados e limitações da pesquisa.

### 3.3 COLETA DE DADOS

Para a condução deste processo, a técnica de coleta de dados é por observação e entrevista semiestruturada.

Quanto à observação, Vergara (2007, p. 54) expõe que:

A observação pode ser simples, ou participante. Na observação simples, você mantém certo distanciamento do grupo ou da situação que tenciona estudar; é um espectador não interativo. Na observação participante, você está engajado ou se engaja na vida do grupo ou na situação; é um ator ou um espectador interativo [...].

Para Triviños (1987), a entrevista semiestruturada parte de questionamentos básicos e à medida que o informante responde à entrevista ao interrogador, surgem novas hipóteses e desta forma o informante a partir da sua vivência dentro do foco da pesquisa começa a participar da elaboração do conteúdo.

Segundo Aaker e Day (1989, p.132), a entrevista semiestruturada ocorre quando o entrevistador trata de cumprir uma lista específica de assuntos ou subáreas, e a sua estrutura aberta assegura que os fatos inesperados e as atitudes podem ser buscados facilmente.

Como instrumento de pesquisa para a coleta de dados, foi elaborado um roteiro (Apêndice A) com questões semiestruturadas por meio de entrevistas com os sujeitos do universo previamente definido.

Para o alcance dos objetivos específicos, considera-se um conjunto de categorias de análise e respectivos fatores de análise, que integram os vários instrumentos de coleta de dados utilizados nesta pesquisa, conforme mostra o quadro 15.

Quadro 15 – Categorias e Fatores de Análise.

(continua)

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Categorias de Análise</b>	<b>Fatores de Análise</b>	<b>Instrumento de Coleta de Dados</b>
Conhecer a estrutura e funcionamento do HU/UFSC	Estrutura e funcionamento do HU/UFSC	Estrutura física e organizacional; contratualização; relacionamento com o SUS; atendimento à comunidade.	Pesquisa documental.



Quadro 15 – Categorias e Fatores de Análise

(conclusão)

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Categorias de Análise</b>	<b>Fatores de Análise</b>	<b>Instrumento de Coleta de Dados</b>
Identificar desafios enfrentados na gestão do HU/UFSC, após a criação da EBSEH pelo Governo Federal;	Desafios enfrentados na gestão estrutural; de pessoas; orçamentária; do ensino, pesquisa e extensão; tomada de decisão, escolha do dirigente máximo.	Desafios da gestão em Estrutura física e organizacional; gestão por serviços; gestão por processos; contratação de pessoal; cedência de pessoal; absenteísmo; contratualização com os gestores SUS; indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão; tomada de decisão; autonomia; escolha do dirigente máximo.	Entrevista semiestruturada; Pesquisa documental
Investigar as semelhanças e diferenças em relação a gestão do Hospital Universitário pela Universidade Federal de Santa Catarina e pela EBSEH.	Semelhanças e diferenças em relação a gestão do Hospital Universitário pela Universidade Federal de Santa Catarina e pela EBSEH.	Gestão estrutural; de pessoas; orçamentária; do ensino, pesquisa e extensão; tomada de decisão; autonomia; escolha do dirigente máximo.	Entrevista semiestruturada; Pesquisa básica; Pesquisa documental.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Com a intenção de definir os fatores de análise relevantes, esta pesquisadora questionou um hospital universitário que aderiu à EBSEH, com a intenção de revelar quais os motivos que levaram à

adesão. A Diretoria Executiva do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) encaminhou o seguinte texto, datado de 15 de outubro de 2013, que apresenta a situação vivenciada pelo hospital anterior à adesão:

O Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM possui hoje um total de 320 leitos em funcionamento, sendo todos de uso exclusivamente para o SUS. Desde o início do seu funcionamento, em 1974, este é o maior número de leitos que a instituição ativou. Hoje, todos os leitos das UTI's são regulados pela central de regulação do Estado. No entanto um dos grandes problemas do HUSM, desde que se tornou a única referência hospitalar para o SUS em Santa Maria e Região, é o acesso ao Pronto Socorro - PS que ocorre por demanda espontânea, ou seja, apesar de ser uma unidade hospitalar de referência terciária não consegue implantar a regulação da emergência como preconiza o SUS (atender somente casos graves e referenciados por serviços como SAMU, UPA, Pronto Atendimentos, Bombeiros, Hospitais da sua região de abrangência). O PS do HUSM funciona nos moldes de 'porta aberta', pois atende a demanda espontânea que procura por assistência. Assim, a grande maioria dos leitos do hospital é para pacientes que internam via PS, sendo que muitos casos poderiam ser resolvidos em hospitais de menor complexidade, credenciados ao SUS. Além da situação crítica enfrentada, cotidianamente, no PS devido às questões apresentadas, a situação do atendimento aos usuários do SUS poderá se agravar ainda mais com a demissão dos contratados, via FATEC, ao final do TAC em 22 de agosto de 2013. O agravamento não se restringirá apenas à porta de entrada, mas a áreas essenciais onde os usuários não poderão acessar os serviços disponíveis na região centro do estado, no caso da cardiologia (incluindo cirurgia cardíaca e leitos de UTI), gestação de alto risco, transplantes, radioterapia, diagnóstico em geral, tratamento oncológico infantil e adulto, enfim, a maioria dos serviços que concedem ao HUSM a relevância consolidada que possui no sistema

hospitalar para atendimento SUS, de alta complexidade. Destaca-se, abaixo, os principais serviços e especialidades que sofrerão, imediatamente, impacto com a saída dos profissionais contratados pela Fundação, ocasionando fechamento de serviços e leitos de internação. **Serviços do HUSM:** Ø Radioterapia, Hemodinâmica e Radiologia: Há 04 Físicos FATEC, sendo que por determinação da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, todos estes serviços precisam da supervisão de Físicos, pois não estão autorizados a funcionar sem eles. Estes físicos também assessoram outras unidades na UFSM como Odontologia e Medicina Veterinária; Ø Unidade Cardiológica Intensiva - UCI: 02 médicos do quadro e 05 médicos FATEC, inviabiliza a manutenção deste setor, ocasionando o fechamento de 06 leitos; Ø UTI NeoNatal: 05 médicos do quadro e 02 FATEC; Ø UTI Pediátrica: 07 médicos do quadro e 01 FATEC; As três unidades já estão funcionando com quadro de profissionais restrito, o que acarretaria, de imediato, o fechamento de leitos na UTI-NEO e UTI-Pediátrica. Senão fechamento total por falta de profissionais para escala de 24 horas; Ø Pronto Socorro Clínico: 08 médicos do quadro e 07 médicos FATEC, necessita de um plantão 24h e um plantão de 12h por dia, ocasionaria o fechamento do PS; Ø Bloco Cirúrgico: 04 médicos anestesistas FATEC, o que acarretaria o fechamento de 02 salas cirúrgicas das 07 salas em funcionamento e suspensão de cirurgias oncológicas; nos últimos 15 dias se demitiram 3 e já foram fechadas duas salas. Ø Leitos Gerais: 54 Técnicos de Enfermagem contratados pela Fundação, a demissão dos mesmos ocasionaria o fechamento de leitos na área cirúrgica, obstétrica, clínica médica, hemato-oncologia, pronto socorro, salas cirúrgicas e sala de recuperação. Ressalta-se, também, que poderá ocorrer a suspensão imediata do atendimento às vítimas da Boate Kiss, pelo Centro integrado de atenção às vítimas de acidente (CIAVA), último serviço organizado pelo HUSM, por necessidade emergencial de uma população vitimada por uma tragédia. O Centro já atendeu

mais de 1200 sobreviventes e o atendimento só foi possível ser ofertado devido a contratações de profissionais pela Fundação. Destacamos, ainda, que a exoneração dos mais de 160 profissionais contratados pela Fatec, que atuam no HUSM, impactará significativamente no total de leitos ativos. Deste modo, além da redução da oferta de vagas em serviços essenciais, deverá ser reduzido, significativamente, o número de leitos e serviços de modo a continuar garantindo assistência segura aos usuários. Importante informar que o impacto das demissões dos Contratos FATEC não será somente local, mas abrangerá os 43 municípios da região para os quais o HUSM é a única referência SUS em média e alta complexidade. Do ponto de vista acadêmico, a situação de campos de estágio para a graduação e pós-graduação não oferecerá condições mínimas para o Ensino e inviabilizará mais de 12 dos 33 programas de Residência Médica já consolidados junto ao MEC, sendo que o mesmo pode ocorrer com a Residência Multiprofissional. Também a criação de seis novos programas já para o próximo semestre terá de ser sustada. Inevitavelmente, a UFSM terá que buscar ou contratar outras instituições hospitalares para o aprendizado de seus alunos, cujos currículos dependem de todos os serviços elencados. Cabe a cada um fazer seu papel para a manutenção e crescimento do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM para todos que dele necessitam (HUSM).

O HU/UFSM apresentou os seguintes desafios anteriores à adesão: funcionamento da emergência nos moldes porta aberta<sup>10</sup>; demissão de funcionários contratados via fundação de apoio, ocasionando fechamento de serviços e leitos de internação; fechamento de programas de Residência Médica e prejuízo no ensino para os alunos da graduação, cujos currículos constem prática no hospital.

---

<sup>10</sup>Funcionamento porta aberta: “são hospitais que mantêm prontos-socorros e ambulatórios onde a população é atendida imediatamente de acordo com a capacidade.” (SINDSAUDESP).

Com base na pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e vivência do HU/UFMS, foram considerados os fatores de análise, conforme consta no quadro 16.

Com base na pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e vivência do HU/UFMS, foram considerados os fatores de análise, conforme consta no quadro 16.

O quadro 16 mostra a relação entre objetivos específicos, fatores de análise e questões que foram aplicadas no roteiro de entrevistas (Apêndice B) e questionários com as chefias do HU/UFSC (Apêndice C; Apêndice D; Apêndice E; Apêndice F; Apêndice G).

Quadro 16 - Relação entre objetivos específicos e questões aplicadas na pesquisa de campo.

(continua)

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Fatores de Análise</b>	<b>Questões</b>
Descrever a estrutura e funcionamento do HU/UFSC	Estrutura física e organizacional; regimento interno do HU; contratualização; relacionamento com o SUS; atendimento à comunidade.	Não se aplica
Identificar desafios enfrentados na gestão do HU/UFSC, após a criação da EBSEH pelo Governo Federal	Estrutura física; gestão dos leitos; estrutura organizacional; gestão por serviços; gestão por processos; contratação de pessoal; cedência de pessoal; absenteísmo; contratualização com os gestores SUS; indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão; tomada de decisão; autonomia na gestão; escolha do dirigente máximo.	Questões 1 a 10; 13; 14; 15 do Apêndice B; Questões 4 a 15 do Apêndice C; Questões 4 a 18 do Apêndice D; Questões 5 e 6 do Apêndice E; Questões 5 e 6 do Apêndice F; Questões 5 e 6 do Apêndice G

Quadro 16 – Relação entre objetivos específicos e questões aplicadas na pesquisa de campo.

(conclusão)

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Fatores de Análise</b>	<b>Questões</b>
Conhecer as semelhanças e diferenças em relação a gestão do Hospital Universitário definido pela Universidade Federal de Santa Catarina e definido pela EBSEH	Gestão estrutural; de pessoas; orçamentária; do ensino, pesquisa e extensão; tomada de decisão; escolha do dirigente máximo e autonomia de gestão.	Questões 11; 12 e do Apêndice B; Questão 16 do Apêndice C; Questão 19 do Apêndice D; Questão 7 do Apêndice E; Questão 7 do Apêndice F; Questão 7 do Apêndice G.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Os sujeitos pesquisados receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Após concordarem com os termos de participação da pesquisa e, assim, terem assinado o TCLE, foram agendadas as entrevistas com os gestores da Direção Geral do HU/UFSC, que ocorreram no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

Para realizar as entrevistas semiestruturadas, inicialmente, foi conversado com cada um dos sujeitos da pesquisa e no dia agendado para cada entrevista, após ser assinado o Termo de Consentimento (Apêndice A), era iniciada a entrevista, sendo gravada, mediante autorização do entrevistado. Posteriormente, todas as respostas foram transcritas, produzindo um documento com 36 páginas de conteúdo.

### 3.4 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

Destaca-se que, na apresentação das falas, foram atribuídos números cardinais para identificar os respondentes, considerando-se a sequência em que os sujeitos de pesquisa foram entrevistados, como retrata o quadro 17.

Quadro 17 - Identificação dos respondentes.

Profissionais entrevistados	Sequência das entrevistas
06 Diretores	Entrevistado 1; Entrevistado 2; Entrevistado 3; Entrevistado 4; Entrevistado 5; Entrevistado 6
01 Coordenador e 01 Assessor	Entrevistado 7; Entrevistado 8

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

### 3.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

O local de realização deste estudo é o Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

Os participantes escolhidos para este estudo foram os gestores da Direção Geral do HU/UFSC, as chefias vinculadas à Direção Geral, Diretoria de Administração, Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar; Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina.

Também são participantes, os Coordenadores dos Cursos de Graduação da Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, e os coordenadores de pesquisa e de extensão dos departamentos do Centro de Ciências da Saúde; e os coordenadores de pesquisa e de extensão dos departamentos de Serviço Social e de Psicologia.

Os gestores da Direção Geral do HU/UFSC e as chefias vinculadas às Diretorias da Direção Geral foram escolhidos por serem os responsáveis pela gestão do HU/UFSC; os Coordenadores mencionados foram escolhidos por ser o HU/UFSC um Hospital de Ensino, que realiza ensino, pesquisa e extensão e os cursos mencionados se relacionam com o Ensino, a Pesquisa e a Extensão no HU/UFSC..

No período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas com os sujeitos que ocupam cargos com as seguintes nomenclaturas: Diretor Geral, Vice-Diretora, Diretor de Administração, Diretora de Medicina, Diretora de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar e Diretora de Enfermagem, Coordenador de Administração do HU/UFSC, tendo em vista que na prática é o responsável pela gestão de pessoas, atribuição do Diretor de Administração, de acordo com o Regimento Interno do HU/UFSC;

Assessoria de Ensino, Pesquisa e Extensão, por que é de competência da assessoria analisar a gestão do ensino, pesquisa e extensão.

O quadro 18 apresenta o quantitativo de participantes da pesquisa por meio de entrevista semiestruturada.

Quadro 18 - Participantes da Pesquisa por meio de entrevista semiestruturada.

Tipo de chefia	Total de chefias	Total de respondentes
Cargo de Direção	6	6
Coordenador	1	1
Assessor	1	1

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Posteriormente, foram elaborados 5 questionários, um questionário aos 34 sujeitos que exercem cargo de chefia no HU/UFSC vinculados à Direção Geral, Diretoria de Administração, Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar (APÊNDICE C); Questionário (APÊNDICE D) aos 34 sujeitos que exercem cargo de chefia no HU/UFSC vinculados à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina; Questionário (APÊNDICE E) aos 8 sujeitos que são coordenadores dos Cursos de Graduação da Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Serviço Social; Questionário (APÊNDICE F) aos 14 sujeitos que são coordenadores de extensão dos departamentos do Centro de Ciências da Saúde e dos departamentos de Serviço Social e de Psicologia; Questionário (APÊNDICE G) aos 15 sujeitos que são coordenadores de pesquisa dos departamentos do Centro de Ciências da Saúde e dos departamentos de Serviço Social e de Psicologia.

No período de abril de 2016 a maio de 2016, foram aplicados os questionários, sendo que para as chefias lotadas no HU/UFSC, foram entregues pessoalmente, por meio físico. E para os coordenadores, foi encaminhado por meio eletrônico.

O quadro 19 apresenta o quantitativo de participantes da pesquisa por meio de questionário.



Quadro 19 - Participantes da Pesquisa por meio de questionário.

Tipos de chefia	Total de chefias	Total de respondentes
Chefias vinculadas à Direção Geral, Diretoria de Administração, Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar.	34	25
Chefias no HU/UFSC vinculados à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina.	34	20
Coordenadores dos Cursos de Graduação da Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Serviço Social.	8	6
Coordenadores de Extensão dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde e dos Departamentos de Psicologia e Serviço Social.	14	5
Coordenadores de Pesquisa dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde e dos Departamentos de Psicologia e Serviço Social.	15	6

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Na seção seguinte, são apresentados e analisados os dados da pesquisa.

## **4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Segundo Roesch (2009, p. 266), após a definição e a coleta dos dados que respondem a pergunta de pesquisa, é realizada as etapas que constituem a apresentação e análise de dados. Neste momento, os dados são “organizados, comprimidos e montados de forma a permitir extrair conclusões e alternativas para a ação” (ROESCH, 2009, p. 266).

Portanto, nesta seção, apresentam-se as respostas aos objetivos específicos da presente pesquisa. Primeiramente, faz-se a caracterização da Universidade Federal de Santa Catarina e, posteriormente, do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DA UFSC E DO HU/UFSC**

Nesta seção, são apresentadas as características da Universidade Federal de Santa Catarina e Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

#### **4.1.1 Caracterização da UFSC**

A Universidade Federal de Santa Catarina foi criada pela Lei n.º 3.849, de 18 de dezembro de 1960, e agregou as faculdades de Direito (do ano de 1932); Ciências Econômicas (de 1943); Odontologia (de 1946); Farmácia e Bioquímica (de 1946); Filosofia (de 1952); Medicina (1957) e Serviço Social (1958), já existentes em Florianópolis, além de criar a faculdade de engenharia (UFSC, 2010).

O Campus da UFSC, localizado na Trindade, em Florianópolis/SC, foi nomeado Reitor João David Ferreira Lima, primeiro Reitor da Instituição (UFSC, 2010).

Em 1966, Rudolph Atcon, teórico norte-americano especializado em assuntos universitários, publicou em seu livro, “Rumo à reformulação estrutural da Universidade Brasileira: estudo realizado entre junho e setembro de 1965”, após visita à UFSC, que a Instituição era um modelo para as universidades brasileiras (UFSC, 2010).

Hoje, a UFSC é uma das melhores universidades do país e da América Latina, devido ao empenho e dedicação dos seus discentes, servidores docentes e técnico-administrativos. (UFSC, 2015).

É composta por onze Unidades Universitárias: Centro de Ciências Agrárias; Centro de Ciências Biológicas; Centro de Ciências da Educação; Centro de Ciências da Saúde; Centro de Ciências Físicas e Matemáticas; Centro de Ciências Jurídicas; Centro de Comunicação e

Expressão; Centro de Desportos; Centro de Filosofia e Ciências Humanas; Centro Socioeconômico e Centro Tecnológico; e quatro Campi: de Araranguá, que oferece cursos nas áreas de Engenharia, Saúde e Computação; de Curitiba, graduações nas áreas de Ciências Agrárias e Ciências da Saúde; de Joinville, oferece sete cursos de Engenharia e um bacharelado Interdisciplinar; e de Blumenau, instalado em 2014, que oferece cursos de Engenharia e licenciaturas em Ciências Exatas. Em relação ao ensino básico, estão vinculados à Universidade, o Colégio de Aplicação e o Núcleo de Desenvolvimento Infantil (UFSC, 2015).

A Universidade oferece 103 cursos presenciais e 14 à distância. Quanto à pós-graduação, oferece 63 mestrados acadêmicos, 15 mestrados profissionais e 55 cursos de doutorado (UFSC, 2015).

A comunidade acadêmica é formada por servidores docentes (2.402), técnico-administrativos da UFSC e Hospital Universitário (3217), discentes (45.680), totalizando 51.299 indivíduos (UFSC, 2015).

A UFSC é uma universidade pública e gratuita que busca a internacionalização por meio de convênios de cooperação com instituições de ensino em todos os continentes, buscando melhorar cada vez mais o padrão de qualidade do ensino (UFSC, 2015).

#### **4.1.2 Caracterização do HU**

Na gestão do primeiro Reitor da Universidade Federal de Santa Catarina, Professor João David Ferreira Lima, a construção de um Hospital das Clínicas foi idealizado pelos professores da faculdade de medicina. A preocupação com a qualidade do ensino das profissões da área da Saúde motivou o primeiro impulso da Universidade para enfrentar a construção de seu próprio Hospital e atender a deficiência de leitos hospitalares que atingia Florianópolis (São Thiago, 1983).

O terreno onde está localizado o HU/UFSC foi doado pelo Estado de Santa Catarina, em 1963, quando ocorreu a visita do Consultor Hospitalar Professor Odair Pacheco Pedrosa (HU/UFSC).

A construção do HU/UFSC iniciou-se, em 2 de janeiro de 1968, e foi paralisada em 22 de março de 1971, por contensão de despesas públicas. Naquela época, o Brasil era governado pelo regime militar. A estrutura de concreto do hospital de 10.800m<sup>2</sup> passou a ser coberto pela vegetação. Após estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina pressionarem o Governo Federal, a construção do hospital foi retomada em 1976 (São Thiago, 1983).

Na inauguração, foram entregues 22.000m<sup>2</sup> de área construída e havia 103 leitos (HU/UFSC). O HU/UFSC, primeiramente, foi chamado de Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Santa Catarina e, após movimentação dos funcionários da UFSC, foi nomeado Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, em homenagem ao Professor Polydoro Ernani de São Thiago, na gestão do Reitor Ernani Bayer (HU/UFSC) (UFSC, 2010).

Em 11 de março de 1980, foi nomeada e empossada a primeira Diretoria Geral do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, presidida pelo Prof. Polydoro Ernani de São Thiago (São Thiago, 1983).

O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago foi inaugurado, em 2 de maio de 1980, na gestão do Reitor Prof. Caspar Erich Stemer (CONSONI, 2005).

O Hospital Universitário foi programado, projetado e construído para cumprir as diretrizes recomendadas pela Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura, isto é, ter características tais que permitam exercer sua tríplice finalidade: assistência, ensino e pesquisa; ser um hospital geral organizado de acordo com as modernas técnicas de administração hospitalar; ter ambulatorios dinâmicos, qualitativa e quantitativamente estruturados; possuir serviços de emergência; dispor de razoável proporção de docentes médicos em tempo integral; ter uma disposição de leitos relacionada aos objetivos genéricos e à demanda; articular-se com a rede geral de saúde, por maneira a exercer uma ação médica comunitária; ter como precípua a função assistencial, sendo o paciente o centro de interesse, girando em torno dele as atividades de planejamento e execução (SÃO THIAGO, 1983, p. 153).

Em 1980, o HU/UFSC contava com 39 docentes das disciplinas de clínica médica, pediatria, tocoginecologia e 11 professores da enfermagem; e 363 discentes do curso de medicina e 114 discentes do curso de enfermagem (São Thiago, 183, p. 167).

O HU/UFSC é um hospital geral e de ensino, órgão complementar da Universidade Federal de Santa Catarina, com a finalidade de

promover assistência, ensino, pesquisa, e extensão na área de saúde e afins (REGIMENTO..., 1992).

Em 1990, o HU/UFSC passou a integrar a rede pública de saúde, atendendo os usuários por meio do Sistema Único de Saúde (HU/UFSC).

Em 2004, o HU/UFSC foi reconhecido como Hospital de Ensino, por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.378, de 26 de outubro de 2004 (BRASIL, 2004). Com o ensino-aprendizagem, busca formar profissionais com um bom nível de qualidade, capacitando-os para o Sistema Único de Saúde (SUS) (RELATÓRIO..., 2015).

De acordo com o Regimento Interno (2012), artigo 2º, a missão do HU/UFSC é “preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social”.

Em 2004, o HU/UFSC contratualizou com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) pactuando serviços e atividades, bem como explicitando as diretrizes e metas físicas de qualidade para cada uma das áreas de atuação pactuadas: atenção à saúde, atividades de ensino e pesquisa e atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar.

De 2007 a 2012, diversos serviços e procedimentos foram implantados (HU/UFSC), quais sejam:

- a) Acolhimento e Classificação de Risco na Emergência (2007), com inserção no Sistema de Atenção Móvel de Urgência (SAMU), com aumento da complexidade dos pacientes atendidos;
- b) Realização de exames de tomografia e colangiopancreatografia retrógrada endoscopia (CPRE) – 2007;
- c) Nefrologia (serviço de diálise) – ampliação em 2007;
- d) Oncologia (cirurgia oncológica e onco-hematologia) - 2008;
- e) Estruturação da Hemodinâmica – 2008;
- f) Transferência do Laboratório de Toxicologia de Emergência (TOXEM) do Departamento de Patologia do Centro de Ciências da Saúde para o Serviço de Análises Clínicas do HU/UFSC (2010);
- g) Centro Endoscópico (2010);
- h) Retirada e transplante de fígado – Portaria nº 756, de 30 de dezembro de 2010;
- i) Procedimentos endovasculares extracardíacos – Portaria nº 360, de 21 de julho de 2011;

- j) Implante coclear – Portaria nº 186, de 29 de abril de 2011;
- k) Habilitação em Hospital-Dia – procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, de acordo com a Portaria nº 768, de 22 de novembro de 2011;
- l) Cirurgia e tratamento do glaucoma (2011);
- m) Atenção ao portador de obesidade grave (cirurgia bariátrica), com implantação efetiva de atenção multiprofissional (endocrinologista, assistente social, psicólogo, nutricionista, médico cirurgião e enfermeiro), em 2011;
- n) Retirada e transplante de tecidos oculares humanos (córnea/esclera) – autorização em 2010 e renovação de autorização por meio da Portaria nº 39, de 23 de janeiro de 2012.
- o) Laboratório de Onco-Hematologia no Serviço de Análises Clínicas (2011); Ampliação de leitos de UTI adulto; de 6 para 10, em 2009, e de 10 para 14, em 2012.

O HU/UFSC participa de programas de destaque como o Programa Capital da Criança<sup>11</sup> e Hospital Amigo da Criança<sup>12</sup> (HU/UFSC).

Diante de todos os inúmeros tipos de serviços e quantitativos ofertados à população e pelo fato do HU/UFSC ser um hospital de ensino, público, tem reconhecimento social por prestar assistência com um bom nível de qualidade (HU/UFSC).

---

<sup>11</sup>Um dos principais resultados do Programa Capital da Criança é a redução da taxa de mortalidade infantil. Em 2013, o município de Florianópolis foi reconhecido por possuir a menor taxa de mortalidade infantil do país. O índice ficou em 5,2 por 1.000 nascidos vivos (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2014).

<sup>12</sup>A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o UNICEF idealizaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Ao assinar, em 1990, a Declaração de Innocenti, na Itália, o Brasil foi um dos 12 países escolhidos para participar da IHAC (UNICEF BRASIL).

## 4.2 ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO HU/UFSC

O Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago é um órgão suplementar da Universidade Federal de Santa Catarina. O objeto do HU/UFSC, como órgão suplementar, é melhorar o desempenho das atividades da UFSC, para fins de ensino, pesquisa e extensão, de acordo com as formas de administração determinados pelo Regimento da Reitoria (ESTATUTO, 2011). Assim, os objetivos do HU/UFSC, de acordo com o Regimento Interno (1992) são:

I – Ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, sob orientação das Coordenadorias e dos Departamentos de Ensino, que nele atuam;

II – Prestar assistência à comunidade na área de saúde em todos os níveis de complexidade de forma universalizada e igualitária, harmonizando-se com o Sistema Nacional de Saúde.

Consoante com o Regimento Interno, é obrigatória a integração docente assistencial. Assim, o HU e a Administração Superior da UFSC tem que encontrar meios para a efetiva integração docente assistencial.

De acordo com o Regimento (1992), o HU/UFSC juntamente com os Departamentos de Ensino da UFSC deve desenvolver assistência voltada às atividades de ensino, pesquisa e extensão.

A estrutura do HU/UFSC é composta pela Administração Superior e Setorial. A administração superior é formada pelo Conselho Diretor (CD), um órgão com funções normativas, consultivas e deliberativas, obedecidas as disposições legais, regimentais, estatutárias e normativas da Universidade Federal de Santa Catarina; Diretoria Geral (DG) e Vice-Diretoria (VD). A administração setorial é composta pelas Diretorias de Medicina, de Enfermagem, de Administração e Apoio Assistencial (REGIMENTO..., 1992).

O Conselho Diretor do HU/UFSC é composto pelos seguintes membros:

Art. 9 – I - Diretor Geral do Hospital Universitário, que é seu presidente; II – Vice-Diretor do Hospital Universitário; III - Diretor de Medicina; IV – Diretor de Enfermagem; V – Diretor de Administração; VI – Diretor de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar; VII – Diretor do Centro de Ciências da Saúde; VIII – Chefes dos Departamentos de Ensino, e Coordenadores dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde que possuam atuação efetiva no HU; X – Quatro

servidores do quadro permanente da UFSC, lotados no Hospital Universitário, sendo um representante de cada diretoria setorial; XI – Representante do corpo discente; XII – Um representante dos residentes; XIII – Um representante da comunidade (REGIMENTO..., 1993).

Consoante com Regimento, a competência do Conselho Diretor é:

I - Promover a integração docente assistencial; II - Appreciar os projetos de pesquisa e extensão a serem desenvolvidos no Hospital Universitário, previamente aprovados pelas Comissões de Ética respectivas; III - Definir a política hospitalar em consonância com as normas vigentes na Lei Orgânica de Saúde; IV - Estabelecer medidas que visem à melhor técnica e/ou administrativa do Hospital Universitário; V - Appreciar o plano anual de trabalho, incluindo a proposta orçamentária a ser encaminhada à Reitoria; VI - Estabelecer normas e critérios para consulta prévia a serem aprovadas pelo reitor, cuja consulta fornecerá subsídios ao mesmo para nomeação do Diretor Geral e Vice-Diretor do Hospital Universitário, bem como designar comissão para coordenar o processo; VII - Elaborar e submeter à aprovação do Reitor seu próprio Regimento e Regulamentos das Diretorias Setoriais; VIII - Propor a Reitoria as alterações do presente Regimento desde que aprovadas por 2/3 (dois terços) dos meus membros; IX - Deliberar sobre questões omissas neste Regimento, aprovadas “ad referendum” pelo Diretor Geral (REGIMENTO..., 1992).

O HU/UFSC integra a rede SUS, por meio da contratualização com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC), oferta serviços de média e alta complexidade, conforme as metas contratualizadas.

O funcionamento do HU/UFSC no atendimento de urgências e emergências é de 24 horas por dia, 7 dias na semana; é referência para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os leitos de UTI estão à disposição da Central de Regulação e o HU/UFSC deve oferecer aos usuários recursos necessários ao atendimento, ou seja, o usuário que chega a um serviço porta aberta deve ser atendido (TERMO DE PACTUAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIA).



O atendimento de urgência e emergência obstétrica é de 24 horas por dia, 7 dias na semana; o HU/UFSC é referência de atenção a gestação de alto risco e atenção ao recém-nascido; deve manter atendimento ambulatorial de consultas médicas via SISREG; proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação de recém nascidos graves ou potencialmente graves; e permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério (TERMO DE PACTUAÇÃO DA REDE CEGONHA).

Por conta da contratualização, o HU/UFSC conta com três Emergências Adulto, Pediátrica e Ginecológica/Obstétrica em funcionamento porta aberta 24 horas e duas Unidades de Terapias Intensivas (UTI) Adulto e Neonatal, que funcionam em áreas separadas, em horário interrupto. O gerenciamento dos leitos da UTI é feito pela Central de Regulação da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (BEMH, 2015).

O HU/UFSC tem a missão de formar profissionais para o SUS, provenientes dos cursos de graduação e também das residências da área da saúde, consideradas pós-graduação em nível de especialização (HU/UFSC).

Para cumprir as atividades de Hospital de Ensino e atender ao SUS, é necessário o pleno funcionamento dos setores vinculados as Diretorias: de Administração, de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, de Diretoria de Medicina e de Enfermagem (HU/UFSC).

O funcionamento do HU/UFSC na assistência atende as normativas do Sistema Único de Saúde e as legislações do Ministério da Saúde. E, para atender a missão do ensino, pesquisa e extensão, os docentes da Universidade Federal de Santa Catarina utilizam o espaço do HU/UFSC para realizar a integração ensino-aprendizagem (HU/UFSC).

A estrutura e o funcionamento do HU/UFSC são complexos, devido à diversidade de serviços, procedimentos realizados e quantitativo de atendimentos e exames, além de contar com profissionais de diversas áreas (vide Anexos A; B; C; D; E).

### 4.3 DESAFIOS ENFRENTADOS PELA GESTÃO DO HU/UFSC, APÓS A CRIAÇÃO DA EBSERH

A primeira tentativa de criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) surgiu como Medida Provisória (MP) n.º 520/2010, caracterizada sob a forma de sociedade anônima com capital social representado por ações ordinárias nominativas, integralmente sob a propriedade da União, e atividades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010). Porém esta Medida Provisória n.º 520, encaminhada ao Congresso Nacional, em 31 de dezembro de 2010, entre os últimos atos do governo Luis Inácio Lula da Silva, não foi aprovada na Câmara dos Deputados, por ter seu prazo de vigência encerrado no dia 1º de junho de 2011.

Desta forma, o governo federal criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, sob a Lei nº 12.550, uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação” (BRASIL, 2011).

O Conselho Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em 25 de setembro de 2012, decidiu criar um grupo de estudos sobre a EBSERH. Mas, somente em 15 de julho de 2013, a comissão foi designada, sendo formada por uma acadêmica do curso de Serviço Social e um acadêmico do curso de Medicina, o coordenador do curso de graduação em Medicina, a Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário, duas servidoras técnico-administrativa em Educação do Hospital Universitário, um servidor técnico-administrativo em Educação da UFSC, dois docentes do Centro Socioeconômico, a vice-reitora da UFSC (gestão 2012-2016), um representante da Federação das Indústrias do Estado de Santa Catarina, o Diretor do Centro de Ciências da Saúde e uma representante do Fórum Catarinense em Defesa do SUS e contra as Privatizações (RELATÓRIO..., 2015).

O mencionado grupo realizou 16 reuniões, ocorridas entre agosto de 2013 a setembro de 2014, em que foram tratados o cronograma, discussão dos princípios do Hospital Universitário e Avaliação da questão Acadêmica (ensino, pesquisa e extensão); recursos Humanos/ Avaliação do orçamento do Hospital Universitário: Fontes e Gastos; Avaliação da Capacidade Instalada, dos atendimentos e serviços realizados e da Organização Administrativa; Avaliação das alternativas à instalação da EBSERH e os impactos de uma eventual implementação; Organização dos debates/ Discussão sobre o plebiscito (RELATÓRIO..., 2015).

A comissão elaborou relatório de “Subsídios ao debate sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH na UFSC” contendo: a natureza institucional do HU/UFSC com e sem a adesão a EBSEH; elementos da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 4895) a Lei 12.550/2011; análise da Auditoria Nacional do SUS ao Hospital do HU/UFPI; o HU/UFSC e Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina na prestação dos serviços pelo SUS; uma planilha sobre a situação dos HUs pelo Brasil em relação a EBSEH; elementos de cooperação técnica do Programa EBSEH de Pesquisas Clínicas Estratégicas para o Sistema Único de Saúde (Epecsus); Ofício nº 056597.2014-51 da consulta da UFSC ao MEC sobre a contratação de trabalhadores para o HU (RELATÓRIO..., 2015).

Em 30 de abril de 2014, o Conselho Universitário deliberou pela realização de uma consulta pública em abril de 2015, com voto universal e resultados estratificados das votações e estabeleceu um cronograma de debates (RELATÓRIO..., 2015).

Conforme o cronograma proposto, ocorreram sete debates institucionais sobre a EBSEH, ocorridos entre quatro de novembro a vinte e cinco de novembro de 2014, nos seguintes locais: Auditório da Reitoria; Auditório do Hospital Universitário; Auditório do Centro de Comunicação e Expressão; Auditório do Centro de Ciências Jurídicas; Auditório do Centro de Ciências Agrárias; Auditório Garapuvu do Centro de Eventos da UFSC, com a intenção de fazer uma ampla discussão sobre a gestão do Hospital Universitário pela EBSEH (RELATÓRIO..., 2015).

No 1.º Debate Institucional, ocorrido no dia 4 de novembro de 2014, às 19 horas, no Auditório da Reitoria da Universidade Federal de Santa Catarina, estavam presentes: Prof.<sup>a</sup> Roselane Neckel, reitora da UFSC à época, como moderadora; Prof.<sup>a</sup> Maria de Lourdes Rovaris, vice-diretora do HU/UFSC; Prof. José Arimateia Dantas Lopes, Reitor da Universidade Federal do Piauí (UFPI); Representando o Fórum catarinense em defesa do SUS e contra as privatizações: Dr. João Pedro Carreirão Neto e Sra. Simone Hagemann; Representantes do Ministério Público Federal (MPF): Dr. Maurício Pessutto e Dr. André Bertuol.

No 2.º Debate Institucional, realizado no dia 10 de novembro de 2014, às 15 horas, no Auditório da Reitoria da Universidade Federal de Santa Catarina, estavam presentes: Prof.<sup>a</sup> Isabela Back, vice-diretora do CCS/UFSC; Prof. Carlos Alberto Justo da Silva, Diretor Geral do HU/UFSC; Dr. Luís Vicente Borsa Aquino, Coordenador de Planejamento da Presidência da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH); Prof. Virmondes Rodrigues Júnior, ex-reitor da

Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Representando o Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra as Privatizações: Prof. Nelson Albuquerque de Souza e Silva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Sra. Simone Hagemann.

No 3.º Debate Institucional, realizado no dia 13 de novembro de 2014, às 9 horas, no Auditório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, estavam presentes as seguintes autoridades: Representando a Direção Geral do HU/UFSC: Prof. Carlos Alberto Justo da Silva e Prof.<sup>a</sup> Maria de Lourdes Rovaris; Celso Fernando de Araújo, diretor de Atenção à Saúde da EBSERH; Joyce Lages, Superintendente do HU/Universidade Federal do Maranhão; Representando o Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra a Privatização da Saúde: Prof. Márcio Amaral, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Prof. Irineu Manoel de Souza do Departamento de Ciências da Administração da UFSC e Sra. Simone Hagemann.

No 4.º Debate Institucional, realizado no dia 14 de novembro de 2014, às 14 horas, no Auditório do Centro de Comunicação e Expressão da Universidade Federal de Santa Catarina, estavam presentes: Prof.<sup>a</sup> Sônia Weidner Maluf, vice-diretora do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFH) da UFSC, como moderadora; Representando a Direção Geral do HU/UFSC: Prof. Carlos Alberto Justo da Silva e Prof.<sup>a</sup> Maria de Lourdes Rovaris; Flávio Daniel Saavedra Tomasic, Diretor-Geral do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná; representando o Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra a Privatização da Saúde: Prof. Márcio Amaral, Vice-Diretor do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Prof. Irineu Manoel de Souza, do Departamento de Ciências da Administração da UFSC.

No 5.º Debate Institucional realizado, no dia 17 de novembro de 2014, às 19 horas, no Auditório do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Santa Catarina, estavam presentes: Prof. Ubaldo Cesar Balthazar, vice-diretor do Centro de Ciências Jurídicas (CCJ) da UFSC, como moderador, Representando a Direção Geral do HU/UFSC: Prof. Carlos Alberto Justo da Silva e Prof.<sup>a</sup> Maria de Lourdes Rovaris; Sr. Wesley Cardoso, consultor jurídico da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); Prof. Hervaldo Carvalho, superintendente do Hospital Universitário da Universidade de Brasília (HU/UnB); Representando o Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra a Privatização da Saúde: Prof. Alexandre Aguiar dos Santos, da Universidade Federal de Goiás e Prof. Irineu Manoel de Souza, do Departamento de Ciências da Administração da UFSC.

No 6.º Debate Institucional, realizado no dia 18 de novembro de 2014, às 14 horas, no Auditório do Centro de Ciências Agrárias da Universidade Federal de Santa Catarina, estavam presentes: Prof. Pedro Luiz Manique Barreto, vice-diretor do Centro de Ciências Agrárias (CCA), como moderador do debate, representando a Direção Geral do HU/UFSC; O Prof. Carlos Alberto Justo da Silva e a Profa. Maria de Lourdes Rovaris; Prof. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro, o Coordenador do curso de Medicina da UFSC; e o Sr. Cláudio Augustin, representante do Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra as Privatizações.

No 7.º Debate Institucional, realizado no dia 25 de novembro de 2014, às 19 horas, no Auditório Garapuvu do Centro de Cultura e Eventos da Universidade Federal de Santa Catarina, estavam presentes: Representando a Direção Geral do HU/UFSC: Prof. Carlos Alberto Justo da Silva e Profª. Maria de Lourdes Rovaris; Prof. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro, Coordenador do Curso de Medicina da UFSC; e representando o Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra as Privatizações: Dr. João Pedro Carreirão Neto e Sr. Alexandre Aguiar dos Santos.

Nos debates, foram apresentados pela Direção Geral do HU/UFSC, o diagnóstico situacional do HU/UFSC, contendo histórico do HU/UFSC; plano de reestruturação do HU/UFSC (2010-2014) - diagnóstico situacional da infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos, especificando as necessidades de reestruturação; contratualização com os gestores estadual e municipal e dificuldades identificadas.

A Universidade Federal de Santa Catarina realizou, em 29 de abril de 2015, consulta pública, com voto universal e resultados estratificados das votações da Comunidade Universitária da UFSC, representada pelos docentes, técnicos administrativos e discentes da Universidade e estudantes maiores de 16 anos do Colégio Aplicação, questionando os favoráveis ou contrários à EBSEH.

No quadro 20, apresenta-se a apuração da Consulta Pública do HU/EBSEH.

Quadro 20 - Apuração da Consulta Pública HU/EBSERH.

<b>Consulta Pública HU/EBSERH</b>	<b>Totais</b>	<b>%</b>
Eleitores aptos	42.314	
Comparecimento	8.838	20,89%
Eleitores Faltosos	33.476	79,11%
Não (Contrário à Adesão)	6.171	69,82%
Sim (Favorável à Adesão)	2.550	28,85%
Total de Votos nominais	8.721	98,68%
Branco	48	0,54%
Nulos	69	0,78%
Total apurado	8.838	100,00%

Fonte: Adaptado de PARECER RELATOR PROCESSO N.º 23080.061734/2011-2015, 2015.

O quadro 20 mostra que de um total de 42.314 eleitores aptos, compareceram às urnas 8.838. Desse total, 69,82% dos votantes foram contrários à adesão; 28,85% foram favoráveis (PARECER..., 2015).

A consulta pública serviria como embasamento para a decisão no Conselho Universitário, órgão deliberativo da Universidade.

No dia 22 de novembro de 2015, conforme convocação do Conselho Universitário da UFSC, os membros se reuniram para apreciação do processo sobre o Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, no Espaço Físico Integrado, da Universidade Federal de Santa Catarina. Naquela ocasião, o relator fez à leitura do parecer, recomendando o início das tratativas para a adesão à EBSEH e que as cláusulas do contrato fossem submetidas à nova apreciação do Conselho Universitário. Nessa reunião, houve pedido de vista, o qual foi acatado pela Reitora da UFSC. No dia 24 de novembro de 2015, foram realizadas as discussões a respeito da adesão. No momento da votação, a sessão foi interrompida por manifestantes que adentraram a sessão com palavras de ordem contra a adesão da EBSEH. Por questões de segurança, a sessão foi suspensa (ATA..., 2015).

Para garantir a votação da adesão sem interrupção, a reunião do Conselho Universitário da UFSC, foi realizada no dia 1º de dezembro de 2015, no Centro de Ensino da Polícia Militar. Nessa ocasião, 35 membros foram favoráveis ao início das tratativas para adesão do HU/UFSC à EBSEH e foi determinado que a elaboração do contrato fosse acompanhada pela Vice-Diretora do HU, Vice-Reitora da UFSC e Vice-Diretor do Centro de Ciências Jurídicas da UFSC, e

posteriormente, seria aprovado pelo Conselho Universitário (ATA..., 2015).

O relator que emitiu parecer favorável e o relator do parecer de vista, que emitiu parecer contrário, não compareceram à sessão na Polícia Militar (ANDES).

A votação da adesão do HU/UFSC à EBSEERH ocorreu fora do campus da UFSC, com duração de menos de uma hora. Não foi autorizado o acesso da imprensa, dos integrantes da direção do Sindicato dos Trabalhadores da UFSC (SINTUFSC), que solicitou o ingresso nas dependências do Centro de Ensino da Polícia Militar, onde estava sendo realizada a sessão (SINTUFSC).

Assim, não foi considerada a consulta pública, que foi contrária a adesão à EBSEERH.

O contrato de gestão do HU/UFSC pela EBSEERH (Anexo A) foi assinado, em 16 de março de 2016, constando as seguintes cláusulas: a primeira cláusula trata do objeto do contrato, com as seguintes condições: atuar como campo de ensino, pesquisa e extensão nas áreas da saúde e afins; garantir a oferta à população de assistência, de forma integral e exclusivo, no âmbito do SUS; implementar o sistema de gestão com geração de indicadores quantitativos e qualitativos de metas; cláusula segunda - do regime jurídico e natureza do contrato. O contrato é regulado pela Lei 12.550/2011 e Lei 8.666/1993, referente teoria geral dos contratos; cláusula terceira - do plano de reestruturação: a EBSEERH tem a incumbência de elaborar o plano de ações estratégicas e metas a serem executadas; cláusula quarta - da cessão do patrimônio: O imóvel e os bens permanentes foram cedidos para consecução do objetivo do contrato e, ao término do contrato, serão devolvidos à contratante em condições adequadas para atender a contratualização com o SUS; cláusula quinta: da cessão dos servidores públicos: será publicada portaria prevendo a manutenção em exercício no HU/UFSC, os servidores regidos pela Lei 8.112/1990; cláusula sexta – das regras de transição: a UFSC manterá as atividades, os contratos e os vínculos existentes até que a gestão plena seja efetivada, que ocorrerá limitado ao período de 18 meses, a partir da assinatura do contrato; cláusula sétima – das obrigações e responsabilidades da contratada: administrar o hospital com ética e responsabilidade; desenvolver gestão qualificada e moderna; implantar ferramenta informatizada de gestão; manter a força de trabalho; editar o boletim de pessoal referente a gestão de recursos humanos; preservar os espaços, físico e acadêmico; incentivar a produção científica e destinar recursos para o incentivo à pesquisa [...]; cláusula oitava – dos direitos de propriedade intelectual: seguirão

legislação e regidas por instrumentos jurídicos específicos; cláusula nona – das obrigações e responsabilidades da contratante: a UFSC tem a obrigação de disponibilizar o imóvel e bens permanentes para cessão; fiscalizar as metas de desempenho; apresentar relação dos servidores públicos que exerçam atividades no HU/UFSC; garantir carga horária docente no cenário de ensino-aprendizagem [...]; cláusula décima – dos cargos diretivos do hospital: se trata da seleção de ocupantes para os cargos em comissão e funções gratificadas; cláusula décima primeira – do financiamento: o financiamento será feito pelas dotações orçamentárias do MEC, alocadas diretamente no orçamento da EBSEH e pelos recursos provenientes do SUS e de outras fontes de recursos próprios; cláusula décima segunda – da incomunicabilidade de atos de gestão de recursos humanos: não haverá transferência de quaisquer ônus em relação às referidas contratações de força de trabalho; cláusula décima terceira – se trata da extinção do contrato; cláusula décima quarta – se trata da vigência e da prorrogação; da cláusula décima quinta: se trata dos casos omissos; e cláusula décima sexta – se trata da solução de controvérsias (Anexo 1).

Após a assinatura do contrato com a EBSEH, no período de março de 2016 até julho de 2016, a EBSEH realizou o plano de reestruturação do HU/UFSC e o dimensionamento de serviços assistenciais. Com relação à estrutura organizacional e contratações, nenhuma ação foi realizada, tendo em vista que o HU/UFSC está em fase de transição (HU/UFSC).

Para atender aos objetivos específicos deste trabalho, foram entrevistados os gestores da Direção Geral do HU/UFSC, composta pelo Diretor Geral; Vice-Diretora; Diretor de Administração; Diretora de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar; Diretora de Enfermagem; Diretora de Medicina; Coordenador de Administração e Assessora de Ensino e Pesquisa.

Foram encaminhados questionários para as chefias do HU/UFSC dos setores vinculados a Direção Geral, Diretoria de Administração, Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar (Apêndice C); questionários as chefias vinculadas à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina (Apêndice D); aos Coordenadores de Curso de Graduação do Centro de Ciências da Saúde, dos Cursos de Graduação em Serviço Social e Psicologia/UFSC (Apêndice E); Coordenadores de Pesquisa (Apêndice F); e Coordenadores de Extensão (Apêndice G) dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde e dos Departamentos de Serviço Social e de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.



Os perfis das Chefias do HU/UFSC dos setores vinculados a Direção Geral, Diretoria de Administração, Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar:

a) Dos respondentes, 11 (44%) têm idade entre 46 e 55 anos; 6 (24%) entre 26 e 35 anos; 4 (16%) entre 36 e 45 anos; 3 (12%) com mais de 55 anos e 1 (4%) até 25 anos.

b) Dos respondentes, 16 (64%) são do sexo feminino e 9 (36%) do sexo masculino.

c) Dos respondentes, 17 (68%) possuem pós-graduação, 4 (16%) superior completo, 2 (8%) superior incompleto e 2 (8%) ensino médio completo.

d) Dos respondentes, 10 (40%) possuem de 1 a 5 anos de chefia, 9 (36%) possuem mais de 10 anos, 3 (12%) de 5 a 10 anos, e 3 (12%) menos de 1 ano.

Portanto, a maioria dos respondentes das Chefias do HU/UFSC dos setores vinculados a Direção Geral, Diretoria de Administração, Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar tem idade entre 46 e 55 anos; é do sexo feminino; possui pós-graduação e 1 a 5 anos de chefia.

Os perfis das Chefias do HU/UFSC dos setores vinculados à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina:

a) Dos respondentes, 10 (50%) têm entre 46 e 55 anos; 6 (30%) mais de 55 anos; 3 (15%) entre 36 e 45 anos; e 1 (5%) entre 26 e 35 anos.

b) Dos respondentes, 10 (50%) são do sexo feminino e também 10 (50%) do sexo masculino.

c) Dos respondentes, 12 (60%) têm mestrado; 5 (25%) têm doutorado; 3 (15%) especialização.

d) Dos respondentes, 9 (45%) possuem acima de 10 anos de experiência em chefia no HU/UFSC; 6 (30%) de 5 a 10 anos; 3 (15%) menos de 1 ano; e 2 (10%) de 1 a 5 anos.

Desta forma, a maioria dos respondentes das Chefias do HU/UFSC dos setores vinculados à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina tem entre 46 e 55 anos; tem mestrado; e possui acima de 10 anos de experiência em chefia no HU/UFSC.

Perfil dos respondentes que são Coordenadores de Curso de Graduação em Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Serviço Social:

a) Dos respondentes, 3 (50%) têm entre 36 e 45 anos; 2 (33%) entre 46 a 55 anos; e 1 (17%) com mais de 55 anos.

b) Dos respondentes, 5 (83%) são do sexo feminino e 1 (17%) do sexo masculino.

c) Dos respondentes, 3 (50%) possuem de 1 a 5 anos tempo de docência na UFSC; 2 (33%) acima de 15 anos; e 1 (17%) de 5 a 10 anos.

d) Dos respondentes, 5 (83%) possuem de 1 a 5 anos de experiência de chefia na UFSC e 17% de 10 a 15 anos.

Assim, a maioria dos respondentes que são Coordenadores de Curso de Graduação em Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Serviço Social, tem entre 36 e 45 anos, é do sexo feminino; possui de 1 a 5 anos de docência na UFSC e possui experiência de 1 a 5 anos em chefia na UFSC.

Perfil dos respondentes que são Coordenadores de Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde e Cursos de Graduação Psicologia e Serviço Social:

a) Dos respondentes, 4 (67%) têm entre 46 e 55 anos; 1 (16,5%) entre 36 e 45 anos; 1 (16,5%) entre 26 e 35 anos.

b) Dos respondentes, 5 (83%) são do sexo feminino; 1 (17%) do sexo masculino.

c) Dos respondentes, 2 (33,3%) têm de 1 a 5 anos de docência na UFSC; 2 (33,3%) de 5 a 10 anos; 2 (33,3%) de 10 a 15 anos.

d) Dos respondentes, 3 (50%) têm de 1 a 5 anos de experiência em chefia na UFSC; 2 (33%) têm acima de 15 anos; 1 (17%) têm de 5 a 10 anos de experiência.

Portanto, a maioria dos respondentes que são Coordenadores de Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde e Cursos de Graduação Psicologia e Serviço Social, tem entre 46 e 55 anos; é do sexo feminino; tem de 1 a 5 anos de experiência em chefia na UFSC.

Perfil dos respondentes que são Coordenadores de Extensão do Centro de Ciências da Saúde e Cursos de Graduação Psicologia e Serviço Social:

a) Dos respondentes, 2 (40%) têm entre 36 e 45 anos; 1 (20%) entre 26 e 35 anos; 1 (20%) entre 46 e 55 anos; e 1 (20%) mais de 55 anos.

b) Dos respondentes, 4 (60%) são do sexo feminino e 1 (40%) do sexo masculino.

c) Dos respondentes, 2 respondentes (40%) são docentes na UFSC de 1 a 5 anos; 2 (40%) de acima de 15 anos; e 1 (20%) de 10 a 15 anos.

d) Dos respondentes, 2 respondentes (40%) dos respondentes tem menos de 1 ano em chefia na UFSC; 1 (20%) de 5 a 10 anos; 1 (20%) de 10 a 15 anos e 1 (20%) não respondeu.

Sendo assim, a maioria dos respondentes que são Coordenadores de Extensão do Centro de Ciências da Saúde e Cursos de Graduação Psicologia e Serviço Social, tem entre 36 e 45 anos; é do sexo feminino; são docentes na UFSC de 1 a 5 anos e menos de 1 ano em chefia na UFSC

### 4.3.1 Desafios da Gestão Estrutural do HU/UFSC

A estrutura do Hospital Universitário pela UFSC apresenta 61 consultórios ambulatoriais em diversas especialidades, que funcionam em três turnos, às 8 horas; às 13 horas e 16 horas, permanecendo aberto das 7h às 19h. A produção atual é de 10.816 consultas médicas e multiprofissionais/mês. (DIMENSIONAMENTO...,2015).

O HU/UFSC funciona como porta aberta para a demanda espontânea de usuários e encaminhamentos realizados pela Central de Regulação, ambos atendimentos via SUS. A Central de Regulação da Secretaria de Estado da Saúde gerencia os leitos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no HU/UFSC.

Com relação ao quantitativo de leitos, em 2012, havia 284 leitos em uso e, a partir de dezembro de 2013, o número de leitos diminuiu para 206 leitos.

No quadro 21, apresenta-se o quantitativo de leitos em uso no HU/UFSC de 2012 a 2015.

Quadro 21 - Quantitativo de leitos em uso no HU/UFSC de 2012 a 2015.

(continua)

<b>Quantidade de Leitos nas Unidades de Internação</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Clínica Médica I	29	21	21	20	17
Clínica Médica II	29	25	25	25	25
Clínica Médica III	29	0	0	0	0
Unidade de Internação Cirúrgica I	30	30	30	30	30
Unidade de Internação Cirúrgica II	30	30	30	30	30
Unidade de Cirurgia Ginecológica	9	6	6	6	6
Alojamento Conjunto Mães e Gestantes	22	14	17	20	20

Quadro 21 - Quantitativo de leitos em uso no HU/UFSC de 2012 a 2015.

(conclusão)

<b>Quantidade de Leitos nas Unidades de Internação</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Unidade de Centro Obstétrico	6	5	5	5	5
Unidade de Internação Pediátrica	36	20	20	20	20
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	16	9	11	11	10
Unidade de Emergência Adulto	28	32	29	27	27
Unidade de Terapia Intensiva Adulto	20	14	14	14	12
<b>Total</b>	<b>284</b>	<b>206</b>	<b>208</b>	<b>208</b>	<b>206</b>

Fonte: Boletim Estatístico do Movimento Hospitalar (2016).

O quantitativo de leitos em uso no HU/UFSC diminuiu quando não tem quadro de pessoal suficiente para atender a demanda ou quando existe setor em obras, como é o caso da Clínica Médica III.

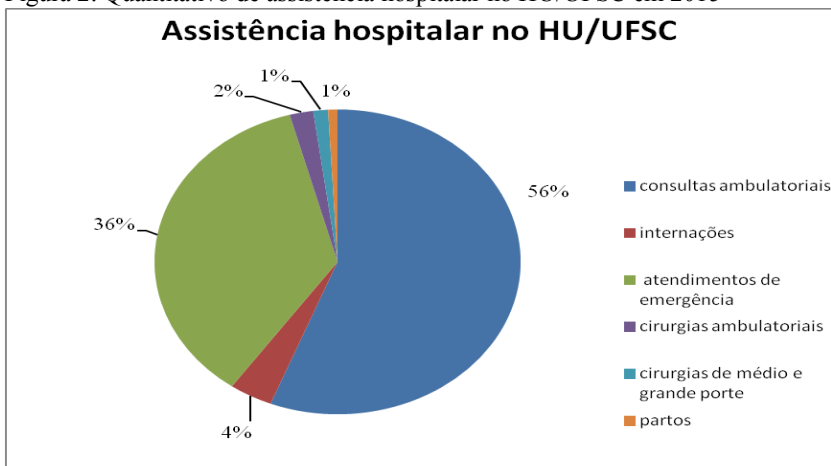
Quando um leito é desativado significa menos uma vaga para internação de pacientes, portanto causa impacto na assistência, tendo em vista que não é possível realizar cirurgia se não há leito disponível.

O HU/UFSC possui, atualmente, 206 leitos em uso, 65 fechados e 28 leitos novos que não foram abertos por falta de pessoal (BOLETIM...,2016).

Conforme dados da Seção de Arquivo e Estatística do HU/UFSC, no exercício de 2015, foram realizadas 130.760 consultas ambulatoriais, 8.934 internações, 84.067 atendimentos de emergência, 4.875 cirurgias ambulatoriais, 3.046 cirurgias de médio e grande porte e 1.935 partos.

A Figura 2 apresenta o quantitativo de assistência hospitalar no HU/UFSC em 2015.

Figura 2: Quantitativo de assistência hospitalar no HU/UFSC em 2015



Fonte: Adaptado pela autora dos dados da Seção de Arquivo e Estatística do HU/UFSC.

A figura 2 mostra que, em 2015, do quantitativo de assistência hospitalar, 56% dos atendimentos representam consulta ambulatorial; 36% atendimentos de emergência; 4% internações; 2% cirurgias ambulatoriais; 1% cirurgias ambulatoriais e 1% cirurgias de médio e grande porte.

Na área de diagnóstico complementar, o laboratório de análises clínicas efetuou, aproximadamente, 60.000 exames por mês e o Laboratório de Anatomia Patológica, 4.200 exames de anatomia patológica e citopatológico (DIMENSIONAMENTO...,2015).

A proposta da EBSERH é a reativação de 65 leitos, além da implantação de 28 novos leitos, ou seja, 93 leitos abertos, destes 45 de cuidados intensivos (DIMENSIONAMENTO...,2015).

Com relação ao organograma, o Hospital Universitário organizado pela UFSC utiliza um organograma divisional (anexo B), que ilustra a relação hierárquica da organização por serviços.

A EBSERH propõe uma estrutura organizacional ancorada pela finalidade do trabalho em linhas de cuidado, com 75 cargos de cargos de comissões e funções gratificadas.

Desde a assinatura do contrato, o Diretor Geral do HU/UFSC foi nomeado como Superintendente do HU/UFSC filial EBSERH, e a Vice-Diretora foi nomeada como Diretora Geral do HU/UFSC, até que os cargos da EBSERH sejam instituídos (HU/UFSC).

O quantitativo de chefias na gestão HU pela UFSC é de 115 chefias, sendo distribuídas em cargo de direção e função gratificada.

O quadro 22 apresenta a quantidade de cargos de direção e funções gratificadas na gestão do HU pela UFSC

Quadro 22 – Quantidade de cargos de direção e funções gratificadas na gestão do HU pela UFSC.

<b>CD/FG</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor integral</b>	<b>Acréscimo de 60% no salário</b>
<b>CD 3</b>	1	7.292,19	4.375,31
<b>CD 4</b>	5	5.295,51	3.177,31
<b>FG 1</b>	15	804,49	-
<b>FG 2</b>	4	541,23	-
<b>FG 3</b>	7	438,79	-
<b>FG 4</b>	67	223,35	-
<b>FG 5</b>	16	181,23	-
<b>Total</b>	115	-	-

Fonte: HU/UFSC.

Das funções gratificadas na gestão do HU pela UFSC, 67 das 115 correspondem à Função Gratificada 4, no valor de R\$ 223,35.

A proposta do HU pela EBSEH conta com 75 cargos comissionados e funções gratificadas (HU/UFSC) e, portanto, 40 a menos que a situação anterior.

O quadro 23 apresenta a quantidade de cargos de direção e funções gratificadas na gestão do HU pela EBSEH.

Quadro 23 – Quantidade de cargos de direção e funções gratificadas na gestão do HU pela EBSEH.

<b>Cargos e funções</b>	<b>Total</b>	<b>Remuneração Integral</b>
<b>Superintendente</b>	1	19.858,15
<b>Gerente</b>	3	17.566,73
<b>Ouvidor</b>	1	4.582,74
<b>Auditor</b>	1	12.220,33
<b>Chefe de Divisão</b>	7	12.220,33
<b>Chefe de Setor</b>	16	8.401,47
<b>Chefe de Unidade</b>	46	4.582,74
<b>Total</b>	<b>75</b>	-

Fonte: EBSEH, 2013.

Das funções gratificadas na gestão do HU pela EBSEH, 46 das 75 funções gratificadas correspondem à chefia de unidade, no valor de R\$ 4.582,74.

Para os Cargos em Comissão ou Funções Gratificadas exercidas por empregados concursados da Empresa ou por cedidos, poderá ser percebido o salário fixado para os Cargos em Comissão ou Função Gratificada, integralmente e não acumulável com o salário de origem, ou a remuneração do cargo ou emprego de origem com acréscimo de 60% (sessenta por cento) do salário correspondente ao cargo ou função exercido na EBSEH (EBSEH).

Os cargos diferem em algumas nomenclaturas, tais como: Superintendente e Diretor Geral que tem a mesma função e alguns cargos são contemplados no HU pela EBSEH e inexistentes no HU pela UFSC, como por exemplo: Ouvidor; Gerente de Ensino e Pesquisa e Assessor Jurídico. O organograma do HU pela UFSC conta com Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Medicina e Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Hospitalar e o HU pela EBSEH somente com Gerência de Atenção à Saúde.

No quadro 24, apresenta-se a estrutura Organizacional do Hospital Universitário definido pela UFSC e Hospital Universitário definido pela EBSEH.

Quadro 24 - Estrutura Organizacional do Hospital Universitário definido pela UFSC e Hospital Universitário definido pela EBSEH.

(continua)

Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Tiago da UFSC	Hospital Universitário vinculado à EBSEH
<p><u>Diretor Geral</u>: Dirigente máximo do hospital.</p> <p>Atribuições: Representar o HU junto à Administração Superior da UFSC; propor ao Reitor a criação e exclusão de setores; zelar pela disciplina do hospital; cumprir e fazer cumprir o regimento geral e estatuto da UFSC; elaborar plano anual de trabalho e relatório anual do HU a ser apresentado ao Conselho Diretor; mandar licitar e ordenar despesa; executar outras atividades inerentes à área.</p>	<p><u>Superintendente</u>: Dirigente máximo do hospital.</p> <p>Atribuições: Praticar os atos de gestão orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, documental e de gestão de recursos humanos necessários ao funcionamento do Hospital.</p>

Quadro 24 - Estrutura Organizacional do Hospital Universitário definido pela UFSC e Hospital Universitário definido pela EBSEERH.

(continua)

Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Tiago da UFSC	Hospital Universitário vinculado à EBSEERH
<u>Vice-Diretor</u> : Substituirá o Diretor Geral e exercerá outras atividades delegadas pelo Diretor Geral.	<u>Vice-Diretor</u> : Não consta no organograma
<u>Conselho Diretor</u> : funções normativas, consultivas e deliberativas, obedecidas as disposições legais, regimentais, estatutárias e normativas da Universidade Federal de Santa Catarina.	<u>Conselho Consultivo</u> : Competências: Opinar sobre as linhas gerais das políticas, diretrizes e estratégias da EBSEERH, orientando o Conselho de Administração e a Diretoria Executiva no cumprimento de suas atribuições; II. Propor linhas de ação, programas, estudos, projetos, formas de atuação ou outras medidas, orientando para que a EBSEERH atinja os objetivos para a qual foi criada; III. Acompanhar e avaliar periodicamente o desempenho da EBSEERH; e IV. Assistir à Diretoria e ao Conselho de Administração em suas funções, sobretudo na formulação, implementação e avaliação das estratégias de ação da EBSEERH. Composição: Superintendente do hospital, que o preside; um representante da Secretaria Estadual de Saúde; um representante da Secretaria Municipal de Saúde; um representante dos usuários dos serviços de saúde do hospital, indicado pelo Conselho Estadual de Saúde; um representante dos residentes em saúde do hospital, indicado pelo conjunto de entidades representativas; e um representante dos trabalhadores do hospital, indicado pela respectiva entidade representativa.



Quadro 24 - Estrutura Organizacional do Hospital Universitário definido pela UFSC e Hospital Universitário definido pela EBSEERH.

(continua)

Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Tiago da UFSC	Hospital Universitário vinculado à EBSEERH
<u>Auditoria</u> : não consta no organograma Auditoria interna é realizada pela UFSC	<u>Auditoria</u> : estrutura de controle e fiscalização
<u>Ouvidoria</u> : não consta no organograma A ouvidoria da UFSC encaminha as demandas para a Direção Geral	<u>Ouvidoria</u> : receber e encaminhar as reclamações, quando devidamente apresentadas. Acompanhar as medidas adotadas e propor melhorias.
<u>Assessoria jurídica</u> : não consta no organograma A Procuradoria Federal junto à UFSC encaminha às demandas pertinentes, conforme respostas dadas pela Direção Geral.	<u>Assessoria jurídica</u> : Assessorar juridicamente a superintendência do hospital; responder pela advocacia preventiva no hospital; representar a empresa judicial e extrajudicialmente; manifestar-se nos processos de licitação, dispensas e inexigibilidades; manifestar-se nos processos disciplinares; manifestar-se nos assuntos de pessoal, quando necessário; e observar as orientações da Coordenadoria Jurídica da EBSEERH.
<u>Assessoria de planejamento</u> : não consta no organograma	<u>Assessoria de planejamento</u> : Assessorar na elaboração, implementação, monitoramento e avaliação do planejamento.
<u>Diretoriais Setoriais</u> : No organograma do HU/UFSC constam as Diretorias de Medicina, de Enfermagem, de Administração e Apoio Assistencial. A escolha é sugerida pelo Diretor Geral e nomeada pelo Reitor. <u>Atribuições</u> : coordenar às equipes que estão vinculadas à respectiva diretoria.	<u>Gerência de Atenção à Saúde</u> : <u>Atribuições</u> : Coordenar equipes multiprofissionais, implantar as diretrizes do modelo EBSEERH, estabelecer metas quantitativas e qualitativas, gerenciar o contrato com a gestão do SUS, entre outros.

Quadro 24 - Estrutura Organizacional do Hospital Universitário definido pela UFSC e Hospital Universitário definido pela EBSEERH.

(conclusão)

Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Tiago da UFSC	Hospital Universitário vinculado à EBSEERH
<p><u>Diretorias Setoriais</u>: No organograma do HU/UFSC constam as Diretorias de Medicina, de Enfermagem, de Administração e Apoio Assistencial. A escolha é sugerida pelo Diretor Geral e nomeada pelo Reitor.</p> <p><u>Atribuições</u>: coordenar às equipes que estão vinculadas à respectiva diretoria.</p>	<p><u>Gerência de Atenção à Saúde</u>:</p> <p><u>Atribuições</u>: Coordenar equipes multiprofissionais, implantar as diretrizes do modelo EBSEERH, estabelecer metas quantitativas e qualitativas, gerenciar o contrato com a gestão do SUS, entre outros.</p>
<p><u>Assessora de ensino, pesquisa e extensão</u>: vinculada a Direção Geral:</p> <p><u>Atribuições</u>: Analisar e dar parecer nas propostas de ensino, pesquisa e extensão.</p>	<p><u>Gerência de Ensino e Pesquisa</u>:</p> <p><u>Atribuições</u>: Analisar e viabilizar as propostas de ensino e pesquisas no hospital.</p>
<p><u>Diretoria de Administração</u>: <u>Atribuições</u>: Prestar contas anualmente do inventário dos bens patrimoniais em uso no Hospital Universitário, encaminhado ao Diretor Geral em data conforme orientação dada pelo Tribunal de contas da União; Definir diretrizes quanto à gerência de receitas, desembolso, orçamentos e custos de produção em consonância com a Administração Superior do Hospital Universitário; Definir política relativa ao suprimento de materiais de consumo e permanente do Hospital Universitário; Coordenar as atividades inerentes à área de Recursos Humanos.</p>	<p><u>Gerência Administrativa</u>:</p> <p><u>Atribuições</u>: gerenciar e implementar as políticas de gestão administrativa, orçamentária, financeira, patrimonial e contábil no âmbito hospitalar; assinar os processos financeiros para pagamento, após análise pela Unidade competente, submetendo-os ao Ordenador de despesas; gerenciar e implementar as políticas de gestão da logística e infraestrutura hospitalar e de gestão de pessoas.</p>

Fonte: Adaptado pela autora do Regimento Interno do HU/UFSC e Estrutura Organizacional dos Hospitais sob gestão da EBSEERH: diretrizes técnicas (2013).

Acerca de desafios da gestão estrutural, foram realizados questionamentos com relação à estrutura física, o organograma gestão por serviço/ gestão por processo, e o funcionamento porta aberta.

Primeiramente, foram entrevistados os gestores da Direção Geral do HU/UFSC.

a) Percepção da Direção Geral do HU, com relação aos desafios da gestão estrutural do HU/UFSC.

Por meio do instrumento de pesquisa, os gestores informaram que o HU/UFSC, desde a sua fundação em 1980, não conseguiu atingir a proposta inicial de número de leitos e número de centros cirúrgicos. De acordo com o entrevistado 1, a proposta inicial seria de 550 leitos. Hoje o HU/UFSC conta com 214 leitos ativos e 103 desativados.

[...] para você ter uma integralidade de atenção, hoje em dia o parâmetro é em torno de 500 a 550 leitos. Na verdade, isso não é de agora. Na década de 60, quando fomos programados para ser um hospital universitário, o projeto original deste hospital era para 550 leitos, por que essa já era a média dos grandes hospitais da Europa e dos Estados Unidos. Esse é o tamanho dos chamados hospitais de alta complexidade. Desta forma, você reduz teus custos, por que a capacidade instalada é muito cara [...] (ENTREVISTADO 1)

Segundo o entrevistado 2, após a conclusão do processo da EBSERH, o hospital funcionará com 320 leitos ativos.

Na verdade o hospital nunca teve condições de funcionar integralmente tanto que o hospital foi concebido para ter 500 leitos, hoje funciona com 210 leitos aproximadamente e funcionará com 310 ou 320 leitos possivelmente quando tiver esse processo todo concluído [...] (ENTREVISTADO 2).

A estrutura física do HU/UFSC é desatualizada e ineficiente. Segundo o entrevistado 5, faltam recursos para investimento, pois

Apesar de termos elaborado um plano de estruturação, tivemos dificuldade na implementação dele. Ele foi elaborado em 2010, a princípio deveria contemplar ações até 2014, nós estamos com algumas obras ainda em andamento, mas tem a questão financeira, para concluir essas ações, falta recurso de investimento (ENTREVISTADO 5).

Para o entrevistado 8, um dos setores que precisa de reforma é a lavanderia. Além disso, para oferecer mais conforto aos pacientes, é necessário instalar ar condicionado em todos os quartos.

[...] mesmo sendo antigo não conseguiu ser totalmente concluído, então existem partes novas para serem feitas e partes muito antigas para serem reformadas. O HU também não está preparado para quantidade de laboratórios e quantidade de novos equipamentos que surgiram no HU, por que o avanço tecnológico é gigante. Então há uma demanda por espaço físico e demanda de energia elétrica [...]. [...]Eu vejo que precisa ser revisto o ambiente da lavanderia e de algumas áreas que precisam ser renovadas, para serem mais higiênicas, para prevenirem infecção hospitalar e serem mais confortáveis para os pacientes, por que tem quartos que ainda não são refrigerados (ENTREVISTADO 8).

Apesar dos problemas estruturais existentes, a área meio, responsável pelo suporte à assistência hospitalar, conseguiu melhorar a demanda de suprimentos, tecnologia de informação e manutenção em geral, segundo o entrevistado 7.

A estrutura que tinha de suprimentos, de manutenção, de recursos humanos, CPL, TI, elas não davam suporte as necessidades do hospital. Por exemplo, a TI não funcionava, o sistema de internação do paciente não funcionava, daí não podíamos internar pacientes por que o sistema estava fora do ar, não conseguíamos fazer exame de laboratório, por que não conseguíamos cadastrar o paciente; a manutenção não funcionava, por que não tinha investimento na infraestrutura, os aparelhos de ar condicionado não funcionavam, chegava o verão, o hospital tinha problema de energia, no verão tínhamos que desligar o ar-condicionado para dar prioridade para o centro cirúrgico e para UTI. Diversas reuniões por falta de material. Suprimentos não davam conta. Tivemos que fazer mudanças estruturantes com o hospital funcionando. Hoje temos uma situação bem melhor, apesar da

EBSERH não ter chego. [...] O hospital tem uma dinâmica totalmente diferente dos demais setores públicos, ele é burocrático e ao mesmo tempo tem que ser dinâmico (ENTREVISTADO 7).

De acordo com o entrevistado 1, a gestão por processo é dinâmica, por que facilita a integração das unidades e na gestão por serviço, não há cooperação entre os setores e favorece o poder informal, que não reconhece a atuação das chefias instituídas.

Os hospitais têm que trabalhar gestão por processos e não por departamentos ou por serviços, por que necessitam de uma interação entre uns e outros [...]. [...] os serviços acabam se organizando setorialmente e dificultam a integração. E quando alguém de fora tenta fazer uma interligação por processo, você esbarra no poder hierárquico dos serviços ou dos departamentos que não querem cooperar uns com os outros. A organização por serviços, que é histórica, dificulta a gestão por processo. Com a EBSERH muda todo esse processo de gestão e torna-se mais dinâmico, rompa-se com uma cultura, não vai ser fácil no começo, mas precisa ser rompida. [...] O grande problema dos hospitais é que têm duas diretorias, você tem duas fontes de poder dentro dos hospitais, uma fonte de poder que é o poder instituído, que é o caso da alta administração, que é vista com grande desconfiança por parte dos outros núcleos de poder, que é o poder técnico, eles dizem aquele pessoal não sabe nem pegar uma veia, eles dizem aquilo que eles são bons, e usam isso para dizer que a alta direção, que tem o conhecimento técnico daquele processo que ele faz, só serve para atrapalhar eles, que ficam fazendo norma. Eles tentam se rebelar e obedecem quem é o melhor tecnicamente [...] (ENTREVISTADO 1).

De acordo com o entrevistado 7, o organograma do HU/UFSC, organizado em gestão por serviço não é funcional. A estrutura gestão por processo, proposta pela EBSERH, é moderna e responsabiliza mais a chefia, possui uma gratificação mais bem remunerada em comparação

com as gratificações da gestão do Hospital Universitário pela Universidade Federal de Santa Catarina.

A estrutura atual do hospital precisa ser remodelada por que ela é antiga, arcaica e não atende mais as premissas do hospital na atualidade. Além das funções gratificadas serem totalmente inviáveis com relação as responsabilidades que as pessoas têm. [...] o organograma está em discussão, acho que ele é moderno, ele democratiza e responsabiliza um pouco mais cada chefe e eu creio muito na gestão por processo, espero que possamos avançar mais. Claro que também espero que venha o financiamento. Não adianta melhorar a gestão e não vir o financiamento (ENTREVISTADO 7).

A posição dos entrevistados 1 e 7 com relação a gestão por serviços é confirmada por Campos (2000) que afirma que a gestão por serviços desvaloriza as equipes multiprofissionais e fragmenta o trabalho. Também é apontada como desatualizada, como afirma Gonçalves (1998), a estrutura organizacional funcional, em que cada unidade, serviço ou departamento é voltada unicamente para suas próprias atividades é ultrapassada, não funciona num cenário com mudanças contínuas. Para o referido autor os hospitais que possuem estrutura funcional fortemente hierarquizadas e verticalizadas trazem insatisfação em relação a cooperação que deveria existir entre os diversos setores da organização.

Para o entrevistado 1, ocorrem muitas reuniões para gerenciar conflito e seria muito mais fácil buscar o consenso.

[...] Esse desafio de passar de uma gestão por serviços para unidades do cuidado é novo em termos de gestão hospitalar no Brasil. É um desafio lidar com isso por que agora teremos um médico, um psicólogo, um enfermeiro, etc, sofrendo interferência um do outro. Seria fácil se as pessoas diminuíssem a sua vaidade e buscassem consenso. Aqui na gestão tem muito mais reuniões para gerenciar conflitos do que para buscar consensos (ENTREVISTADO 1).

Bem como na opinião do entrevistado 1, Bonacim e Araujo (2011, p. 1057) afirmam que o administrador gasta muito tempo resolvendo conflitos interpessoais, “muitas vezes deixando a política de saúde e o próprio planejamento da instituição para segundo plano”.

Acerca do funcionamento porta aberta, o HU/UFSC atende à demanda espontânea da porta aberta da Emergência Adulto, o ideal seria uma UTI para atender somente a porta aberta, desta forma, não prejudicaria os pacientes que estão aguardando cirurgia de alta complexidade e precisam utilizar leito de UTI, mas quem autoriza ou não a ser porta aberta ou ser referenciado é o gestor SUS, de acordo com o entrevistado 1.

O HU/UFSC não se encontra fisicamente adequado para buscar resultado de eficácia e eficiência. Exemplo prático disto, nós temos 60 leitos cirúrgicos, com isso teria que ter uma previsão de ter pelos menos 20 leitos de UTI para o atendimento cirúrgico. E para cada 10 leitos cirúrgicos, 1 sala de cirurgia funcionando. Se você não tem as 6 salas, aumenta o número do tempo de permanência dos pacientes internados e desta forma oprime a eficiência e eficácia da gestão dos leitos. [...] dos 20 leitos necessários só para área cirúrgica, o HU só tem 12 leitos ativos. Quando se tem 12 leitos ativos, não se atende nem a parte cirúrgica e piora a eficácia e eficiência da estrutura por que se tem porta aberta. Por exemplo, uma cirurgia de grande porte necessita bloquear um leito de UTI na véspera da cirurgia, você marca a cirurgia, o paciente vem do interior, interna, e quando ele chega aqui, naquela noite, alguém que entrou pela emergência, interna também. Então deveríamos ter uma unidade de UTI só para porta aberta (ENTREVISTADO 1).

De acordo com os entrevistados 1 e 7, o funcionamento porta aberta desestrutura, desacredita a atenção primária e é caro fazer atenção primária num hospital de alta complexidade, além de gerar muita despesa de consumo por que tem que atender 24 horas.

[...] o sistema funcionando como rede, os hospitais não devem ser porta aberta por que é muito caro

fazer atenção primária dentro de um hospital. Os hospitais devem ser regulados. [...] a porta aberta desestrutura o hospital, por que as pessoas passam a não acreditar na atenção primária e todo mundo quer ir para o hospital, por que aqui já se faz exame na hora, já tem remédio, isto desacredita e desestrutura o sistema. [...] para harmonizar a ineficiência da atenção primária, você mantém uma estrutura de hospitais de porta aberta. [...] Enquanto a cidade não se estrutura, você necessita que o hospital funcione também como ambulatório, como UPA, e isto desestrutura o hospital. Quem autoriza ou não a ser porta aberta ou ser referenciado é o gestor SUS. Então, continuamos a ser um estabelecimento regulado pelo gestor estadual e é ele que regulamenta se seremos porta aberta ou não (ENTREVISTADO 1).

[...] por ser porta aberta estende o atendimento do hospital para 24 horas. O hospital tem que estar sempre de prontidão. Nós somos ligados a rede SUS de atendimento, isso nos obriga uma série de coisas. Então, precisamos de uma infraestrutura que suporte isso, que infraestrutura que suporta é energia, heliponto sempre limpo para o helicóptero poder descer, acesso, água quente, caldeira, roupa, nós temos uma lavanderia que funciona 12 horas, deixando tudo preparado para à noite, vigilância, motorista da ambulância, turno tem que ser duplicado, escala, uma série de necessidades, que se o hospital não fosse porta aberta, teríamos muito menos trabalho, teríamos menos consumo. (ENTREVISTADO 7)

Para o entrevistado 8, o funcionamento porta aberta causa impacto na própria Emergência, além de causar stress aos funcionários, até que ponto o setor está preparado fisicamente para atender qualquer tipo de situação, tendo em vista que se recebe todo tipo de enfermidade.

Eu observo que o funcionamento porta aberta impacta diretamente na emergência. Então, impactando diretamente na emergência, ocorre um problema estrutural, não sei se ela está tão bem



preparada fisicamente, embora tenha sido reformada até recentemente, para receber todo tipo de enfermidade, por que como tem porta aberta você recebe paciente leucêmico para primeiro diagnóstico, paciente que já está em quimioterapia e precisa retornar por que tem febre, paciente com tuberculose, que é uma doença infectocontagiosa pelo ar; quanto a emergência está estruturada para receber esse pessoal é que tem que ser avaliado, por que a emergência está sempre lotada, embora os profissionais estão trabalhando seriamente para manter e dar um atendimento bom a todos, mas é um serviço muito exigente para os profissionais que estão lá, por que eles estão sempre com uma demanda muito elevada e para o próprio paciente que algumas vezes não consegue ter um leito (ENTREVISTADO 8).

É importante implantar plenamente a regulação para não sobrecarregar a Emergência Adulto, segundo o entrevistado 3.

O dimensionamento do espaço físico é antigo. O hospital não cresceu em termos de ambiente e isso gera um estrangulamento nas áreas ambulatoriais e nas áreas de internação principalmente. O centro cirúrgico tem o mesmo tamanho desde a inauguração. Não houve crescimento estrutural acompanhando a complexidade crescente do hospital. [...] Se tivéssemos mais centro cirúrgico funcionando e maior, andaria mais rápido a fila de cirurgia, circularia mais rápido o tempo de internação, teria uma otimização na utilização dos leitos. Nós montamos um núcleo interno de regulação composto por médicos das principais áreas para fazer a regulação de leitos, de altas e utilizar esse fluxo de pacientes da emergência para as Unidades de Internação. E também um encaminhamento para Unidades de Referência. Por exemplo, pacientes com problemas cardiológicos, que não somos unidade de referência, encaminhar para o Hospital Regional. Tirar o peso do trabalho do médico que está na porta. Então, a regulação teria que atuar nessa área. Não conseguimos implantar plenamente.

Hoje estamos conseguindo fazer regulação de leitos, conseguindo agilizar alta, acelerar a subida dos pacientes, mas o nosso núcleo interno de regulação ainda não atingiu uma plenitude de atividade. Também por problema cultural, não é uma cultura corrente, implantar esse tipo de sistema, leva um pouco de tempo para as pessoas se habituarem a utilizar, executar e aproveitar os benefícios da regulação (ENTREVISTADO 3).

Para o entrevistado 5, a comunidade busca atendimento no HU, devido à resolutividade. A porta aberta funciona na emergência adulto, emergência infantil e emergência ginecológica obstétrica. O HU/UFSC possui UTI Neonatal, mas não possui UTI Pediátrica, quando recebe casos graves, tem que encaminhar para o Hospital Infantil. Quando a rede estiver realmente estabelecida, a emergência adulto deve ser referenciada.

Nós somos porta aberta por várias questões, até por que na contratualização isso está pactuado, nós temos questões importantes voltadas ao ensino, principalmente com as residências, inclusive a multiprofissional que tem uma área de concentração urgência e emergência. Mas o HU sempre teve uma procura muito grande nas emergências por questões de qualidade, por oferecer exames de laboratório e radiologia. Então o HU, historicamente, apesar das UPAs, ele mantém um quantitativo expressivo de busca da comunidade [...] Outra questão é a gravidade dos pacientes que buscam as emergências, nós estamos nos deparando com o envelhecimento da população. O HU trabalha com uma população mais envelhecida, pacientes crônicos, então a complexidade dos atendimentos na emergência é bastante grande. Então essa questão nós amenizamos, mantendo a estrutura de retaguarda funcionando. Nós estamos realizando, no momento, o dimensionamento do HU para a EBSEH, a nossa ideia é manter abertas as 3 Unidades de Clínica Médica e a Unidade de Isolamento, isso vai dar um bom suporte para a Emergência. E quando a rede estiver realmente estabelecida, a nossa ideia é que seja uma

emergência referenciada. Mas o fato é que nós já tentamos várias vezes, inclusive por crise de pessoal, fechá-la, mas nós temos uma pressão muito grande, não só do gestor, mas da própria comunidade, que não abre mão do atendimento, então ela não vai embora. [...] Outro problema é na emergência pediátrica, nós não temos UTI pediátrica. Então, os pacientes mais graves são encaminhados para o Hospital Infantil. O atendimento na emergência pediátrica do HU tem aumentado significativamente pela qualidade do atendimento. Acho que nós temos que valorizar os profissionais que estão na porta por que eles prestam um excelente atendimento e isso faz que o usuário acabe voltando. E a emergência ginecológica obstétrica, por conta da rede cegonha, nós somos referencia para algumas Unidade Básicas de Saúde, é obrigatório ficar porta aberta. Então, como somos referência, precisamos ter essa porta aberta (ENTREVISTADO 5).

De acordo com o entrevistado 3, na emergência deve ficar quem está sendo medicado e em observação, as internações na emergência atrapalham a gestão dos atendimentos, com um grande número de pacientes fica difícil fazer classificação de risco a cada 12 horas.

Hoje nós atendemos em torno de 6.500, 7.500 pacientes/mês na emergência. Sendo que nós temos poucos leitos, daí a dificuldade da estrutura física não ter acompanhado, não conseguimos dar vazão para esses pacientes subirem para a internação, e ficar na emergência efetivamente só quem está sendo medicado e em observação. E isso gera um acúmulo de gente na emergência de pacientes e inclusive de profissionais que vão lá evoluir e prescrever. E isso gera uma alteração de fluxo e de atendimento muito grave lá dentro. Não conseguimos fazer uma gestão da clínica adequada, não se consegue fazer classificação de risco a cada 12 horas em pacientes que estão em observação. Não conseguimos fazer processo de qualidade de assistência dentro do setor de emergência por sobrecarga de pessoas no ambiente. E a questão da porta aberta é que a

gente acaba tendo um volume muito grande de pacientes que tem baixa complexidade dos seus problemas que poderiam e deveriam ser resolvidos na Unidade Básica de Saúde e não num hospital do nosso porte. E isso demanda tempo. Então os profissionais acabam gastando parte do tempo da própria estrutura física que já é subutilizada para atender pacientes que poderiam resolver os seus problemas na Unidade Básica. Então o Sistema de Porta aberta para um hospital que quer vocacionar para complexidade é ruim. Então, se a emergência fosse referenciada, provavelmente continuaríamos tendo os mesmos pacientes graves, o mesmo quantitativo de pacientes críticos, mas com uma condição melhor para os pacientes que estão ali dentro (ENTREVISTADO 3).

A emergência não é local para internação, além das 24 horas de observação, por que passa a gerar um stress ao trabalhador. Além disso, é importante ocorrer a entrada de pacientes pelos ambulatórios por causa do ensino das especialidades, segundo os entrevistados 4 e 6.

O HU faz parte do Sistema de Regulação do Estado e ele recebe via Samu, via Bombeiros, dentro do que é regulação. Mas, não é 100% regulado. Existe uma demanda espontânea e existem pacientes que entram por meio da regulação. Não tem 100% de regulação. O problema do funcionamento porta aberta enquanto instituição é o limite que nós temos de serviços a oferecer. Então, nós temos hoje um número de leitos de internação pequeno para acompanhar a pressão que vem da Emergência para as Unidades de Internação. O fato de ser porta aberta coloca uma pressão muito grande sobre as Emergências por que lá não existe um limite de pacientes. Há um limite a ser internado e tecnicamente todos que chegam precisam de atendimento e isto vai causando um desgaste, especialmente, nos trabalhadores, um desgaste na estrutura que não comporta aquele volume de atendimento e por outro lado, nós não temos o que fazer por que tu não tens como impedir que as pessoas procurem, tu não tens para onde passar toda aquela pressão

da porta e atender a todas as Unidades. A grande pressão lá tem sido encima de pessoal mesmo, em trabalhar em situações de trabalho muito precárias, justamente por essa demanda muita alta de pacientes. Especialmente quando você está num hospital de ensino você não pode privilegiar única e exclusivamente a Emergência, tu tens que fazer entrada pelos ambulatorios também para poder gerenciar a questão do ensino das especialidades (ENTREVISTADO 4).

De fato funcionamos 24 horas para uma demanda espontânea e isso gera uma situação extremamente difícil de gerenciar por que no momento que eu sou uma porta aberta e que eu não tenho suporte para fazer todo acompanhamento digno e correto, eu passo a ter uma emergência funcionando como uma unidade clínica, o que não poderia estar acontecendo. Uma emergência é chamada de emergência quando eu tenho uma internação de 24 horas. Quando eu deixo de ter uma internação de 24 horas e passo a ter um paciente de uma semana, duas semanas, inclusive permanecendo todo tempo de internação numa emergência e tendo alta daquele local, eu crio uma situação de muito stress para esses trabalhadores e de um atendimento que também não é adequado por que a forma de um atendimento de emergência seria única e exclusivamente para fazer um diagnóstico e dar o encaminhamento correto, ou seja, realizar o primeiro cuidado e quem estiver pronto retorna para o seu lar, enfim, para depois procurar a Unidade Básica de Saúde para acompanhamento ou internação. O HU entende que é um anseio da população encontrar mais uma opção de porta aberta, infelizmente usado para dar conta de uma demanda que poderia ser suprida pelos Prontos Atendimentos. [...]somos porta aberta adulto, porta aberta de pediatria sem ter uma retaguarda, sem ter UTI pediátrica. Às vezes recebemos situações bastante críticas e não temos suporte para dar e temos que fazer encaminhamento para o Hospital Infantil. E temos uma Maternidade com porta aberta e uma Emergência Ginecológica.

Eu penso que somos bastante preocupados com a necessidade da população, mas isso é um grande agente de stress para Instituição, eu não tenho dúvida disso (ENTREVISTADO 6).

Bem como apontado pelos entrevistados 1, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 com relação a porta aberta na emergência que desestrutura o hospital e desacredita a atenção primária. Azevedo et al. (2010, p. 4) explica que a emergência é um setor que tem como objetivo diminuir o óbito e “as sequelas incapacitantes”. Portanto, a superlotação de pacientes que necessitam de atendimento de atenção primária e secundária ocasiona baixa qualidade de assistência àqueles que estão em situação de emergência.

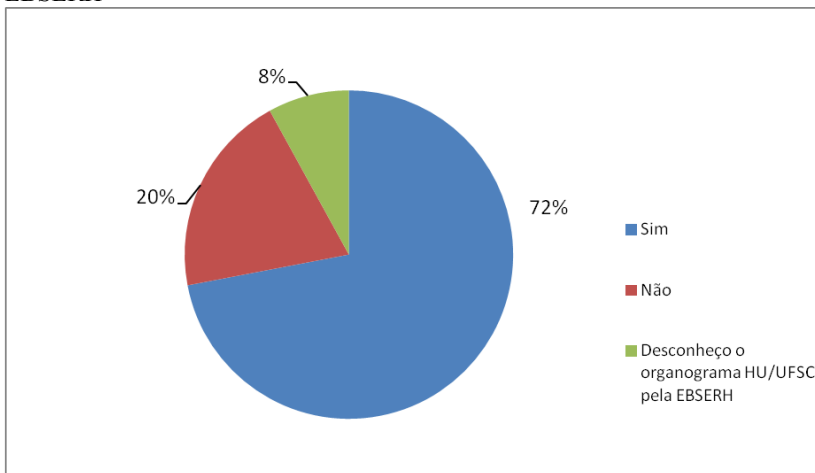
Após as entrevistas, a pesquisadora encaminhou questionário às chefias do HU/UFSC vinculados à Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar (Apêndice C); e questionário às chefias do HU/UFSC vinculados à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina (Apêndice D).

b) Percepção das chefias do HU/UFSC vinculadas à Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar; Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Medicina.

Com relação ao organograma, foi indagado às chefias do HU/UFSC vinculados a Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar (Apêndice C), se eles concordavam com o modelo de organograma da gestão do HU/UFSC pela EBSEH.

O gráfico 1 demonstra a opinião das chefias do HU/UFSC vinculados a Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar com relação ao modelo de organograma da gestão do HU/UFSC organizado pela EBSEH.

Gráfico 1 - Modelo de organograma gestão do HU/UFSC definido pela EBSEERH



Fonte: Dados primários (2016).

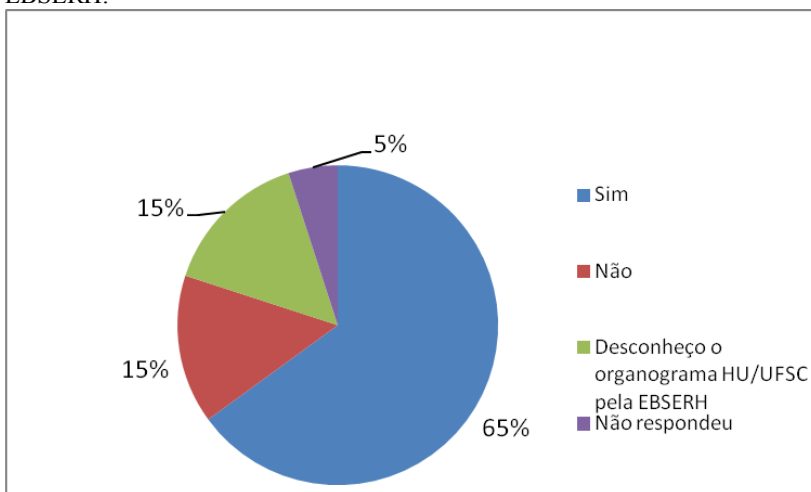
Dos respondentes, 18 (72%) concordam com o modelo de organograma proposto pela EBSEERH, 5 (20%) não concordam, e 2 (8%) desconhecem o modelo de organograma.

O motivo por não concordarem com o modelo de organograma proposto pela EBSEERH, de acordo com os respondentes, é a concentração de muitas Unidades subordinadas em poucos dirigentes.

Também foi questionado as chefias da Diretoria de Medicina e Enfermagem, se concordam com o modelo de organograma proposto pela EBSEERH (Apêndice D).

O gráfico 2 demonstra a opinião das chefias do HU/UFSC vinculados à Diretoria de Medicina e Enfermagem com relação ao modelo de organograma da gestão do HU/UFSC organizado pela EBSEERH.

Gráfico 2 - Modelo de organograma gestão do HU/UFSC definido pela EBSEERH.



Fonte: Dados primários (2016).

Constata-se que (13) 65% dos respondentes concordam com o modelo de organograma que será adotado na gestão do HU/UFSC pela EBSEERH, 3 (15%) não concordam, 3 (15%) desconhecem o modelo de organograma; e 1 (5%) não responderam.

Com relação ao organograma atual, organizado em gestão por serviço, foi perguntado para as Diretorias de Medicina e Enfermagem se este modelo facilita o trabalho em equipe, tendo em vista que tem chefias individuais, seguindo a lógica das profissões.

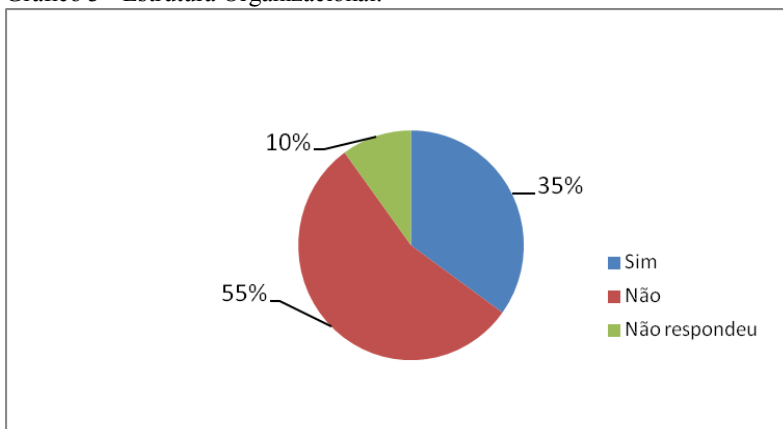
Dos respondentes, 65% das chefias da Diretoria de Medicina e Enfermagem concordam com o modelo de organograma proposto pela EBSEERH, 15% não concordam, 15% desconhecem o modelo de organograma; e 5% não responderam.

Com relação ao organograma atual, organizado em gestão por serviço, foi perguntado somente para as Diretorias de Medicina e Enfermagem se este modelo de organograma facilita o trabalho em equipe, tendo em vista que tem chefias individuais, seguindo a lógica das profissões.

O gráfico 3 demonstra a opinião das chefias do HU/UFSC vinculados à Diretoria de Medicina e Enfermagem com relação ao organograma de gestão por serviços utilizado no HU/UFSC.



Gráfico 3 - Estrutura Organizacional.



Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 12 (55%) afirmam que o modelo de gestão por serviço não facilita o trabalho em equipe; 7 (35%) dos respondentes afirmam que facilita o trabalho em equipe; 1 (10%) não responderam.

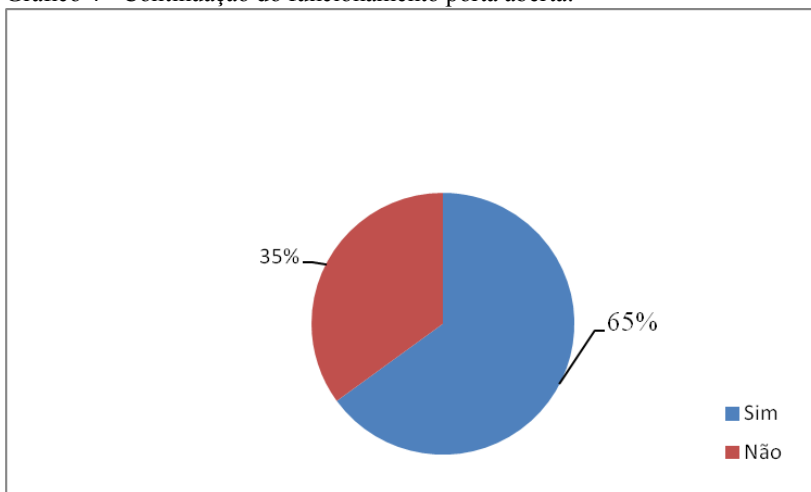
Os favoráveis a nova estrutura disseram que: “o paciente terá um melhor atendimento”; haverá “integração entre as profissões”.

Os respondentes que preferem a estrutura organizacional atual disseram que: “médico cuida de médico; enfermeira cuida de enfermagem”; “une a enfermagem, pois tem uma direção própria e não é submissa a medicina”; “não ocorre respeito entre chefias de categorias distintas”; “o médico não deve interferir no serviço de enfermagem e vice-versa”.

As questões referentes “porta aberta” foram perguntadas somente para as Diretorias de Medicina e Enfermagem, por ser uma questão relacionada à assistência de saúde.

O gráfico 4 demonstra a opinião das chefias do HU/UFSC vinculados à Diretoria de Medicina e Enfermagem com relação a continuação do funcionamento porta aberta no HU/UFSC

Gráfico 4 - Continuação do funcionamento porta aberta.



Fonte: Dados primários (2016).

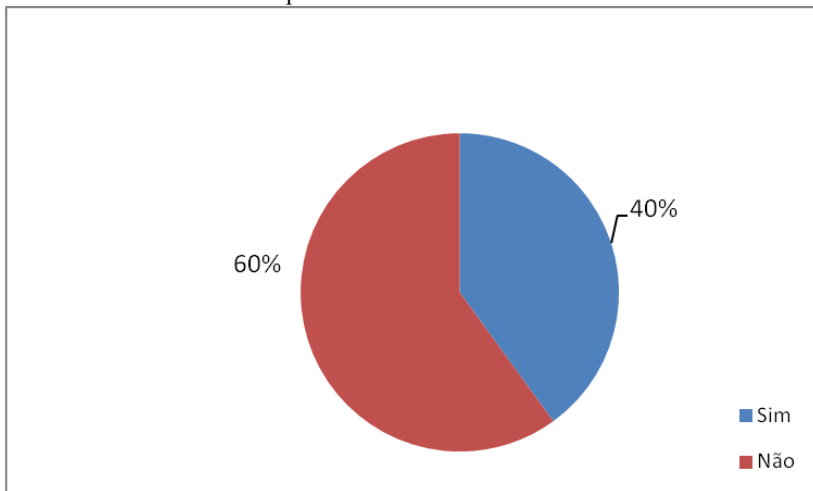
Dos respondentes, 13 (65%) concordam com o funcionamento porta aberta na Emergência Adulto; 7 (35%) não concordam.

Os motivos para não funcionar como porta aberta, de acordo com os respondentes, foram: “ser referenciada”; “superlotação numa estrutura deficiente com um corpo clínico reduzido”.

Foi questionado se o setor em que as chefias da medicina e enfermagem trabalham é prejudicado pelo funcionamento porta aberta.

O gráfico 5 apresenta a opinião das chefias do HU/UFSC vinculados à Diretoria de Medicina e Enfermagem com relação ao prejuízo dos setores pelo funcionamento por aberta na Emergência.

Gráfico 5 - Funcionamento porta aberta.



Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 12 (60%) afirmam que o setor em que trabalham não é prejudicado pelo funcionamento porta aberta; 8 (40%) afirmam que prejudica.

Os motivos que prejudicam, de acordo com os respondentes, foram: “o grande número de atendimentos na Emergência de pacientes não graves prejudica e sobrecarrega o setor, que deveria ser destinado a urgências e emergências”; “utilização dos leitos para cirurgia”; “alta rotatividade de pacientes e baixo número de profissionais no setor”; “más condições de trabalho”; “alto nível de stress emocional”.

### c) Conclusão dos Desafios da Gestão Estrutural do HU/UFSC

A partir das entrevistas com os gestores da Direção Geral do HU/UFSC e questionários respondidos pelas chefias do HU/UFSC vinculados a Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, concluiu-se que o HU/UFSC é ultrapassado, precisa de reestruturação física para atender a demanda e principalmente reabrir os leitos desativados.

Bem como apontado por Campos (2000), o modelo organizacional dividido em departamentos seguindo a lógica das profissões desvaloriza as equipes multiprofissionais e fragmenta o trabalho.

Já, o organograma organizado por gestão por processo, definido pela EBSEH, integra os serviços, trazendo mais benefícios para a Instituição e paciente.

Entretanto, é apontado como um grande desafio, porque é necessária mudança cultural para aceitar ser liderado por profissional de outro cargo. Foi declarado pelas chefias, tanto da Enfermagem quanto da Medicina, que não estão confortáveis com a possibilidade de serem chefiadas por profissão distinta.

A situação caótica da Emergência, que gera stress nos trabalhadores e a necessidade da comunidade na procura pela Emergência é conhecimento da Direção Geral do HU/UFSC.

Alguns dos fatores problemáticos na Emergência Adulto incidem sobre segurança do paciente, como: não conseguir realizar classificação de risco; pacientes com doença infectocontagiosa pelo ar, no mesmo ambiente que os demais pacientes; e ter porta aberta na Emergência Pediátrica, mas não ter UTI Pediátrica.

Entretanto, por ser um hospital 100% SUS e regulado pelo gestor Estadual que autoriza a porta aberta, depende do gestor SUS para que ocorram mudanças com relação ao funcionamento na Emergência.

O quadro 25 apresenta os Desafios da Gestão Estrutural do HU/UFSC, após a criação da EBSEH relacionados aos fatores de análise propostos.

Quadro 25 - Desafios da Gestão Estrutural do HU/UFSC, de acordo com os fatores de análise.

<b>Fatores de Análise</b>	<b>Desafios da Gestão Estrutural do HU/UFSC</b>
Estrutura física e organizacional; gestão por serviços; gestão por processos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- reestruturação física;</li> <li>- reabertura de leitos;</li> <li>- gestão por processos, com a possibilidade de ser chefiado por cargo distinto. Dificuldade de aceitação entre as chefias da área médica e enfermagem;</li> <li>- funcionamento porta aberta na Emergência, gera alto nível de stress nos trabalhadores;</li> <li>- falta de UTI Pediátrica.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

### 4.3.2 Desafios da Gestão de Pessoas do HU/UFSC

O HU/UFSC conta com 1.318 servidores permanentes regidos pela Lei n.º 8.112, no mês de julho de 2016; 109 trabalhadores contratados pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU); e 340 trabalhadores terceirizados das áreas de limpeza, segurança e recepção (HU/UFSC).

Para suprir a falta de servidores e viabilizar as atividades assistenciais, o HU/UFSC contratava pessoal por meio da Fundação de Apoio. O Tribunal de Contas da União por meio do acórdão 1.520/2006 orientou que os fundacionais deveriam ser substituídos por servidores permanentes, por meio do concurso público (TCU/2015).

O quadro 26 apresenta o quantitativo de servidores permanentes de 2010 a 2015.

Quadro 26 – Quantidade de servidores lotados no HU/UFSC.

Ano	Quantitativo de servidores
2010	1.313
2011	1.343
2012	1.326
2013	1.300
2014	1.349
2015	1.345

Fonte: ADRH HU/UFSC.

Ao longo dos anos, o quantitativo de servidores obteve um aumento insignificante de 1.313 para 1.345. Para atender a abertura dos leitos e o crescimento da demanda do ensino, pesquisa e extensão e assistência, é necessário contratar 1.035 trabalhadores (DIMENSIONAMENTO..., 2015).

Devido às vagas não repostas de cargos extintos, demissões de 55 trabalhadores Fapeus, ocorridas em dezembro de 2015, e trabalhadores afastados para tratamento de saúde, além do pagamento de hora extra não ser disponibilizado pelo Governo Federal, o HU/UFSC tem utilizado o Adicional por Plantão Hospitalar (APH) para cobrir as escalas na assistência.

Em dezembro de 2015, 282 trabalhadores das áreas de enfermagem e de apoio assistencial e diagnóstico complementar realizaram APH (HU/UFSC).

A proposta do HU pela EBSERH é a contratação de 489 trabalhadores, no regime celetista para o quadro de pessoal do HU/UFSC (HU/UFSC)

Com relação aos desafios da gestão de pessoas, foram realizados questionamentos relacionados ao quadro de pessoal, funcionários contratados via FAPEU, cedência dos servidores à EBSERH, contratações via EBSERH e absenteísmo.

Primeiramente, foram entrevistados os gestores da Direção Geral do HU/UFSC (Apêndice B).

a) Percepção da Direção Geral do HU, com relação aos desafios da gestão de pessoas do HU/UFSC

Para o entrevistado 1, a gestão hospitalar é complexa devido à diversidade de setores que necessitam funcionar para o cumprimento da missão de assistência, ensino, pesquisa e extensão. O HU/UFSC é um hospital de ensino, possui mais de 200 leitos ativos, fornece cinco refeições para cada internado, com uma série de cardápios especiais, conforme a dieta do paciente. Além de ter uma lavanderia industrial; um laboratório de análises clínicas que realiza 60.000 mil exames por mês, a Emergência Adulto que atende 6.000 pessoas por mês, realiza transplantes hepático e de córnea, entre outras cirurgias de alta complexidade. Diante da natureza da organização, cada unidade tem suas peculiaridades e um clima organizacional distinto. A gestão tem dificuldade na implantação de Procedimentos Operacionais (POPs), por que não há consenso entre as pessoas, cada um faz da forma que acredita ser a melhor.

A gestão hospitalar é complexa, os hospitais são considerados como instituições mais complexas da Administração. Por que nós temos aqui, uma lavanderia industrial, talvez uma das maiores da cidade; um refeitório industrial [...] o HU fornece de 10 a 15 cardápios por dia, cardápio para diabético, para hipertenso, nós temos uma série de dietas especiais, dieta infantil, dieta para criança lactário. [...] um hotel para 300 pessoas, poucos hotéis em Florianópolis têm 300 leitos para cuidar, nós temos toda questão da enfermaria, do centro cirúrgico, toda a parte médica, uma unidade de radiologia, um laboratório de hemodiálise, o nosso laboratório é maior do que todos os hospitais privados, é só menor que o Santa Luzia pelo número de exames, nós realizamos 60.000 mil exames. Só por administrar um laboratório

desse, já é muito complexo. Cada unidade tem suas peculiaridades e é feita por pessoas que tem ao longo do tempo, tem todo um clima organizacional, característico dessas áreas. As pessoas trabalham aqui e trabalham em outras unidades e com isso elas têm identidade de exercício profissional que não trabalham exatamente como equipe, trabalham com individualidade. Quando você pede para alguém fazer POP, eles não querem fazer. Por que cada um tem um Pop de maneira diferente. E quando você diz que tem que fazer um, entre eles não há um consenso, por que entre eles, eles fazem diferente (ENTREVISTADO 1).

A fala do entrevistado 1 expressa a característica do Hospital ser um ambiente complexo. Encontra-se em Nogueira (1994); Cury (2005); Demo, (2008), a teoria da complexidade das organizações em que afirmam que o hospital é uma das organizações mais complexas. A complexidade está relacionada aos serviços, processos, quadro de pessoal; usuários e a própria missão do hospital.

Um dos problemas para gerenciar pessoas, é o conflito de pessoal oriundo de pessoas que tem o conhecimento técnico e as chefias, que tem o poder instituído, de acordo com o entrevistado 1.

Os desafios em gestão de pessoas são inúmeros. Os hospitais são situados na chamada área de serviços. Nas áreas de serviço 70% dos problemas e das soluções, dos custos estão ligados a pessoas. Embora cada vez mais você esteja tendo, nos últimos anos um forte aumento dos custos em virtude da incorporação tecnológica. [...] um dos problemas de gestão de pessoas nos Hospitais Universitários é a existência conflituosa entre o poder técnico e o poder administrativo (ENTREVISTADO 1).

Encontra-se em Bonacim e Araujo (2011, p. 1057), a explicação da existência de conflito interpessoal entre o profissional técnico e o administrador, uma vez que para os autores, o profissional técnico enxerga o hospital como um local para realizar as suas habilidades, sendo leais com sua profissão e não com o local em que a exerce. “Por isso, alguns profissionais descrevem tais organizações como pirâmides

invertidas, com os operadores profissionais no topo e os administradores abaixo para servi-los”.

Para o entrevistado 8, os servidores públicos precisam cumprir horário e realizar as tarefas, de acordo com as normativas da instituição.

O que eu posso dizer é que o serviço federal, seja na Universidade ou em qualquer órgão público, precisa ser melhor regulado, por que a história de cada servidor ser autônomo e decidir fazer o seu horário, o seu jeito de trabalhar ou não ter regras, isso precisa ser olhado, por que o gestor é cobrado de acordo com a lei (ENTREVISTADO 8).

Segundo os entrevistados 5 e 7, o HU/UFSC tem um grande déficit de pessoal. Os concursos públicos dependem de autorização do Governo Federal. O Governo Federal, a partir de 2010, autorizou concurso para repor aposentadorias, óbitos e exonerações. A contratação de servidores é demorada por que não se consegue realizar a reposição automática; a reabertura de leitos, expansão de serviços e habilitação de serviços especializados depende da contratação de equipe multiprofissional.

A partir de 2010, conseguimos repor a partir das aposentadorias, dos óbitos e das exonerações. Daí, começamos a realizar os concursos. O fato é que tem uma demora muito grande entre o concurso e as aposentadorias. Então, de certa forma temos uma dificuldade por que só depois que o servidor aposenta, que começamos com tratativas para reposição. Sem considerar a questão dos auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde, auxiliares de laboratório, auxiliares de farmácia, de modo geral, os auxiliares, que pela complexidade do hospital, não temos realizado mais concurso. Então, de fato isso fez com que o HU perdesse a sua capacidade de crescimento, por que tudo que a gente precisa implantar, o que nós definimos como visão, é ser um centro de referência de alta complexidade. E tudo que pretendemos expandir é exigido uma equipe multiprofissional e para conseguir habilitação do serviço especializado, nós precisamos de pessoal. E quando o gestor, no caso



a SES, vem realizar a vistoria ela exige a relação nominal dos servidores e as portarias, exigem o quantitativo de servidores para aquela habilitação (ENTREVISTADO 5)

O HU tem um grande déficit de servidores, tanto que estamos com leitos fechados por causa disso. Nos últimos 3 anos, o hospital envelheceu, por que o hospital completou 35 anos neste ano, e a população que trabalha nele chegou no momento crítico de aposentadoria, e nós não tivemos as reposições no mesmo nível que precisávamos para manter o hospital (ENTREVISTADO 7).

Bem como apontaram os entrevistados 5 e 7, encontra-se em Ribeiro et al. (2010) diversas situações que desencadearam o problema de falta de pessoal nos Hospitais Universitários: ausência de concursos públicos; falta de planejamento para reposição dos aposentados; alto nível de adoecimento e afastamento dos trabalhadores e salários incompatíveis com o mercado, gerando a busca de novas oportunidades, sobretudo pelos contratados via fundação de apoio.

A gestão não conseguiu transformar as vagas de auxiliares de enfermagem em técnico de enfermagem, mas foi possível transformar as vagas de auxiliares de enfermagem em auxiliar em administração, de acordo com o entrevistado 5.

[...] Então, isso de dizer que nós podemos transformar os cargos de auxiliares em técnico, até então, já se passaram duas gestões na UFSC, e não foi possível. O que a gente conseguiu agora, com um quantitativo ainda pequeno, é transformar os auxiliares em auxiliares administrativos. Foi o que conseguimos ganhar, um auxiliar para cada unidade de internação, por que nem isso não tínhamos. A tentativa da penúltima gestão era mudar os auxiliares para técnicos de enfermagem, que era o que a gente de fato precisava. Como não se conseguiu, a gente tentou nessa gestão para auxiliar administrativo, foi onde abrimos concurso com 18 vagas, dessas 16 foram de troca de auxiliares de enfermagem para auxiliares administrativos. As outras foram vagas de aposentadorias para auxiliares administrativos. Se

considerarmos o que tínhamos em 2008 e 2010, houve um aumento não significativo de servidores para o crescimento que o HU precisava ter para implantação das habilitações para alta complexidade. Então, as dificuldades são muitas. Nós não temos uma capacidade de reabrir leitos sem um aumento significativo de pessoal (ENTREVISTADO 5).

Para o entrevistado 1, a seleção de pessoas é deficitária, tendo em vista que não é levada em consideração a experiência do indivíduo. E por não terem ocorrido concursos periodicamente, há falta de inflexão de curva de pessoal.

Toda empresa tem o máximo interesse em selecionar os melhores profissionais, e se você for ver os mecanismos de seleção das grandes empresas, você verá que o nosso é anacrônico. [...] O setor público vai ter que aprender a melhorar a sua capacidade de seleção de pessoas. E com isso você perde gente, os Fapeus competentes, não há nenhuma garantia que eu consiga substituí-los por pessoas de igual competência. Com isso, lógico, o hospital vai sofrer até capacitar essas pessoas. Esse é um grande problema, a falta de política de pessoal do setor público. Os HUs, por exemplo, quando passaram por um período muito grande, sem ter novos concursos, perderam a inflexão de curva de pessoal, ou seja, tem pessoas muito experientes e pessoas muito novas trabalhando, deve ter um fluxo contínuo de pessoas de grande, média e pouca experiência. O de pouca experiência está adquirindo de média, de média está adquirindo de grande, e o de grande está saindo, deve haver esse fluxo. Quando você fica muito tempo sem fazer concurso, muito tempo sem seleção de pessoas, você cria esse gap (ENTREVISTADO 1).

A vantagem de ter pessoal contratado pelo regime celetista é que o funcionário realiza aviso prévio, enquanto a Instituição se prepara para realizar a substituição, de acordo com o entrevistado 6.

[...] hoje nós temos um estatutário que pode chegar amanhã e dizer que está indo embora e

pode sair, só que eu não tenho na retaguarda possibilidade de contratar outro. Essa possibilidade não existe, mas a possibilidade da demissão é a qualquer hora e sem aviso prévio, em relação ao estatutário. Em relação ao celetista, ele dá aviso prévio e eu tenho pelo menos a possibilidade, e eu imagino que nós teremos, uma possibilidade de viabilidade de substituição dessa força de trabalho (ENTREVISTADO 6)

Com relação à manutenção dos servidores no HU/UFSC sob gestão EBSEH, os entrevistados tiveram opinião divergente.

Os entrevistados 1, 2 e 3 entendem que os servidores poderão ficar no HU sob gestão da EBSEH, serem transferidos para UFSC ou outro órgão, conforme as prerrogativas da Lei nº 8.112.

Como é uma questão de interpretação jurídica, fica muito difícil emitir qualquer juízo de valor. Do ponto de vista teórico, isso pode ocorrer, por que o servidor público federal, não precisa nem voltar para a UFSC, ele pode pedir para ir para outra cidade, outro estado, outro lugar, onde tenha cônjuge, isso é lei e a lei faculta isso (ENTREVISTADO 1).

[...] os servidores serão cedidos para a EBSEH, mas nada impede que a UFSC possa solicitar a remoção interna de servidores, apesar dos servidores que estão no HU, terem mais conhecimentos e habilidades nos trabalhos realizados aqui, preferencialmente, eles deveriam aplicar esses conhecimentos no hospital, mas para a área meio, nada impede que a UFSC possa requerer servidores para atender as demandas da própria UFSC (ENTREVISTADO 2).

A princípio sim, eles serão cedidos à EBSEH. Eu acho que a possibilidade de remoção para a UFSC deve acontecer agora, antes da adesão. Pelo o que eu entendo do processo de adesão, os servidores do HU que quiserem ser transferidos à UFSC, não serem cedidos à EBSEH, eu acho que eles ainda têm essa opção (ENTREVISTADO 3).

Já, para os entrevistados 4 e 7, se ocorrer a cedência à UFSC, o Hospital Universitário ficará sem a reposição.

Eu não sei te responder com toda segurança sobre isso. Em princípio, a ideia é que não exista mais essa possibilidade. Isso existiu lá no começo quando iniciou o processo de adesão, mas hoje isso já foi revogado, não tem mais como ceder. Se ceder, ficará sem (ENTREVISTADO 4).

[...] quem quisesse retornar para a UFSC, poderia ir, principalmente aqueles que o seu cargo permite a equivalência na UFSC. O médico contratado pelo RJU vai ter que ficar no HU ou ir embora. Os administrativos, no começo, a EBSEH, não fazia questão, eu acho que a EBSEH não anda muito bem financeiramente, agora, essa prerrogativa não existe mais. Enquanto ela não repor, que eu saiba, eles terão que ficar até serem substituídos (ENTREVISTADO 7).

Para o entrevistado 5, para ficar com algum quantitativo de servidor a UFSC deve tratar com a ANDIFES. Entretanto, os profissionais da medicina e enfermagem ficarão no HU/UFSC.

Eu fiz uma consulta à EBSEH, se a universidade quisesse ficar com algum quantitativo de servidores, eles responderam que estava sendo tratado por meio da ANDIFES. A princípio, com o relatório e recomendação do acórdão do TCU, referente aos novos contratos da EBSEH, a contratante tem que entregar a relação nominal dos servidores que serão cedidos. É claro que os profissionais da área médica e da enfermagem, a universidade não tem como absorver (ENTREVISTADO 5)

Para os entrevistados 2 e 5, no final do segundo semestre de 2015, estava prevista a demissão dos funcionários contratados via FAPEU, foi negociado com o Governo Estadual e Municipal, e os gestores do HU e Reitora conseguiram prorrogar o contrato dos funcionários. Mas, nesse ínterim, alguns funcionários decidiram pela rescisão contratual e por questões financeiras no HU/UFSC foram reduzidos de 155 para 100 funcionários. Alguns dos impactos de

diminuir o quantitativo de trabalhadores contratados via Fapeu foram: diminuição de 14 para 12 leitos de UTI; aumento do pagamento de Adicional por Plantão Hospitalar (APH) para cobrir as escalas, mas que acaba sobrecarregando os trabalhadores.

Pela experiência que esses profissionais acabaram adquirindo ao longo dos anos, obviamente isso vai prejudicar bastante a instituição, por outro lado espera-se que as substituições sejam feitas gradativamente para que não haja maior impacto, para que a Instituição possa assimilar isso com menos prejuízo (ENTREVISTADO 2).

O impacto já foi sentido em 2015. Nós tínhamos 155 fapeus e baixamos para 100, por questões financeiras. O que nós temos aumentado é o quantitativo de APH, com isso estamos sobrecarregando os servidores para não fechar mais nada. Nós estamos proibidos de utilizar hora extra, então estamos utilizando a APH. A Fapeu tinha uma questão financeira, mas também tinha uma questão legal, que era um termo de ajuste de conduta do Ministério Público do Trabalho, assinado em 2014, no qual a vice-reitora se comprometeu a encerrar os contratos com os terceirizados até dezembro de 2015, por que isso já vem do acórdão de 2006. A reunião que tivemos com o Ministério Público do Trabalho foi no sentido de prorrogar até um ano o contrato com os terceirizados, por conta da adesão à EBSEH, e por que neste momento já estaríamos com tratativas com a EBSEH para substituição deles, por isso que foi negociado. [...] Mas o impacto já aconteceu, eram 14 leitos abertos de UTI, passamos para 12. [...] não é só recontratar, a gente tem que capacitar. A gente só não fechou por que estamos gastando bastante APH. Mas quem está trabalhando já está sobrecarregado, está adoecendo (ENTREVISTADO 5)

Segundo os entrevistados 6, 7 e 8, a perda do conhecimento tácito é inevitável, tendo em vista que há trabalhadores contratados via Fapeu muito antigos na Instituição. Além de contratar pessoas, é necessário capacitá-las. O entrevistado 6 manifestou que gostaria que as

substituições fossem gradativas, para que os trabalhadores contratados via Fapeu pudessem repassar o conhecimento aos novos contratados. O entrevistado 6 também gostaria que, no concurso público da EBSEH, os trabalhadores contratados via Fapeu tivessem pontuação adicional pelo tempo de serviço, como reconhecimento pelo serviço prestado ao HU/UFSC.

[...] temos trabalhadores de 24, 25, 27 anos, ou seja, são trabalhadores extremamente envolvidos, tanto do ponto de vista organizacional, eles detêm o conhecimento tácito por que acompanharam essa instituição e fizeram a sua vida aqui dentro. [...] quando houve essa ameaça no final do ano, da demissão de todos, nós já sabíamos que isso iria acontecer, mas esperávamos que o acontecimento das demissões fosse progressiva, lenta, para que pudéssemos ter de fato uma transição, não só dando oportunidade para que essas pessoas pudessem fazer a sua reintegração também em outras instituições, mas que elas pudessem passar progressivamente esse conhecimento para um trabalhador que estivesse chegando. Então, eu me preocupo bastante, acho que vai ser uma grande perda. Acho que a maioria desses trabalhadores, nós temos imensa vontade de absorver com esse novo modelo. Acho que eles poderiam ter sido prestigiados de alguma forma, não que fosse automático, mas que eles tivessem alguma pontuação por essa longa trajetória, que pudesse ser valorizado isso [...]. [...] tínhamos 155, com essa ameaça que houve no final do ano da demissão de todos, quando se voltou atrás, infelizmente, muitos realmente decidiram ir embora. Então, tivemos uma perda de aproximadamente 40% dos nossos trabalhadores fapeus, e tivemos uma amostra do que representa isso. Então, é claro que a substituição paulatina desse grupo de pessoas, tende a levar a um stress, talvez um pouco menor, mas com certeza vai ter um impacto, eu acredito que tenha um impacto por que temos ótimos trabalhadores, extremamente envolvidos e que vão ter uma dificuldade muito grande de inserção no mercado de trabalho, uma vez que trabalharam muitos anos conosco e estão com idade muito difícil de ser

reintegrado no mercado de trabalho (ENTREVISTADO 6).

O HU já teve mais de 600 funcionários Fapeus. O TCU e o Ministério Público decidiram que temos que demiti-los, assim viemos reduzindo ao longo dos anos. Essas reduções não foram sem dor, não foram sem causa, causaram muito transtorno. Agora mês de dezembro, tivemos que reduzi-los para 100. Impacta na assistência, impacta na área administrativa, financeira. A maioria dos Fapeus são da assistência, hoje eles são imprescindíveis no hospital, por isso que a Direção lutou tanto por esse contrato. Apesar de ter toda uma exigência do TCU e Ministério Público para que a gente acabe com o contrato, ele acabou de ser assinado ontem. Se a gente não renovasse esse contrato, provavelmente, seria o fechamento da emergência. Qualquer época do ano o fechamento da emergência seria impactante, imagina fechar a emergência com a cidade cheia de turistas, então, seria catastrófico (ENTREVISTADO 7).

Eu acho que as contratações via Fapeu tem um impacto grande no HU por que nós contamos com a força de trabalho desses profissionais e desde o momento da sua contratação, eles sofrem com a situação de ser ou não demitidos, eles sempre tiveram uma agonia com relação a isso. O grande problema agora com a demissão deles, por que eles são uma fonte de trabalho importante para o HU, é não estar sendo reposta por nada. Então temos um quadro de funcionários que já é restrito e com a perda dos empregados fapeus vai piorar muito (ENTREVISTADO 8).

A manutenção dos serviços no HU/UFSC implica em continuar contratando os trabalhadores ou realizar concurso público pela EBSEH, caso contrário, pode ocorrer fechamento de leitos ou Unidades, de acordo com os entrevistados 1, 2, 4 e 8. Para o entrevistado 4, somente será fechado o que não for inevitável, para isso, é imprescindível manter o contrato via FAPEU e pagamento de APH para manter a força de trabalho.

Quanto antes entrarem essas pessoas, melhor. Nos últimos anos, estamos tendo desafio da crise, pela falta de pessoal, ter que decidir o que vai fechar (ENTREVISTADO 1).

A previsão é que as contratações via EBSEH ocorra no decorrer do primeiro semestre de 2016. Até lá ficou definido que o hospital vai manter o contrato parcial, em torno de 100 profissionais via Fapeu. Algumas perdas, infelizmente, irão ocorrer, provavelmente, com algumas aposentadorias que ocorrerão nesse período, e isso vai nos gerar transtornos em alguns setores do hospital. Mas, não vejo nenhuma outra alternativa a curto prazo para repor esse pessoal. A contratação vai ocorrer por meio de concurso público que será realizado, possivelmente, em torno de 6 meses, após a celebração do contrato com a EBSEH (ENTREVISTADO 2).

Sem reposição o impacto é o fechamento de Unidades, não existe outra saída. A manutenção dos trabalhadores fapeus para que não ocorra o fechamento de novos serviços. Nós contamos também com o adicional de hora plantão. E nós vamos fazer uma avaliação a cada momento. Nessa etapa que estamos de pré-contrato com a EBSEH e com a perspectiva de abrir o concurso logo, se apresenta um caminho e o objetivo é diminuir o mínimo possível de serviços a serem prestados até que comecemos a reconstruir o quadro de pessoal. Só iremos fechar o que for inevitável, buscaremos apoio por meio da APH e da contratação de alguns fapeus que ainda podemos contratar (ENTREVISTADO 4).

O HU já negociou juntamente com a Reitoria e com a Fapeu, e foram mantidos 100 empregados contratados via Fapeu, contratados pelo período de 1 ano, no sentido de assegurar que os serviços se mantenham, até o momento de realização do concurso (ENTREVISTADO 8).

Para os entrevistados 4 e 7, um dos desafios em gestão de pessoas em hospitais é o alto nível de absenteísmo, principalmente na



assistência, por que é indispensável cobrir as ausências de pessoal. Uma das alternativas é pagar o Adicional de Hora Plantão. Mas, os profissionais se sobrecarregam e acabam adoecendo também.

O maior desafio em termos de gestão de pessoas tem sido gerenciar o alto índice de absenteísmo na estrutura hospitalar que chega hoje a níveis absurdos de 20%, quando o aceitável é em torno de 3%. Então, esse é um desafio muito grande tu conseguireis trabalhar com essa perspectiva de absenteísmo que tem sido uma constante no gerenciamento. Também tivemos no decorrer dos últimos anos alguns ganhos trabalhistas, como por exemplo a licença gestação de 6 meses, mas não houve um acompanhamento de previsão de dimensionamento para cobrir isso, bem como do acompanhamento familiar do doente e da gestante ter que se afastar da assistência. Então tudo isso veio em benefício do trabalhador, mas não houve uma revisão dos cálculos de pessoal necessário para essas situações (ENTREVISTADO 4).

A APH, hora plantão, que no começo todos queriam fazer, por que tem uma remuneração considerável, só que as pessoas têm limite físico e aí os trabalhadores que ficaram, ficaram sobrecarregados e começaram a ficar doente. Nós chegamos a 24% de afastamentos temporários. Com esses afastamentos temporários e por longa duração, foi sobrecarregando e entramos num círculo vicioso, quanto mais gente sai, os que ficam trabalham mais e ficam doentes (ENTREVISTADO 7).

Estas falas confirmam a posição de Martinato et al (2010), que entendem que o absenteísmo na equipe de enfermagem é um fator preocupante por que sobrecarrega e exige um ritmo de trabalho mais acelerado aos demais integrantes da equipe, podendo prejudicar a saúde do trabalhador, ocasionando o desgaste psíquico e físico.

De acordo com o entrevistado 3, os serviços são muito fragmentados, cada um trabalha no seu espaço. É necessário que os profissionais respeitem a regulação e se integrem a instituição,

entendendo a visão e a política da Instituição e cumprindo a missão da Instituição.

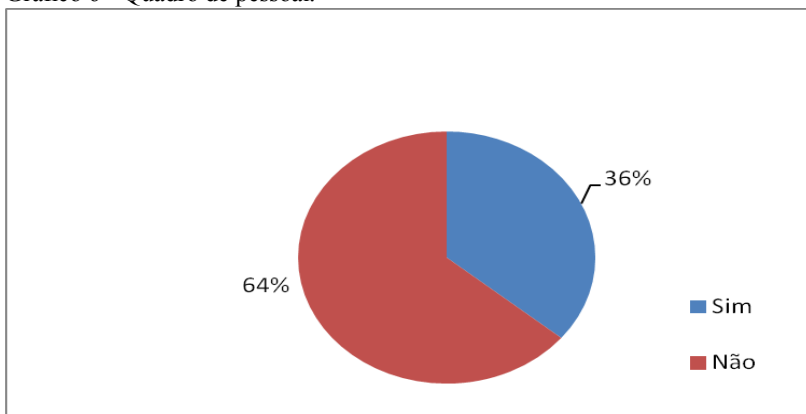
Gestão de pessoas é muito complexo. Nós temos um hospital com uma herança cultural antiga, da forma de trabalho antiga. As pessoas vêm com uma mentalidade ainda voltada para uma assistência ainda que não está vinculada a rede, que não respeita fluxos, que não respeita regulação. E nós estamos nesse processo de mudar o modo de assistência. Nós temos que profissionalizar o hospital, tem que fazer ele funcionar dentro dos moldes da regulação, ser inserido na rede, fazer referência e contra referência. [...] Com relação também a gestão de pessoas, eu acho que aqui dentro do HU, os serviços são muito fragmentados, cada um trabalha no seu espaço, no seu nicho, não existe uma visão única de instituição, de política da instituição, da visão e da missão da instituição. [...] Os servidores da diretoria de administração e da enfermagem são mais vinculados a vida da instituição. Os médicos são mais desvinculados (ENTREVISTADO 3).

Após as entrevistas, a pesquisadora encaminhou questionário às chefias do HU/UFSC vinculados à Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar (Apêndice C); Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Medicina (Apêndice D).

b) Percepção das chefias do HU/UFSC vinculadas à Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar; Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Medicina.

O gráfico 6 apresenta a opinião das chefias do HU/UFSC vinculadas à Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, com relação ao quantitativo do quadro de pessoal no HU/UFSC.

Gráfico 6 - Quadro de pessoal.



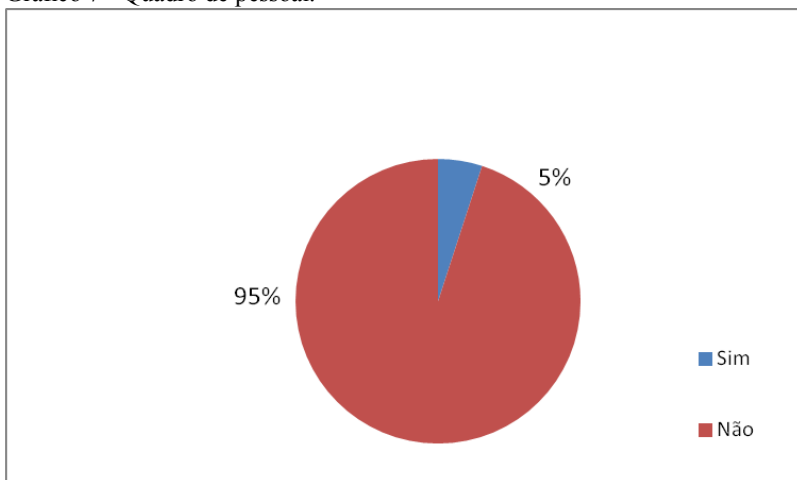
Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 16 (64%) das chefias vinculadas a Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar afirmam que o setor não possui quadro de pessoal suficiente e 9 (36%) das chefias afirmam que o setor possui quadro de pessoal suficiente.

Os respondentes informaram que o setor em que atuam precisa de um total de 56 funcionários.

O gráfico 7 apresenta a opinião das chefias do HU/UFSC vinculadas à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina, com relação ao quantitativo do quadro de pessoal no HU/UFSC.

Gráfico 7 - Quadro de pessoal.



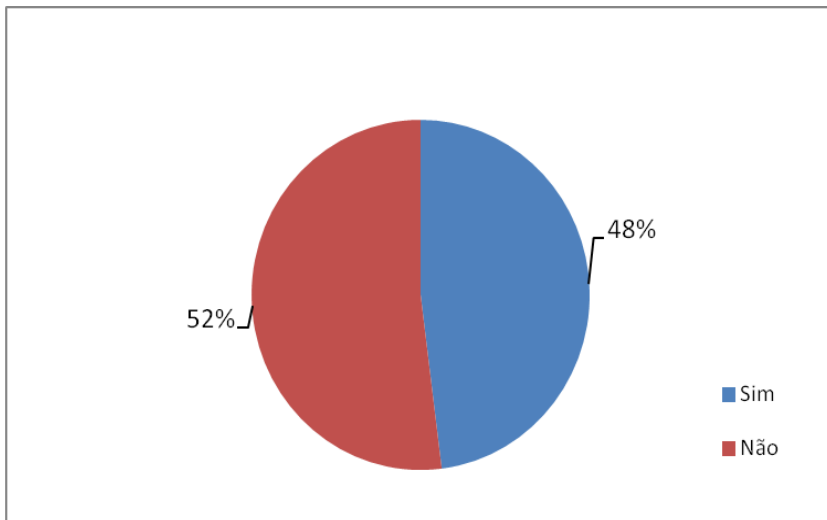
Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 19 (95%) das chefias da Diretoria de Medicina e Enfermagem afirmam que o quadro de pessoal é insuficiente no setor em que atuam; 1 (5%) possuem quadro de pessoal suficiente.

Os respondentes afirmaram que o quantitativo necessário de pessoal é 68 médicos; 13 enfermeiros; 38 técnicos de enfermagem e 2 administrativos.

O gráfico 8 apresenta a opinião das chefias vinculadas a Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, se o setor em que atuam possui trabalhadores fundacionais.

Gráfico 8 - Trabalhadores fundacionais.



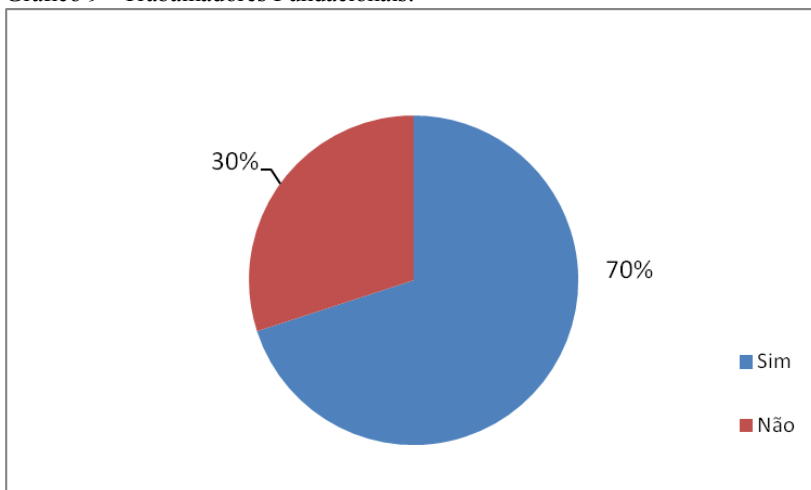
Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 13 (52%) das chefias vinculadas a Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar afirmaram que o setor em que atuam não possui funcionários fundacionais, 12 (48%) afirmam que o setor possui.

Os respondentes que afirmaram que o setor possui funcionários Fapeu, contam com 38 contratados no setor.

O gráfico 9 apresenta a opinião das chefias vinculadas a Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina, se o setor em que atuam possui trabalhadores fundacionais.

Gráfico 9 - Trabalhadores Fundacionais.



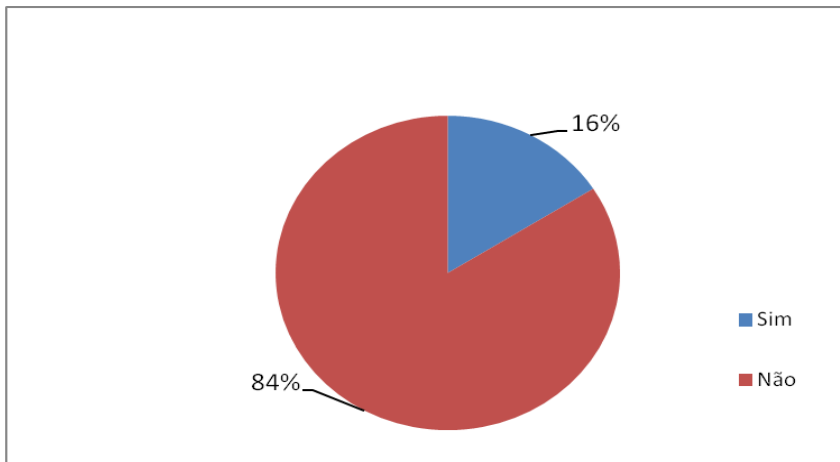
Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 14 (70%) das chefias da Diretoria de Medicina e Enfermagem afirmam que o setor possui funcionários contratados via FAPEU, 6 (30%) afirmaram que o setor não possui.

Os respondentes informaram que o setor possui 53 contratados via Fapeu.

O gráfico 10 apresenta a opinião das chefias vinculadas a Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, se o setor em que atuam o sofreu prejuízo com a demissão dos contratados via FAPEU.

Gráfico 10 - Demissão dos fundacionais



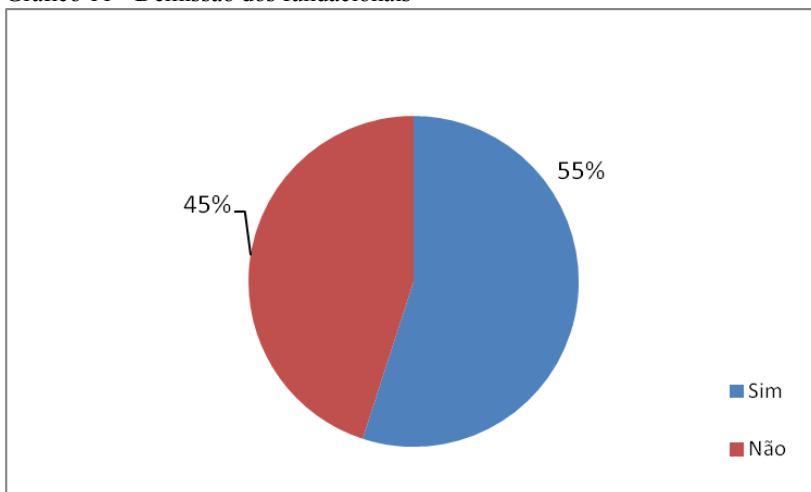
Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 21 (84%) das chefias vinculadas a Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar afirmam que o setor em que atuam não sofreu prejuízo em relação a demissão dos contratados via FAPEU, e 4 (16%) afirmam que o setor sofreu prejuízo.

Os motivos apresentados foram dificuldade para cobrir plantões e diminuição da produtividade.

O gráfico 11 apresenta a opinião das chefias vinculadas a Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina, se o setor em que atuam o sofreu prejuízo com a demissão dos contratados via FAPEU.

Gráfico 11 - Demissão dos fundacionais



Fonte: Dados primários (2016).

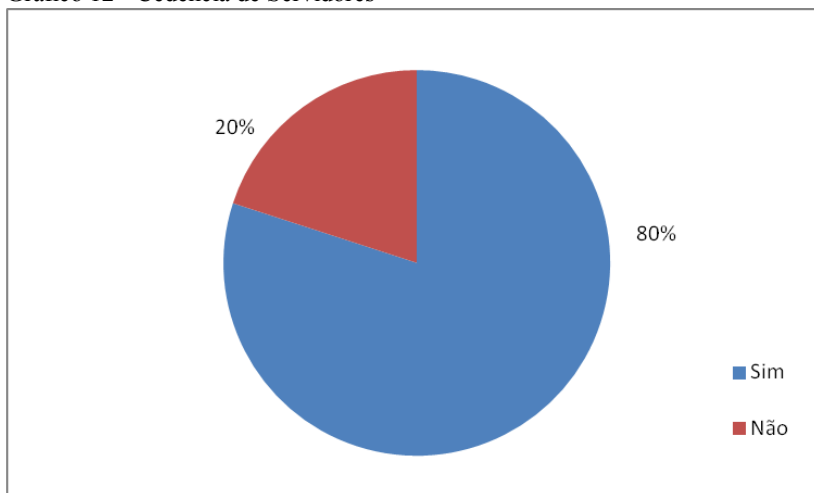
Dos respondentes, 11 (55%) das chefias da Diretoria de Medicina e Enfermagem afirmam que o setor em que atuam sofreu prejuízo com as demissões dos contratados via FAPEU; 9 (45%) afirmam que o setor não sofreu prejuízo.

Os motivos apresentados em que o setor sofreu prejuízo foram: dificuldade para fechar a escala de plantão e não haver reposição dos demitidos.

O gráfico 12 apresenta a opinião das chefias vinculadas à Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, se os servidores regidos pelo Regime Jurídico Único devem ser consultados a respeito da sua manutenção no HU/UFSC sob gestão da EBSEH.



Gráfico 12 - Cedência de Servidores

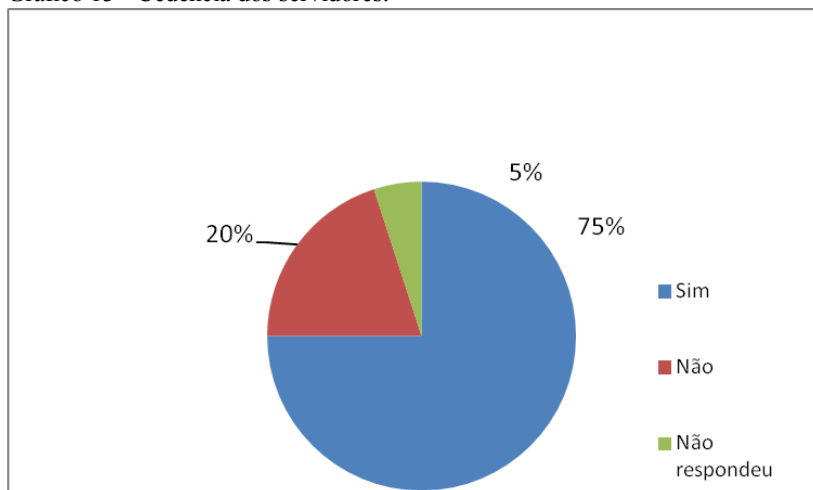


Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 20 (80%) das chefias vinculadas a Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar afirmam que os servidores regidos pelo Regime Jurídico Único devem ser consultados a respeito da sua manutenção no HU/UFSC sob gestão da EBSERH; 5 (20%) afirmam que os servidores não devem ser consultados.

O gráfico 13 apresenta a opinião das chefias vinculadas à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina, se os servidores regidos pelo Regime Jurídico Único devem ser consultados a respeito da sua manutenção no HU/UFSC sob gestão da EBSERH.

Gráfico 13 - Cedência dos servidores.

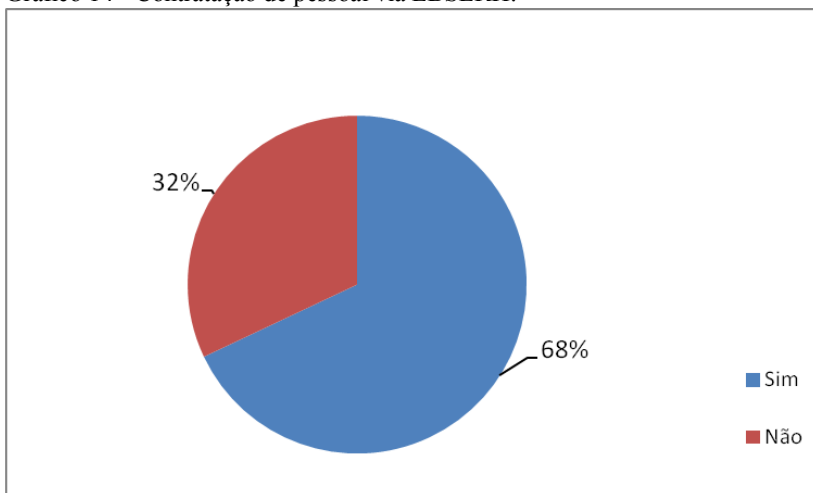


Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 15 (75%) das chefias da Diretoria de Medicina e Enfermagem afirmam que os servidores regidos pelo Regime Jurídico Único deveriam ser consultados a respeito da sua manutenção no HU/UFSC sob gestão da EBSEH; 4 (20%) entendem que os servidores não devem ser consultados e 1 (5%) não respondeu.

O gráfico 14 apresenta a opinião das chefias vinculadas à Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, se as contratações via EBSEH não ocorrerem no exercício de 2016, o setor em que atuam terá dificuldades.

Gráfico 14 - Contratação de pessoal via EBSEH.



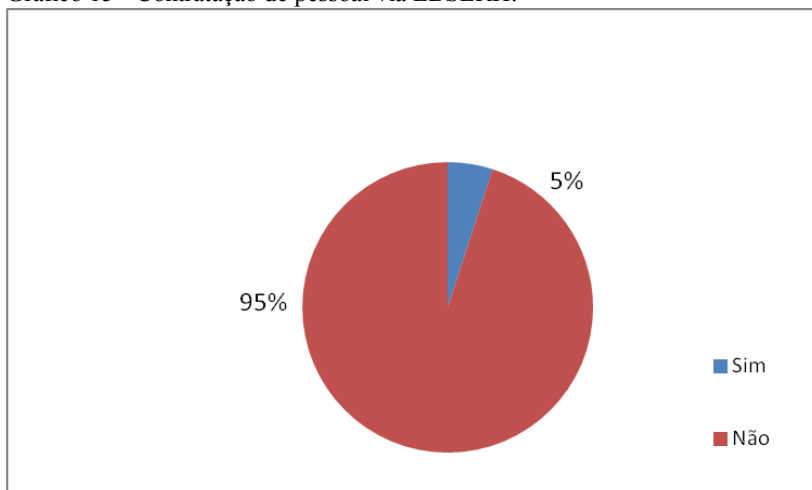
Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 17 (68%) das chefias vinculadas à Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar afirmam que se as contratações via EBSEH não ocorrerem no exercício de 2016, o setor em que atuam terá dificuldades, 8 (32%) afirmam que o setor não terá dificuldades.

Os motivos apresentados pelas chefias, caso não ocorrer concurso em 2016, foram: dificuldade de fechar escalas de plantão; haverá lentificação do serviço e não reposição dos servidores que estarão se aposentando.

O gráfico 15 apresenta a opinião das chefias vinculadas à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina, se as contratações via EBSEH não ocorrerem no exercício de 2016, o setor em que atuam terá dificuldades.

Gráfico 15 - Contratação de pessoal via EBSEH.

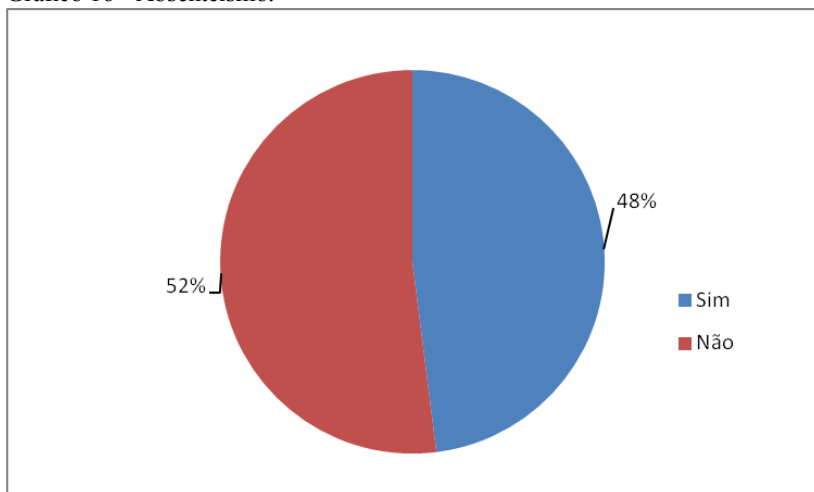


Dos respondentes, 19 (95%) das chefias do HU/UFSC dos setores vinculados à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina afirmam que se as contratações via EBSEH não ocorrerem no exercício de 2016, o setor em que atuam terá dificuldades; 1 (5%) acreditam que o setor não terá dificuldades.

Os motivos apresentados, caso não ocorrer concurso em 2016, foram dificuldade para cobrir os plantões; redução de leitos; não ampliação de atendimentos; trabalhadores cansados e doentes.

O gráfico 16 apresenta a opinião das chefias vinculadas a Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, se o absenteísmo é um fator preocupante no setor em que atuam.

Gráfico 16 - Absenteísmo.

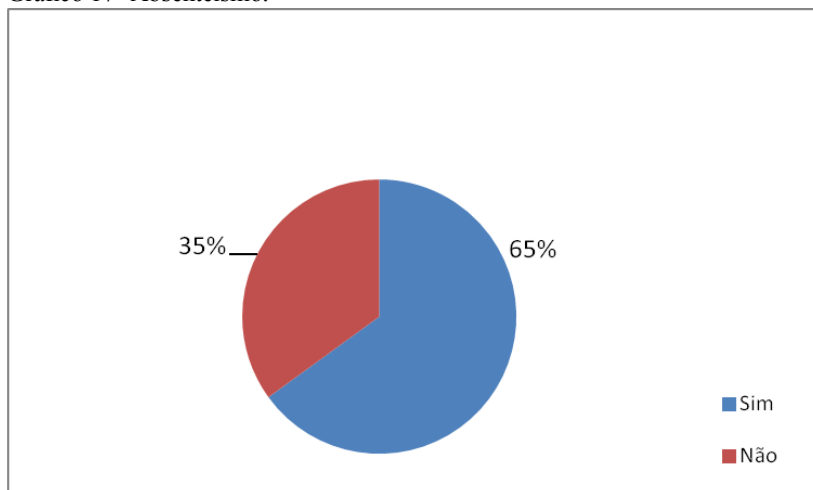


Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 13 (52%) das chefias vinculadas a Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar afirmam que o absenteísmo não é um fator preocupante no setor em que atuam, 12 (48%) afirmam que o absenteísmo é um fator preocupante. O motivo apresentado é que o absenteísmo sobrecarrega os demais funcionários.

O gráfico 17 apresenta a opinião das chefias vinculadas à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina, se o absenteísmo é um fator preocupante no setor em que atuam.

Gráfico 17- Absenteísmo.



Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 13 (65%) das chefias da Diretoria de Medicina e Enfermagem afirmam que o absenteísmo é um fator preocupante no setor em que atuam, 7 (35%) afirmam que não é preocupante. Os motivos apontados foram: sobrecarga de trabalho; necessidade de reagendar os pacientes; dificuldades nas escalas.

c) Conclusão dos Desafios da Gestão de Pessoas do HU/UFSC, após a criação da EBSERH.

A partir das entrevistas com os gestores da Direção Geral do HU/UFSC e questionários respondidos pelas chefias do HU/UFSC vinculados a Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar concluiu-se que o HU/UFSC é uma instituição complexa, devido a diversidade de serviços que possui; dificuldade de implantar Procedimentos Operacionais (POs), por que cada profissional acredita que a sua maneira de realizar o procedimento é a melhor; existe conflito entre os indivíduos que tem conhecimento técnico e as chefias, quanto mais especialista for o profissional, mais ele tem poder perante a equipe e os gestores da Direção Geral são vistos como controladores, que só fazem normas.

Bonacim e Araujo (2011) explicam que os profissionais que trabalham no ambiente hospitalar, principalmente da área da assistência,

geralmente não se consideram parte da equipe, por que o hospital é um lugar para exercer, simplesmente, suas habilidades, desta forma não criam uma identidade com o hospital. E esta postura acaba criando conflitos entre os profissionais e o administrador, que tem o poder instituído.

Com relação ao quadro de pessoal, o Governo repôs o quantitativo de servidores aposentados, exceto os códigos de vagas de cargos extintos. A contratação não corresponde as necessidades dos serviços, principalmente na área da assistência, por esta razão que o HU/UFSC mantém os contratados via FAPEU.

Com a demissão dos trabalhadores contratados via Fundação de Apoio, ocorrerá a perda de conhecimento tácito, adquirido pelo tempo de trabalho.

Das chefias que responderam o questionário, foi informado que na totalidade há 91 contratados via FAPEU, e a maioria das chefias da enfermagem e medicina afirmaram que o setor sofreu prejuízo na demissão dos funcionários, devido às escalas de trabalho e sobrecarga de pessoal.

A contratação de trabalhadores temporários, conforme prevê a Lei n.º 8745, de 9 de dezembro de 1993, não tem sido autorizada pelo Governo Federal. Dessa forma, as vagas dos servidores em licença para tratamento de saúde, licença gestação e outras licenças não tem sido repostas, bem como, as vagas dos aposentados que não podem ser substituídas até que seja realizado concurso público (HU/UFSC).

Ainda, algumas categorias não estão sendo repostas, porque são cargos extintos ou não atendem mais o perfil institucional. Um dos exemplos é o auxiliar de enfermagem que a gestão atual conseguiu transformar em auxiliar administrativo.

A manutenção dos trabalhadores contratados via Fundação de Apoio é indispensável, caso sejam demitidos, há necessidade de substituição imediata.

O HU/UFSC aderiu à gestão da EBSEH, portanto depende que a EBSEH realize concurso público.

A ampla maioria das chefias afirmam que os servidores deveriam ser consultados a respeito da sua manutenção no HU/UFSC sob gestão da EBSEH.

O Tribunal de Contas da União, por meio do TC 032.519/2014-1, determinou que, no contrato entre a EBSEH e os Hospitais Universitários, conste cláusula que exija que a Instituição contratante formalize a cessão de servidores estatutários atuantes no hospital universitário tão logo inicie a vigência do contrato (TCU, 2015).

Com relação ao absenteísmo, segundo o entrevistado 4, o absenteísmo na estrutura hospitalar chega a 20%, quando a média de outras instituições é de 3%.

O alto nível de absenteísmo, principalmente, na área da assistência, faz com que o HU/UFSC tenha que pagar Adicional por Plantão Hospitalar (APH), para cobrir as escalas de trabalho, que sobrecarrega os servidores, e acabam adoecendo.

Bem como aponta Martinato et al (2010), dizendo que o absenteísmo na equipe de enfermagem prejudica a saúde do trabalhador, ocasionando o desgaste psíquico e físico.

Os principais tipos de afastamentos ocorridos no HU/UFSC, de janeiro a setembro de 2014, foram: licença tratamento de saúde, doença pessoa na família, atestado médico (23778 dias de afastamento); licença para adoção e licença maternidade (4508 dias de afastamento); faltas injustificadas (635 dias de afastamento); licença casamento, licença paternidade e licença nojo (327 dias de afastamento) (ADRH/2014).

O quadro 27 apresenta os Desafios da Gestão de Pessoas, de acordo com os fatores de análise.

Quadro 27 - Desafios da Gestão de Pessoas do HU/UFSC.

<b>Fatores de Análise</b>	<b>Desafios da Gestão de Pessoas do HU/UFSC</b>
contratação de pessoal; cedência de pessoal; absenteísmo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Governo Federal não autorizou concursos para atender a demanda;</li> <li>- Quantitativo de servidores insuficiente;</li> <li>- Morosidade na contratação de pessoal, por meio da Lei 8.112;</li> <li>- Dificuldade de Implantar Procedimentos Operacionais (POPs);</li> <li>- Perda do conhecimento tácito com a demissão dos trabalhadores contratados via Fundação de Apoio e se não forem substituídos pelos funcionários contratados via EBSERH, haverá prejuízo no setor, com a redução de leitos, não aumento de serviços e lentificação no serviço;</li> <li>- Alto nível de absenteísmo na equipe de assistência;</li> <li>- Pagamento da APH, para manter a força de trabalho.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora (2016).



### 4.3.3 Desafios da Gestão Orçamentária do HU/UFSC, após a criação da EBSEH

O HU/UFSC é um hospital integrado à rede SUS, o relacionamento com o SUS ocorre por meio da contratualização entre a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES) e a Universidade Federal de Santa Catarina. Neste contrato, são definidos os recursos financeiros e a destinação dos leitos de UTI (HU/UFSC).

Com relação à situação financeira do HU/UFSC, a receita é oriunda da contratualização com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, sendo a produção da média complexidade com parcela fixa, e da alta complexidade com parcela variável; recursos provenientes do REHUF, de competência da EBSEH e dotação orçamentária da Lei de Orçamento Anual (LOA) (HU/UFSC).

A rubrica de pessoal e encargos sociais é para pagamento dos servidores permanentes; a rubrica de custeio é empenhada para pagamento dos contratos terceirizados, materiais utilizados pelo HU/UFSC e pagamento dos trabalhadores contratados via FAPEU; e a rubrica de investimento é utilizada para ampliação da área física e aquisição de bens permanentes (HU/UFSC).

Convém mencionar que o relator do processo n.º 23080.061734/2015-11, que trata da adesão do HU/UFSC à EBSEH (PARECER..., 2015), apresentou as origens das receitas do HU/UFSC e os déficits, vide quadros 28 e 29:

Quadro 28: Origem das receitas do HU.

<b>Origem das receitas do HU - 2015 Recurso</b>	Valor (R\$ milhões)	Participação (%)
Receita Pré-fixada	28,4	64,8%
Receita Pos-fixada	9,9	22,6%
REHUF	4,5	10,3%
SES	1,0	2,3%
Total	43,8	100%

Fonte: Adaptado de PARECER RELATOR PROCESSO N.º 23080.061734/2015-11, 2015.

No quadro 29, apresentam-se as receitas gerais, despesas totais e déficit.

Quadro 29: Receitas gerais, despesas totais e déficit do HU/UFSC.

<b>EXERCÍCIO</b>	<b>DESPESAS TOTAIS</b>	<b>ESTIMATIVA DE RECURSOS PARA PROVER OUTRAS DEMANDAS NO ANO</b>	<b>DEFICIT PREVISTO</b>
2011	R\$ 49.550.072,01		R\$15.000.000,00
2012	R\$ 51.048.039,51		R\$15.000.000,00
2013	R\$ 49.693.719,38		R\$15.000.000,00
2014	R\$ 52.219.296,63		R\$15.000.000,00
2015*	R\$ 47.920.000,00	R\$15.000.000,00	R\$ 4.140.000,00

Fonte: Adaptado de PARECER RELATOR PROCESSO N.º 23080.061734/2015-11, 2015.

Desde 2011, o HU/UFSC apresenta déficit financeiro. Além disso, o relator apontou que os recursos para cobrir as despesas com o pagamento dos contratados via fundação de apoio não estava sendo repassada pelo Governo Federal, suspeitando que “a Ebserh os utiliza para pressionar pela adesão ou refletem a situação fiscal do próprio governo” (PARECER RELATOR PROCESSO N.º 23080.061734/2015-11).

Sobre desafios da gestão orçamentária, foi questionado acerca de recursos de custeio e investimento no HU/UFSC.

Primeiramente, foram entrevistados os gestores da Direção Geral do HU/UFSC.

a) Percepção da Direção Geral do HU, com relação aos desafios da gestão orçamentária do HU/UFSC

O HU/UFSC possui convênio com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), denominado contratualização, que determina os valores das consultas e procedimentos aos Hospitais que atendem o Sistema Único de Saúde.

Para o entrevistado 1, a defasagem financeira ocorre por que a tabela SUS não é reajustada anualmente, há uma grande diferença do custo das consultas e procedimentos do HU/UFSC e do que é pago pela SES, ou seja, os valores dos custos não são compatíveis com os valores recebidos. O entrevistado 1 afirma que esta situação não é um problema setorial do HU/UFSC, é um problema de subfinanciamento do setor de saúde do país. E sugere que uma das formas de reduzir os custos, é por

meio do sistema de gestão do desperdício, cortar custos onde é possível e usar os recursos com responsabilidade.

O HU sofre na gestão orçamentária, de ponto de vista prático. A contratualização do HU é uma lei e a lei prevê todos os mecanismos que eu tenho que cumprir, mas a lei não prevê reajuste contratual. Nós temos os reajustes dos terceirizados, dos medicamentos, mas há 8 anos que recebemos 13 reais por consulta. O custo da consulta está em 33 reais, mas nós recebemos 13 reais. Nós temos contratualizado 6.800 consultas. Nós fazemos 13.000. O estado quer que façamos mais consulta, mas não tem dinheiro para pagar pelas consultas. É de conhecimento de todos que a tabela SUS está altamente defasada. Os outros hospitais não atendem mais SUS, e só atendem quem paga o custo que eles têm, alguns até não atendem convênios que não cobrem seus custos. Mas nós somos um hospital 100% SUS, então temos que atender ao SUS e temos que nos sujeitar aos preços que o SUS determina e aos valores que o gestor SUS, no caso, a Secretaria de Saúde, diz que pode pagar. [...] uma consulta, uma cirurgia, é inferior aquilo que o Sistema te paga. Então, os mecanismos que você tem para driblar a crise lá fora, que é um fator importante hoje, é a redução dos custos, por meio de um sistema de gestão do desperdício [...].Então o grande desafio da gestão financeira, tem haver com o financiamento de saúde no país como um todo, ou seja, não é um problema setorial do HU, é um problema de subfinanciamento do setor de saúde do país, você precisa melhorar os processos de gestão para diminuir os desperdícios, e é sempre um desafio, e cabe a uma boa gestão trabalhar com os cortes diariamente, naquilo que ela pode cortar. Até por que no setor público isso é fundamental, você tem que usar o recurso público da melhor maneira possível (ENTREVISTADO 1).

De acordo com os entrevistados 2 e 4, em 2015, o orçamento estava limitado ao custeio. Faltou recurso para manutenção do

tomógrafo. Foram reduzidos os contratos terceirizados. E teve pouco investimento em aquisição de equipamentos e inovação tecnológica.

Os principais desafios são a falta de orçamento para atender as demandas essenciais e integrais do hospital. Nos últimos anos o hospital tem tido orçamento praticamente limitado ao custeio. No ano de 2015, por exemplo, o hospital teve que se readequar, reduzir os contratos terceirizados, limitando os recursos orçamentários disponíveis a demanda possível para manter a Instituição aberta. Nos últimos anos o hospital conseguiu investir muito pouco em inovação tecnológica e aquisição de equipamentos novos. Até tivemos dificuldade em manter o arsenal de equipamentos que temos disponíveis por que faltou recurso, inclusive, para manutenção de equipamentos importantes para o hospital, como por exemplo, o tomógrafo (ENTREVISTADO 2).

Em termos de materiais, eu acho que até conseguimos mesmo com bastante dificuldade manter o padrão adequado. Agora em termos de equipamentos e da estrutura física, de reparo, de melhorias na estrutura física, é o que não acompanha a necessidade por que não se tem dinheiro para investir. E existe um desgaste muito grande da estrutura por que é um lugar onde circula 5.000 pessoas por dia. Eu entendo que um dos grandes desafios do HU tem sido a questão de trabalhar com financiamento baixo, numa realidade que os preços se modificam a cada momento. Esse é um desafio que temos que trabalhar sempre, com pouco recurso e com uma pressão muito grande por atendimento, por internação, por cuidados. Acompanhar a evolução tecnológica com poucos recursos é outro desafio. Nós temos uma defasagem na questão do desenvolvimento tecnológico que com recursos podemos assumir (ENTREVISTADO 4).

Para o entrevistado 3, uma forma de melhorar o faturamento do hospital é aumentar a produtividade em alta complexidade, embora o custo seja maior do que pequena e média complexidade.

Hoje a nossa receita é pequena, que não cresce há muito tempo por conta da nossa contratualização ser feita com valores abaixo do custo dos procedimentos, a tabela SUS é uma tabela fora da realidade prática. Então, o hospital recebe por procedimentos, valores que são muito abaixo do que realmente custa, e isso, com certeza, desequilibra o orçamento. Do ponto de vista de gestão orçamentária, na minha área o que pode ser feito é aumentar a produtividade de alta complexidade, que é o que melhora o faturamento do hospital. Assim, já atingimos a meta da média complexidade e tentaremos aumentar a produção na alta complexidade, que é o que pode fazer a diferença. Embora, a alta complexidade tenha um custo muito maior (ENTREVISTADO 3).

Segundo o entrevistado 5, o Hospital Universitário, também recebe recursos REHUF, repassados pela EBSEH. Com relação a contratualização com a SES, as metas pactuadas são de 2011, e não houve aumento da tabela SUS. Um dos procedimentos de alta complexidade é o procedimento endovascular, que utiliza endopróteses. O SUS permite a utilização de um quantitativo de endoprótese, mas em algumas situações somente no momento da cirurgia, o médico verifica que precisa aumentar o quantitativo de endopróteses. Pelo fato do HU/UFSC ser habilitado e, ser um hospital de ensino, precisa realizar esses procedimentos para ensinar os residentes da endovascular.

Os recursos do HU vem da contratualização e dos recursos REHUF. Com relação a contratualização, nós estamos com as metas pactuadas de 2011. Então, não tivemos nenhum implemento de contratualização, por conta que não tivemos capacidade aumentada. [...] além do reajuste da tabela SUS que é eminente, que precisa acontecer, nós temos alguns procedimentos de alta complexidade, que a gente está negociando com o gestor para pagamento da diferença devido ao custo elevado. No caso da endovascular, normalmente o SUS permite um quantitativo de endopróteses, mas muitas vezes quando o médico vai realizar o procedimento, o paciente precisa de muito mais. Daí, o médico simplesmente utiliza as próteses. E essa diferença que estamos tentando

negociar com o gestor, e isso é bastante difícil por que são procedimentos de alto custo. Então, apesar de termos algumas habilitações, a tabela SUS não nos permite realizar esses procedimentos. Não é por que a gente quer fazer para atender a demanda da comunidade, na verdade, nós temos residências nessas áreas, nós somos um hospital de ensino. Então, ou mantemos uma residência de qualidade ou de fato começamos a fechar as residências. Então, a nossa capacidade instalada está tendo um reflexo sobre as residências também. Por exemplo, não adianta ter uma residência em endovascular, sem poder oferecer todos os procedimentos. [...] todo dinheiro do HU, nós estamos utilizando, basicamente, para custeio. Não que obra não seja custeio, mas, basicamente, utilizamos para materiais de assistência e para compra de algum equipamento essencial que a gente precisa adquirir (ENTREVISTADO 5).

Segundo o entrevistado 8, as metas pactuadas com o gestor SUS não foram alcançadas pela falta de pessoal. E consecutivamente, a regulação não funciona bem por que precisa dos serviços funcionando normalmente.

Eu sei que não conseguimos atingir algumas metas da pactuação por falta de pessoal e isso impacta na capacidade de recebermos dinheiro, por que nos pactuamos, faz parte dessa regulação como média e alta complexidade, mas não entregamos tudo o que foi contratado, em virtude da falta de pessoas, das áreas fechadas, conseqüentemente você faz menos serviço, e você tem menos consulta e faz menos cirurgia. Então me parece que se a regulação não está funcionando perfeitamente são por esses problemas e não por que o HU não quer que a regulação aconteça. No começo foi difícil a regulação, mas agora entendemos a importância dela e a importância do HU no contexto da saúde do Município e do Estado (ENTREVISTADO 8).

Bem como apontado pelos entrevistados 1; 2; 3; 4 ; 5 e 8 acerca da relação da tabela do SUS e a defasagem financeira do hospital,

Cunha; Campos (2011); Bonacim; Araujo (2011) explicam que na contratualização é estabelecido o número de consultas e de procedimentos que o hospital tem como meta, em contrapartida recebem do SUS, valores baseados em tabela, independente do tempo de permanência do paciente.

Para o entrevistado 6, a adesão à EBSEH foi colocada pelo Governo Federal como uma possibilidade de escolha, mas os recursos foram destinados somente às Instituições que optaram por aderir. Desta forma, O HU/UFSC teve uma degradação do parque tecnológico e estrutura física por falta de recursos.

E todo esse projeto que quisemos fazer quando fizemos o nosso planejamento estratégico de ser um hospital que desse conta da alta complexidade, foi se perdendo ao longo desse tempo, por que houve uma política de Estado que resolveu dar uma outra formatação na estrutura organizacional dos Hospitais de Ensino. Como uma proposta, a princípio, democrática de escolha, que todas as Universidades e hospitais pudessem escolher a sua forma de gestão, o que não foi uma verdade, por que na verdade, eles impuseram sem dizer o que estavam nos expondo a uma situação de penúria, ou seja, você pode decidir se quer ou não quer, porém os recursos serão destinados para as Instituições que optarem a seguir as políticas do Estado. Então, dentro desse quadro houve uma degradação do nosso parque tecnológico e toda nossa estrutura organizacional não conseguiu dar conta das demandas que continuaram existindo, de mais recursos, de mais equipamentos, de mais tecnologia, de mais dinamismo, por que a estrutura organizacional não conseguiu dar conta dessas questões também. [...]se eu não tenho recurso para custeio, recurso para equipamentos, materiais permanentes e eu não tenho como contratar, eu não tenho gestão, e se eu não tenho gestão, eu estou engessada completamente para poder atender uma demanda. [...] A parte documental assegura claramente que o nosso modelo de gestão muda, porém o objetivo institucional não. A previsão é que se tenha mais eficácia, mais eficiência, que se tenha mais cuidado com o direito público, com o dinheiro

público. Gasto com mais responsabilidade, eu não posso usar e me respaldar por ser um Hospital de Ensino, eu tenho que me preocupar com o custo da saúde, eu tenho que ensinar o aluno a respeitar o dinheiro público também. Eu tenho que fazer com a máxima eficácia e eficiência, é um compromisso com a nação (ENTREVISTADO 6)

Para o entrevistado 6, houve pressão do governo para que os Hospitais Universitários aderissem à EBSEERH, tendo em vista que os recursos foram destinados somente às Instituições que optaram por aderir. Teixeira (2015) afirma que o repasse de recursos do Governo Federal, foi a razão de muitos hospitais terem aderido à EBSEERH

De acordo com o entrevistado 7, além das despesas com suprimentos, o hospital paga todos os contratos terceirizados e a folha de funcionários contratados via FAPEU, com recursos do próprio hospital. Então, não há um equilíbrio financeiro.

O hospital gasta mais do que arrecada, hoje não temos um equilíbrio das contas, por que além de todos os suprimentos para ele funcionar, nós pagamos todos os contratos terceirizados com recursos do hospital e nós pagamos a folha Fapeu. [...] um dos motivos pelo qual não conseguimos suportar a folha Fapeu é por que o nosso orçamento não aumenta, é o mesmo há 5 anos, os contratos terceirizados e insumos hospitalares sobem mais do que a inflação. Nós somos referência em diversas patologias e isso implica em medicamento de alto custo. Além disso, os procedimentos de alta complexidade estão muito caros. Por exemplo, para fazer uma CPRE o SUS paga ao HU R\$ 2.700,00. Antes a CPRE usava uma prótese de R\$ 500,00 que era de plástico, hoje usamos a metálica que custa R\$ 2.470,00, esse procedimento todo, anestesia, a hora do profissional e prótese sai por volta de R\$ 6.000,00. Se não houver reajuste da tabela, reajuste dos procedimentos de média e alta complexidade, nós vamos quebrar. O setor público não visa lucro, mas tem que visar equilíbrio financeiro (ENTREVISTADO 7).

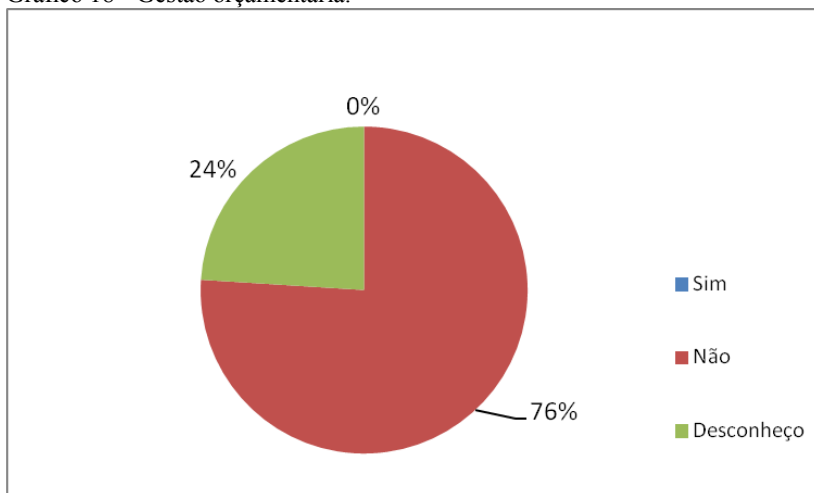


Após as entrevistas, a pesquisadora encaminhou questionário às chefias do HU/UFSC vinculados a Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar; Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Medicina.

a) Percepção das chefias do HU/UFSC vinculadas à Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar; Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Medicina.

O gráfico 18 apresenta a opinião das chefias vinculadas à Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, se o orçamento recebido pelo HU/UFSC é suficiente para as despesas de custeio e investimento.

Gráfico 18 - Gestão orçamentária.



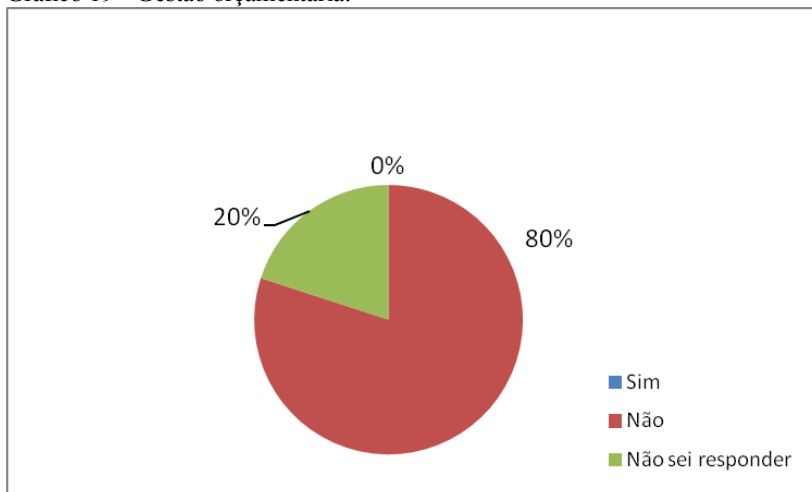
Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 19 (76%) das chefias do HU/UFSC dos setores vinculados à Diretoria Geral, Diretoria de Administração, Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar afirmam que o orçamento recebido pelo HU/UFSC não é suficiente para as despesas de custeio e investimento, 6 (24%) desconhecem acerca do orçamento do HU/UFSC.

O gráfico 19 apresenta a opinião das chefias vinculadas à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina, se o orçamento

recebido pelo HU/UFSC é suficiente para as despesas de custeio e investimento.

Gráfico 19 - Gestão orçamentária.



Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 16 (80%) das chefias do HU/UFSC dos setores vinculados à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina afirmam que o orçamento recebido pelo HU/UFSC não é suficiente para as despesas de custeio e investimento, 4 (20%) desconhecem acerca do orçamento do HU/UFSC.

c) Conclusão dos Desafios da Gestão Orçamentária do HU/UFSC, após a criação da EBSEH

A partir das entrevistas com os gestores da Direção Geral do HU/UFSC e questionários respondidos pelas chefias do HU/UFSC vinculados a Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar concluiu-se que o HU/UFSC recebe recursos por meio da contratualização e recursos Rehuf. Os recursos são inferiores a demanda de despesas do hospital por que a tabela SUS está desatualizada, a meta de pactuação do HU/UFSC com a SES não é cumprida pela falta de pessoal e em contrapartida os insumos e procedimentos de alta complexidade são caros.

Bem como explica Cunha; Campos (2011); Bonacim; Araujo (2011), na contratualização é levado em conta o número de consultas e de procedimentos e o reembolso é baseado a partir da tabela pré-definida com preço para cada procedimento, independente do tempo de permanência no hospital ou custos com o paciente.

Também faltam equipamentos e investimento em tecnologia. Os contratos de serviços terceirizados e a folha de pagamento dos trabalhadores via fundação de apoio é paga pelo hospital, onerando mais o hospital. Nenhuma das 67 chefias entrevistadas afirmou que os recursos são suficientes para custeio e investimento.

No quadro 30, apresentam-se os Desafios da Gestão Orçamentária do HU/UFSC, de acordo com o fator de análise proposto.

Quadro 30 - Desafios da Gestão Orçamentária do HU/UFSC.

<b>Fator de Análise</b>	<b>Desafios da Gestão Orçamentária do HU/UFSC</b>
Contratualização com os gestor SUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampla maioria informou que faltam recursos para custeio e investimento;</li> <li>- as metas pactuadas com o gestor SUS não são alcançadas pela falta de pessoal;</li> <li>- melhorar o faturamento do hospital com o aumento da produtividade em alta complexidade.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

#### **4.3.4 Desafios da Gestão do Ensino, da Pesquisa e da Extensão do HU/UFSC, após a criação da EBSERH**

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) tem como objetivo ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde. Desta forma, organiza e desenvolve assistência voltada às atividades de ensino, pesquisa e extensão conjuntamente com os Departamentos de Ensino (REGIMENTO, 2012).

Portanto, por ser um campo de ensino, o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago atende os Cursos de Graduação na Área da Saúde, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo: Medicina, Enfermagem, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Análises Clínicas e Odontologia; Curso de Graduação em Serviço Social, do Centro Sócio Econômico e Psicologia, do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, também da Universidade Federal de Santa Catarina. E possui Residência Médica e

Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde iniciou em março de 2010 e conta com três áreas de concentração: Atenção à saúde da mulher e da criança, Atenção em urgência e emergência e Atenção em alta complexidade.

Segundo o Estatuto da UFSC, o HU/UFSC, por ser um órgão suplementar, tem a função de melhorar o desempenho da Universidade, por meio da integração prática ensino aos discentes (ESTATUTO).

O Estatuto também prevê que não haverá lotação de pessoal docente no HU/UFSC e para fins de ensino, pesquisa e extensão, a Universidade disciplinará a sua forma de administração (ESTATUTO).

Para atender o ensino e a pesquisa, em 2015, o HU/UFSC contou com 42 docentes com atividades no HU/UFSC da área médica de 32 especialidades distintas, divididos em clínica médica, clínica cirúrgica, clínica ginecológica e obstétrica e clínica pediátrica. Além da Medicina, o HU/UFSC é campo de ensino para os demais cursos da área da saúde, Serviço Social e Psicologia.

O quadro 31 apresenta o quantitativo de docentes de outras áreas com atividades no HU/UFSC, em 2015.

Quadro 31 – Docentes de outras áreas da saúde com atividades no HU/UFSC, em 2015.

Cursos	Quantitativo de docentes com atividades no HU/UFSC
Enfermagem	15
Farmácia	12
Fonoaudiologia	6
Nutrição	8
Odontologia	2
Psicologia	4
Serviço Social	1
Saúde Pública	9
Total	45

Fonte: HU/UFSC.

O quantitativo de discentes do curso de graduação em medicina que realizaram atividades no HU/UFSC, em 2015, foi: 487 no primeiro semestre e 502 no segundo semestre, destes 182 discentes eram do internato médico (HU/UFSC).

Os prejuízos são evidentes, pois a capacidade do HU já é pequena para as necessidades atuais: um curso novo de medicina, em zona urbana, deve ter

no mínimo 5 leitos/aluno ingressante; com 100 vagas anuais, o HU deveria ter 500 leitos para operar com plenitude, caso a UFSC fosse uma instituição a pretender criar um curso de medicina. Ainda que se classificassem os leitos de outros hospitais como o Hospital Infantil Joana de Gusmão, a demanda por leitos continuaria, pois diversas especialidades teriam acesso prejudicado as aulas práticas, por escassez na relação leito/aluno (FREITAS e PINHEIRO, 2014).

Os pacientes do HU/UFSC são informados quanto ao contato com os discentes da área da saúde que estiverem estagiando no HU/UFSC, conforme prevê o artigo 49 do regimento.

Art.49 - PARÁGRAFO ÚNICO - A clientela do Hospital Universitário por este ser um Hospital Escola, será orientada quanto ao contato com alunos dos diferentes cursos que nele estagiam, sendo-lhe sempre assegurado respeito ético e assistência de saúde por profissional ou equipe multiprofissional qualificado(a).

A assessora do ensino, pesquisa e extensão no HU/UFSC tem a finalidade de organizar os procedimentos e estabelecer as atividades, de acordo com as resoluções das Câmaras de Ensino, de Pesquisa e de Extensão da UFSC (HU/UFSC).

Há 83 registros de projetos de pesquisas realizados no HU/UFSC, no ano de 2015, os quais foram registrados pela Direção Geral do HU/UFSC, os tipos de pesquisas são: 42 pesquisas clínica; 15 pesquisas de políticas públicas; 14 pesquisas básicas; 10 de inovação tecnológica; 2 pesquisas operacionais. Dos 83 projetos 65 deles, a fonte de financiamento é recursos próprios; 8 recursos de fomento nacional e 6 financiados por indústria farmacêutica. Esses dados demonstram que a maioria deles é relacionado a assistência e são financiados por recursos próprios.

Para analisar os desafios da gestão do ensino, da pesquisa e da extensão, foram realizados questionamentos sobre aspectos que facilitam e dificultam as atividades de ensino, pesquisa e extensão no HU/UFSC; e requisito do cargo de gestor do ensino e de pesquisa do HU/UFSC pela EBSEH.

Primeiramente, foram entrevistados os gestores da Direção Geral do HU/UFSC.

a) Percepção da Direção Geral do HU, com relação aos desafios da gestão do ensino, da pesquisa e da extensão do HU/UFSC

Segundo o entrevistado 1, a missão do Hospital Universitário é o ensino, pesquisa e extensão. O papel do ensino em um hospital deve ser dedicado às residências, que são as especialidades na área da saúde, e preparar os graduandos para atender na atenção primária. Um dos problemas enfrentados é que os discentes não querem ir para atenção primária e isso gera uma demanda muito grande de pessoas circulando nas enfermarias, aumentando o risco de segurança dos pacientes.

[...] a formação de recursos humanos necessários para o sistema de saúde, essa é a essência deles, isso que os diferenciam dos demais. Então, essa é a minha missão. Se eu não fizer isso, eu deixo de ser um hospital universitário. [...] Eu atendo pessoas por que a metodologia de formar pessoas é aprender fazendo. [...] O papel dos Hospitais Universitários, com a reforma sanitária, deixa de ser um papel fundamental para graduação, e tem um papel fundamental no Sistema de Saúde público brasileiro, para a formação das especialidades, preparar pessoas para trabalhar em toda a atenção secundária e terciária. Mas a graduação não. [...] 80% dos problemas da população devem ser atendidos e resolvidos em nível de atenção primária. Então o tempo que o graduando deve ser exposto é 80% em atenção primária, só 20% em atenção secundária e terciária. [...] Então os hospitais universitários, principalmente os públicos federais, tem esse compromisso, da formação das especialidades para o sistema de saúde. As especialidades na área da saúde se chamam residência. Há pouco tempo atrás só existia residência da área médica, agora já tem residência da enfermagem, da psicologia, do serviço social, que é chamada residência multiprofissional. [...] Nós abrimos uma residência em anesthesiologia, só podemos ter duas vagas, por que para cada vaga eu preciso de tantas cirurgias no meu centro cirúrgico por que cada

residente tem que fazer um X de cirurgias. Vai ser o tamanho do meu serviço que vai dizer quantas vagas eu tenho direito a ter para capacitar esse indivíduo. Então com o hospital desativado eu perco a capacidade de ter as residências, eu sou descredenciado para as residências. Os alunos (da graduação) querem ficar aqui, eles não querem ir para as unidades de saúde. Então a gente ainda trabalha com o problema que é o grande número de pessoas circulando por dentro das enfermarias, isso aumenta o número de infecção e o risco de segurança do paciente. Precisamos ainda preparar mais a atenção primária, para tirar mais a graduação de dentro dos hospitais universitários (ENTREVISTADO 1).

Segundo os entrevistados 2 e 4, na gestão do HU/UFSC pela EBSEH, haverá um cargo de gestor de ensino e pesquisa. Desta forma, espera-se que o hospital tenha registros confiáveis das pesquisas e projetos de extensão desenvolvidos no hospital.

Eu acho que na parte da pesquisa e extensão, especialmente, o hospital tem que avançar muito ainda. E aquilo que o hospital faz, talvez nós não tenhamos registros confiáveis do que o hospital realiza. A ideia é que a EBSEH venha segmentar isso, por isso mesmo que a EBSEH vai ter uma gerência voltada para o ensino e pesquisa [...] (ENTREVISTADO 2).

Nós não temos, até hoje, uma diretoria de ensino e pesquisa, por exemplo, e isso está sendo trazido pela EBSEH, inclusive com quadro de profissionais para trabalhar nessa área. [...] a estrutura apresentada pela EBSEH para ensino e pesquisa, é uma estrutura que nunca tivemos, o que realmente possibilita o trabalho nessa área (ENTREVISTADO 4)

Para os entrevistados 2, e 5, a EBSEH prioriza o ensino, pesquisa e extensão por que tem em sua estrutura uma gerência nessa área.

[...] buscar o avanço no ensino, na pesquisa e na extensão e apoio integral à sociedade [...]. [...] a

estrutura da EBSEH coloca o ensino e a pesquisa como uma de suas prioridades. Eu entendo que isso vai ser realmente prioritário e espero que tenha orçamento para que se possa investir nessa linha (ENTREVISTADO 2).

Na nossa essência, além de sermos um hospital geral, nós somos um hospital de ensino, certificado como hospital de ensino pelos Ministérios da Saúde e Educação. A certificação exige atividade de ensino aqui dentro do hospital. Então, não tem razão nenhuma para criação da empresa desvincular o ensino, pesquisa e extensão, bem pelo contrário, é para fortalecer. Tanto que é uma reivindicação antiga dos diretores a criação da diretoria de ensino, pesquisa e extensão, por uma questão estrutural não se conseguiu, até por que o quantitativo de pessoal é para manter a assistência, funcionando minimamente não tivemos condições de deslocar servidores para criar uma estrutura melhor de ensino. Então os departamentos têm feito isso com os serviços. Mas sem dúvida, paralelamente a EBSEH, nós temos a certificação como hospital de ensino (ENTREVISTADO 5).

De acordo com os entrevistados 3,4, e 6, não há acompanhamento dos resultados das pesquisas feitas no HU. A falta de recursos impacta na pesquisa que precisaria de participação da Instituição e falta, também, incentivo para produção científica do servidor que trabalha na área meio do HU/UFSC. Além disso, os leitos desativados também impactam negativamente, por que há mais alunos aprendendo em cada leito, prejudicando o ensino, a assistência e desrespeitando o paciente.

Eu acho que em alguns momentos, algumas pesquisas que passaram por aqui e que teriam que ter uma participação maior da instituição, em termos de custo, em termos de exames, elas acabam sendo mais questionadas. Então, a instituição está com restrição orçamentária e eu acho que isso impacta um pouco nas pesquisas. E do ponto de vista do estímulo à produção. Como não existe uma premiação, digamos assim, para o servidor técnico administrativo, a produção



científica não tem impacto. Nós trabalhamos muito mais com produção de área fim, com resultados imediatos, resultados de número de consultas, número de cirurgias. Então, a valorização das pesquisas em andamento, da produção científica do servidor dentro do HU/UFSC, eu acho que seria uma forma de melhorar e estimular essa produção (ENTREVISTADO 3).

Nós estamos dentro de um hospital escola, nossa situação hoje não permite nenhum estímulo para ter participação em eventos, nenhuma ajuda de custo nesse sentido. Não se ajuda em absolutamente em nada em termos de publicação, não temos um auxílio para as pessoas que estão divulgando o nome da Instituição, fazendo os trabalhos para Instituição. Nos últimos 3 anos, um dos maiores desafios tem sido gerenciar o fechamento de leitos com a questão da prática dos alunos nas Unidades. Nós temos um número muito alto de alunos por paciente, o que prejudica tanto o atendimento quanto prejudica o aluno, por que nós tínhamos cerca de 90 leitos de clínica médica e esse ano ficamos com 40, então num leito onde se aprendia 2 alunos, tem 5 ou 6 aprendendo. Então nosso maior desafio é a reabertura dos leitos e colocar esse hospital para funcionar plenamente para que tenhamos um campo adequado de ensino, conforme a UFSC preconiza, em número de alunos por leito. Claro que o aluno não fica só dentro do hospital, nem tem que ficar, tem toda uma parte que é na atenção básica. Mas, o aprendizado na área hospitalar é muito importante e eles precisam estar se adequando essa situação, tem coisas a melhorar com a integração docente assistencial. [...]o hospital desenvolve pouca pesquisa ainda, e nós não temos sequer um acompanhamento de quais são os resultados das pesquisas que são feitas aqui dentro. Nós temos um acompanhamento do trâmite inicial para a realização de pesquisa, mas o resultado dessas pesquisas, o que elas podem reverter de positivo para Instituição, nós não temos. É um desafio ter o gerenciamento dos

resultados das pesquisas para melhorar o quadro hospitalar assistencial (ENTREVISTADO 4).

[...] não podemos fazer mais por que ou falta pessoal, ou falta equipamento, ou falta alguma estrutura física de internação, de suporte, por que não temos recurso. Então, isso é muito triste. Conseguimos desenvolver todo um potencial de crescimento e hoje temos fechado mais de 100 leitos, e isso significa uma queda absurda na qualidade de ensino, por que se eu tenho poucos leitos eu tenho que fazer uma aula com quinze alunos em um leito, e isso representa também um desrespeito com a população, por que se eu digo que aqui é um hospital de ensino, não é por que tenho que fazer um atendimento coletivo, onde eu tiro muito da privacidade do paciente. Enfim, nós temos vivido um desafio imenso de tentar manter qualidade de ensino numa estrutura que por mais que eu me esforce, não dá para fazer com qualidade com a quantidade de leitos que temos. Não dá, por que os cursos continuam tendo entrada de 100, 60, 40 alunos, e eu tinha um hospital de 300 leitos, e tenho diminuído o número de leitos. [...] Eu tenho só duas salas de cirurgia, então eu tenho que dizer para o aluno que eu vou suspender uma cirurgia que estava marcada, que o paciente estava em jejum por que entrou uma emergência, e eu só tenho duas salas, uma estava sendo ocupada e a outra será ocupada por esse, e eu terei que cancelar uma cirurgia eletiva. E eu estou ensinando um SUS que não está resolvendo. E isso é triste para nós que sabemos a missão deste hospital, que é ensinar e ensinar a otimizar a saúde, a fazer uma saúde com qualidade, buscando recursos e equipamentos de qualidade, com eficiência, com baixo custo. Então, eu digo para fazer o ideal, o que é preconizado, mas eu não faço por que não tem pessoal. Então, que ensino é esse? Que ensino estou fazendo quando eu começo a restringir a minha atuação pelo número de pessoas que eu tenho ou pela restrição de equipamentos ou de medicamentos. Hoje temos enfrentando, embora tenhamos lutado para manter o hospital

funcionando, nós temos plena consciência que ele não está funcionando como gostaríamos. E isso impacta, logicamente, no ensino. E quando falo em ensino, eu penso na pesquisa, na extensão, na graduação, na pós-graduação. Quando falamos em ensino, estamos falando em pesquisa. Um hospital que não faz pesquisa está perdendo um potencial enorme de crescimento, por que encima da pesquisa que eu revejo os meus procedimentos. E nós temos essa obrigação de passar para a rede, por ser um hospital de ensino, é aqui que temos que ver novos protocolos, testar novos protocolos, testar novas rotinas, para poder dizer se funciona ou não, é bom ou não. É de nós que se espera isso, e se nós não temos condições de fazer isso, quem vai fazer? (ENTREVISTADO 6).

Para o entrevistado 5, o controle que a gestão tem hoje é sobre os projetos de pesquisa que tramitam no HU, para ciência dos envolvidos e das áreas envolvidas. Os setores mais estruturados são a Comissão de Estudos e Pesquisa em Enfermagem (CEPEN) que trabalha com as pesquisas da enfermagem, a Comissão de Residência Médica (COREME) e a Comissão de Residências Multiprofissionais em Saúde (COREMU).

Desde 2010, estamos solicitando um cargo de direção para ter uma estrutura mínima, por conta do ensino, pesquisa e extensão. Nós precisamos ter uma aproximação maior com os centros que desenvolvem atividades de ensino. O controle que nós temos, hoje, é sobre os projetos de pesquisa que tramitam aqui no hospital, para ciência dos envolvidos, das áreas envolvidas nos projetos. Então com a criação da assessoria de ensino e pesquisa, nós conseguimos melhorar esse fluxo e ter um controle melhor sobre as pesquisas realizadas aqui. Mas, com a graduação, nós não temos um controle efetivo das atividades. O CEPEN trabalha com as pesquisas da enfermagem. E nos outros cursos, a relação é entre o departamento e os serviços envolvidos. Então, precisamos investir muito nessa área. A criação de uma gerência de ensino e pesquisa com seis cargos que possam dar conta do ensino e

pesquisa aqui dentro do HU de certa forma vai ajudar bastante. Além disso, toda a questão de apoio a essa gerência, eu acho que vai melhorar bastante a informação do ensino e uma distribuição mais efetiva das atividades, para que não se concentram todas no período matutino. [...] nós temos uma capacidade instalada a tarde que permite um quantitativo expressivo de atividades de ensino. Então, eu acho que nós precisamos melhorar essa questão, e realmente ter um controle mais efetivo das atividades aqui desenvolvidas. Para que a gente possa conhecer melhor os cronogramas desenvolvidos aqui, para que tenhamos um controle mais efetivo. Em relação as residências, nós estamos com um quantitativo bem significativo de residências médicas. Nós estamos com 100 residentes e ainda temos capacidade de expansão e a multiprofissional, estamos com três áreas de concentração, urgência e emergência e alta complexidade. Então, as residências nós conseguimos ter um controle mais efetivo, até por que nós temos a COREME e a COREMU e os coordenadores que trabalham aqui dentro. Então, na multiprofissional, a nossa ideia é dividir a alta complexidade para que possamos trabalhar com áreas mais específicas, saúde da mulher e da criança, que é mais recente, e está sendo bastante positiva. Em relação ao ensino, pesquisa e extensão, eu acho que a estrutura que vai ser oferecida vai realmente auxiliar bastante nessa questão da implementação de um maior controle das atividades desenvolvidas aqui [...] (ENTREVISTADO 5).

O maior desafio do hospital é ser de ensino. [...] Mas, eu vejo que estamos aquém do que poderíamos fazer na área da pesquisa. [...] Acho que o hospital está muito assistencialista, e nos preocupamos pouco com a questão do ensino. Eu acho que com a criação de uma gerência de ensino e pesquisa por meio da EBSERH, iremos avançar muito nessa área (ENTREVISTADO 7).

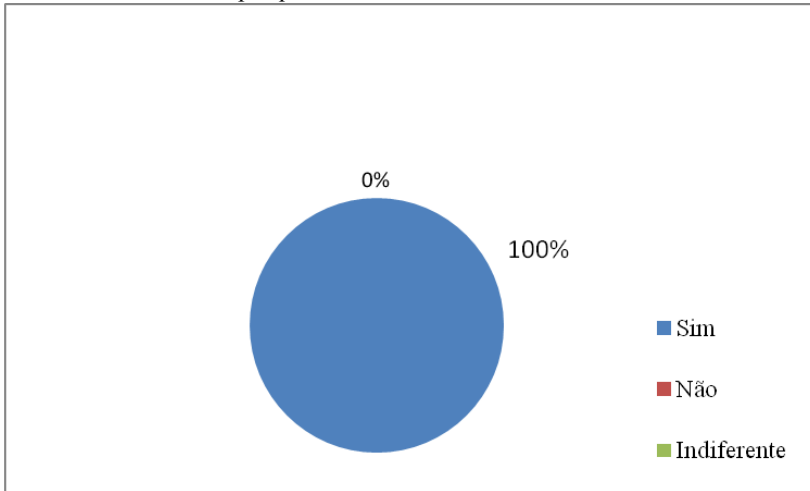
O ensino, pesquisa e extensão é muito desestruturado no HU. Não tem estrutura nenhuma. Funciona na forma de assistência, com uma pessoa só [...]. Então, não há uma dedicação para isso, e é necessário. A pesquisa, de uma certa forma, está um pouco estruturada por que pelo menos a gente conhece os projetos que estão sendo feitos. Mas, sabemos que tem muito projeto sendo feito que não está passando pelo registro no HU. A extensão e o ensino precisam ser melhores gerenciados, especialmente o ensino, por que temos toda a área de medicina, da nutrição, da farmácia, da psicologia, do serviço social, e tanto outros cursos, e não conhecemos e nem determinamos qual a distribuição dos alunos ao longo do dia. Na estrutura da EBSEH, ensino, pesquisa e extensão é um tema central (ENTREVISTADO 8).

Após as entrevistas, a pesquisadora encaminhou questionários aos Coordenadores dos Cursos de Graduação dos Cursos de Graduação da Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Serviço Social (Apêndice E), Coordenadores de Pesquisa (Apêndice F), e Coordenadores de Extensão (Apêndice G) do Centro de Ciências da Saúde e dos docentes que são coordenadores do Serviço Social e Psicologia, do Centro Socioeconômico e Centro de Filosofia e Ciências Humanas, respectivamente (vide quadro 19).

b) Percepção dos Coordenadores dos Cursos de Graduação da Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Serviço Social, Coordenadores de Pesquisa, e Coordenadores de Extensão do Centro de Ciências da Saúde e dos docentes que são coordenadores do Serviço Social e Psicologia, do Centro Socioeconômico e Centro de Filosofia e Ciências Humanas, respectivamente

O gráfico 20 apresenta a opinião dos coordenadores dos Cursos de Graduação da Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Serviço Social, se o cargo de gestor de pesquisa e ensino no organograma do HU/UFSC definido pela EBSEH deve ser docente do quadro de servidores permanente da UFSC.

Gráfico 20 - Gestor de pesquisa e ensino.



Fonte: Dados primários (2016).

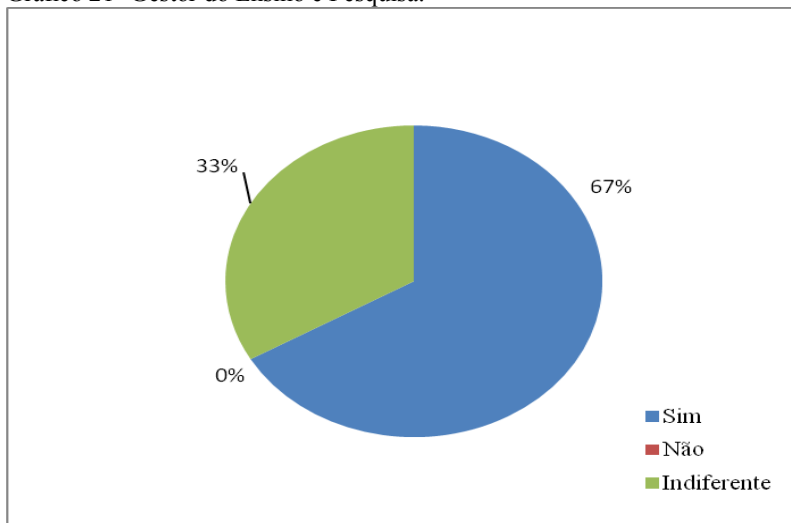
Dos respondentes, 6 (100%) dos Coordenadores dos Cursos de Graduação da Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Serviço Social afirmam que o gestor de pesquisa e ensino deve ser docente do quadro de servidores permanente da UFSC.

O motivo é que o cargo deve ser ocupado por um docente com trajetória e experiência na discussão de ensino e pesquisa interdisciplinares na perspectiva de discutir ensino que articule as várias áreas do conhecimento em saúde e que discuta pesquisa/extensão frente aos desafios e o perfil da população atendida no HU; deve ser ocupado por um coordenador de curso por que somente ele tem a experiência do que é ter que garantir vagas em todas as disciplinas e cenários de prática e conseguir diversificar os campos de estágio; Independente da gestão da EBSEH no HU/UFSC, o que é preciso garantir é a autonomia universitária no que se refere ao tripé (ensino, pesquisa, extensão). Para isso, é importante que o gestor do ensino e pesquisa seja do quadro da UFSC, até porque o HU não é independente da UFSC, portanto, integra a grande estrutura universitária pública; docente com qualificação técnico-científica; pesquisa e ensino só devem ser conduzidos por docentes e jamais por outros cargos.

O gráfico 21 apresenta a opinião dos Coordenadores de Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde e Coordenadores de pesquisa, que são

docentes nos Cursos de Psicologia e Serviço Social, se o cargo de gestor de pesquisa e ensino no organograma do HU/UFSC definido pela EBSEH deve ser docente do quadro de servidores permanente da UFSC.

Gráfico 21- Gestor do Ensino e Pesquisa.



Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 4 (67%) dos Coordenadores de Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde e Coordenadores de pesquisa, que são docentes nos Cursos de Psicologia e Serviço Social afirmam que o gestor de pesquisa e ensino deve ser docente do quadro de servidores permanente da UFSC; 2 (33%) entendem que é indiferente que seja docente da UFSC.

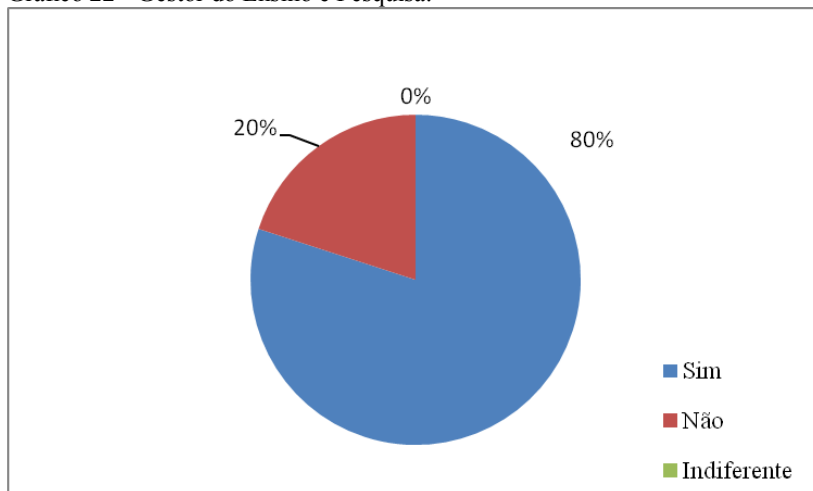
A justificativa para quem ocupar o cargo seja docente da UFSC foram: indicação ou homologação da Câmara de Pesquisa da UFSC e não ficar restrito a relação CCS/HU; docente com conhecimento em estrutura universitária; docente que garanta a efetivação das ações de interesse de toda a comunidade acadêmica.

Os coordenadores que optaram pela indiferença de ser ou não do quadro de pessoal da UFSC disseram que deve ser um docente com experiência de ensino e pesquisa em ambiente hospitalar; docente com experiência em pesquisa com seres humanos.

O gráfico 22 apresenta a opinião dos Coordenadores de Extensão do Centro do Centro de Ciências da Saúde e Coordenadores de extensão,

que são docentes nos Cursos de Psicologia e Serviço Social, se o cargo de gestor de pesquisa e ensino no organograma do HU/UFSC definido pela EBSEH deve ser docente do quadro de servidores permanente da UFSC.

Gráfico 22 - Gestor do Ensino e Pesquisa.



Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 4 (80%) dos Coordenadores de Extensão do Centro de Ciências da Saúde e Cursos de Graduação Psicologia e Serviço Social afirmam que o gestor de pesquisa e ensino deve ser docente do quadro de servidores permanente da UFSC; 1 (20%) entendem que não deve ser docente da UFSC.

A justificativa para que seja docente da UFSC é que este profissional tem conhecimento institucional.

A justificativa de que não deva ser docente da UFSC é que a EBSEH deve trazer novos trabalhadores ao HU e não sobrecarregar os atuais servidores da UFSC.

No quadro 32 apresentam-se os aspectos que facilitam as atividades de ensino, pesquisa e extensão no HU/UFSC.



Quadro 32 - Aspectos que facilitam as atividades de ensino, pesquisa e extensão no HU/UFSC.

<b>Aspectos que facilitam o ensino no HU/UFSC</b>	<b>Aspectos que facilitam a pesquisa no HU/UFSC</b>	<b>Aspectos que facilitam a extensão no HU/UFSC</b>
Integração ensino-serviço	É um rico campo de pesquisa	O principal facilitador está na liberdade para desenvolver projetos de natureza diversa.
Os cenários de prática, os campos de estágio obrigatório e não-obrigatório.	Oportunidade de se trabalhar com alunos facilita as atividades de pesquisa.	
Participação dos docentes	Ser Hospital Universitário e que tem tradição em pesquisa	

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

O Quadro 33 apresenta os aspectos que dificultam as atividades de ensino, pesquisa e extensão no HU/UFSC.

Quadro 33 - Aspectos que dificultam as atividades de ensino, pesquisa e extensão no HU/UFSC.

(continua)

<b>Aspectos que dificultam no ensino no HU/UFSC</b>	<b>Aspectos que dificultam no pesquisa no HU/UFSC</b>	<b>Aspectos que dificultam na extensão no HU/UFSC</b>
Estrutura do HU para alocar estudantes e professores, ensino das várias áreas do conhecimento da saúde ainda fragmentado (carência de disciplinas e/ou discussões entre estudantes e professores de diferentes cursos o que gera procedimentos por vezes repetidos com os pacientes).	Burocracia	Falta de espaço

Quadro 33 - Aspectos que dificultam as atividades de ensino, pesquisa e extensão no HU/UFSC.

(continua)

<b>Aspectos que dificultam no ensino no HU/UFSC</b>	<b>Aspectos que dificultam no pesquisa no HU/UFSC</b>	<b>Aspectos que dificultam na extensão no HU/UFSC</b>
<p>Alguns servidores se recusam a receber alunos no cenário de prática (alegando ter muito trabalho), outros limitam excessivamente o número de estudantes por campo. Alguns servidores estão desatualizados e/ou não aceitam propostas (vindas de residentes ou professores) de melhorias no serviço, ou seja, apresentam resistência à mudanças, alegando que sempre fizeram assim e "sempre" deu certo. Os servidores também apresentam resistência para implantação de novas políticas públicas ou mesmo institucionais.</p>		<p>Falta de agilidade e abertura para o diálogo da direção do HU.</p>
<p>No HU nossas dificuldades dizem respeito a uso de espaço físico, que sempre dá choque com outras graduações e atuações, problemas com funcionários para auxiliar nos estágios e nas práticas e também identificação dos papéis de professores, funcionários e alunos dentro de um mesmo espaço.</p>		

Quadro 33 - Aspectos que dificultam as atividades de ensino, pesquisa e extensão no HU/UFSC.

(conclusão)		
<b>Aspectos que dificultam no ensino no HU/UFSC</b>	<b>Aspectos que dificultam no pesquisa no HU/UFSC</b>	<b>Aspectos que dificultam na extensão no HU/UFSC</b>
Há dificuldades de espaços destinados às atividades de ensino dentro do próprio HU. Poucas horas destinadas aos docentes para as atividades de ensino no HU/UFSC (áreas não médicas), o que requer discutir e garantir ampliação de quadro docente.		As dificuldades são variadas, infelizmente. Ao mesmo tempo em que são regulamentadas as atividades de extensão na instituição, não se conta com o aparato institucional para explorar o expertise da cada área. Não se tem mecanismos de controle das atividades de extensão, principalmente das atividades remuneradas. Por fim, a dificuldade de se interagir com fundações não públicas representam mais uma dificuldade nesse trabalho.
Ausência de um serviço de odontologia bem estruturado com maior número de dentistas contratados		Dois aspectos que tem dificultado é a falta de equipe técnica (secretários e técnicos) e o corte de bolsas para os alunos da graduação

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

c) Conclusão dos desafios da gestão do ensino, da pesquisa e da extensão do HU/UFSC

A partir das entrevistas (vide Apêndice A) com os gestores da Direção Geral do HU/UFSC e questionário (vide Apêndice C) respondidos pelas chefias do HU/UFSC vinculados à Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar concluiu-se que no hospital, devido à falta de leitos e falta de organização com relação ao período de estágio, há uma grande circulação de pessoas nas enfermarias, aumentando o risco de segurança dos pacientes.

Não se consegue acompanhar os resultados das pesquisas realizadas no HU/UFSC, por que não há um cargo de gestor de ensino e pesquisa e uma equipe de apoio. A maioria das pesquisas é relacionada à assistência. Faltam pesquisas de gestão.

Como aponta Schmidt (2002), a gestão é vital à universidade, por meio da gestão é que se busca e emprega recursos, qualifica os servidores, estimula a qualidade do ensino e desenvolve pesquisa e extensão.

No organograma do HU/UFSC pela EBSEH está previsto um cargo de gestor de ensino e pesquisa, a ampla maioria dos respondentes querem que este cargo seja ocupado por docente da Universidade Federal de Santa Catarina; que tenha experiência em discussão de ensino e pesquisa; e que este gestor garanta a autonomia universitária, por que o HU é integrante da estrutura da Universidade.

É garantido na Constituição que as Universidades tenham autonomia “didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 1988).

Os aspectos que facilitam o ensino, pesquisa e extensão no HU/UFSC é em razão de ser um ambiente rico para pesquisas, há liberdade para desenvolver projetos e integração ensino-serviço.

Mas, os respondentes disseram que a falta de espaço físico dificulta o ensino, pesquisa e extensão no HU/UFSC. Além disso, reclamaram que alguns servidores são resistentes a mudanças; falta equipe técnica, falta discussão com a Direção Geral e faltam mecanismos de controle das atividades de extensão, principalmente das atividades remuneradas.

Meyer Júnior; Murphy (2000) apontam a importância da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão, que deve ser o princípio de existência da Universidade. Desta forma, passa-se a cobrar

por procedimentos, e os resultados aparecem e aumentam em termos de qualidade.

Etzioni (1929) afirma que a combinação do ensino e pesquisa são os responsáveis pela maioria das descobertas científicas mais importantes.

O quadro 34 apresenta Desafios da Gestão no Ensino, Pesquisa e Extensão do HU/UFSC, após a criação da EBSERH, de acordo com o fator de análise proposto.

Quadro 34 - Desafios da Gestão no Ensino, Pesquisa e Extensão do HU/UFSC, de acordo com o fator de análise.

<b>Fator de análise</b>	<b>Desafios da Gestão no Ensino, Pesquisa e Extensão do HU/UFSC</b>
Indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discentes não querem ter prática na atenção primária, ocasionando elevado número de pessoas nas enfermarias;</li> <li>- Os leitos desativados também impactam negativamente, por que há mais alunos aprendendo em cada leito, prejudicando o ensino, a assistência e desrespeitando o paciente;</li> <li>- Faltam registros confiáveis de projetos de ensino e pesquisa;</li> <li>- Falta de incentivo para servidores realizarem produção científica;</li> <li>- Ensino fragmentado entre os cursos, ocasionando procedimentos repetidos com os pacientes;</li> <li>- Servidores resistentes à mudança;</li> <li>- Falta de diálogo com a Direção Geral do HU/UFSC</li> <li>- Falta de espaço para alocar estudantes e professores.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

#### **4.3.5 Desafios em relação à Tomada de decisão, Escolha do dirigente e Autonomia, após a criação da EBSERH.**

Com relação à Tomada de Decisão, o Conselho Diretor é o órgão normativo, consultivo e deliberativo no HU/UFSC (REGIMENTO, 1992). Entretanto, para matérias de ensino, pesquisa, extensão e administração, a jurisdição superior é o Conselho Universitário da UFSC.

O Diretor Geral e o Vice-Diretor do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina são nomeados pelo Reitor para

um mandato de quatro anos e cabe ao Conselho Diretor promover consulta pública aos atores sociais do HU/UFSC, visando subsidiar o Reitor que homologará a escolha (REGIMENTO, 1992).

Os cargos de Diretor Geral e Vice-Diretor são exercidos por docentes da área de saúde que estejam em efetivo exercício no Hospital Universitário por um período não inferior a três anos (REGIMENTO, 1992).

O Diretor Geral é assessorado pela Administração Setorial composta pela Diretoria de Medicina; Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar; Diretoria de Administração (REGIMENTO, 1992).

De acordo com o Regimento (1992), os requisitos para os cargos de dirigentes setoriais do HU/UFSC são:

- a) Diretor de Medicina: médico do corpo clínico do HU;
- b) Diretor de Enfermagem: enfermeiro do quadro permanente ou enfermeiro docente do Centro de Ciências da Saúde;
- c) Diretor de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar: docente ou técnico-administrativo de nível superior do quadro permanente da UFSC;
- d) Diretor de Administração: Administrador do quadro permanente da UFSC ou Administrador docente.

Para todos os cargos de direção, é requisito exercício no Hospital Universitário por um período não inferior a três anos (REGIMENTO, 1992).

Acerca dos desafios em relação à tomada de decisão, escolha do dirigente e autonomia foram feitos questionamentos se a tomada de decisão ocorre de forma participativa, a escolha do dirigente máximo deve continuar sendo por meio de consulta pública e se o HU/UFSC e a Direção Geral possuem autonomia.

Primeiramente, foram realizadas entrevistas com os gestores da Direção Geral do HU/UFSC.

a) Percepção da Direção Geral do HU, com relação aos desafios em relação à tomada de decisão, autonomia e escolha do dirigente, após a criação da EBSEH.

De acordo com o entrevistado 2, 4 e 6, os assuntos de baixa complexidade são decididos pelas chefias, juntamente com os seus pares.

As decisões de baixa complexidade e que não interferem nas outras áreas e/ou setores, são de

responsabilidade das chefias. As tomadas de decisões mais complexas, que tem reflexos institucionais, são amplamente discutidas para que todos os envolvidos tenham ciência do seu impacto e se sintam partícipes da sua implementação (ENTREVISTADO 2).

Os entrevistados 4 e 6 informaram que as suas diretorias costumam realizar reuniões com as chefias periodicamente.

A diretoria de enfermagem se reúne com todas as suas chefias a cada 15 dias e neste fórum são tomadas as decisões envolvendo a enfermagem. Além disso a DE possui um conselho das chefias de Divisão (fórum mais restrito que se reúne semanalmente para a tomada de decisão, encaminhamentos, etc). Para a tomada de decisão mais ampla a enfermagem tem a Assembleia Geral da qual podem participar todos os trabalhadores da enfermagem. Quando a tomada de decisão envolve Processo Eleitoral da Enfermagem, participam também os alunos do ciclo profissionalizante, terceira fase em diante, e professores de enfermagem da UFSC/NFR (ENTREVISTADO 4).

Sim, fazemos eventualmente reuniões coletivas para deliberar questões inerentes a todas as chefias. Individualmente repassamos as chefias de serviço e Divisão questões específicas dos seus serviços e solicitamos que discutam com seus pares para trazer propostas e deliberarmos juntos. Posteriormente discuto estas decisões com a direção geral em reuniões sistemáticas semanais. Geralmente é acatada pela DG o que decidimos com os serviços (ENTREVISTADO 6).

O entrevistado 5 informou que os assuntos mais complexos, são tratados nas reuniões do Conselho Diretor do HU/UFSC.

Realizamos reuniões semanais com todos os diretores que trazem suas demandas e as decisões são tomadas pela maioria dos participantes. O

Conselho Diretor é o órgão com funções normativas, consultivas e deliberativas, obedecidas as disposições legais, regimentais, estatutárias e normativas da UFSC. As competências estão estabelecidas no Regimento Interno do HU (ENTREVISTADO 5).

Já, o entrevistado 7 informou que as decisões são tomadas com as chefias, e tem pouca participação dos demais servidores. No entanto, o entrevistado afirma que tem estimulado que as chefias compartilhem as informações com os seus subordinados.

Considero a participação das chefias e dos demais servidores importantíssimas na definição de metas e objetivos, na redução de problemas no processo de tomada de decisão, na satisfação e motivação das pessoas no trabalho, melhorando o desempenho e alcance dos resultados. Na Diretoria de Administração grande parte das decisões ainda são tomadas em discussão apenas com as chefias setoriais, com pouca participação dos demais servidores. No entanto, tenho estimulado as chefias das unidades a compartilharem as informações com todos os servidores, bem como discutir amplamente as soluções dos problemas que envolvem cada setor (ENTREVISTADO 7).

Bem como aponta Oliveira (2012), a participação dos atores envolvidos é importante nas deliberações para os processos de cooperação e compartilhamento de autoridades e responsabilidades, bem como de desenvolvimento pessoal e profissional.

De acordo com os entrevistados 1,2,3,4 e 8, a autonomia esbarra no processo burocrático que caracteriza a gestão pública. O HU/UFSC, por ser um órgão suplementar da Universidade, é influenciado pela política e processos da Universidade. Em 2014, o processo de contratação de pessoal foi moroso por que dependia da Universidade para realizar os procedimentos de contratação. Outro fato relevante foi a adesão à EBSERH, que dependia da decisão do Conselho Universitário. E pelo fato de fazer parte do Sistema Único de Saúde e não ser autossustentável existe certa limitação de autonomia.



Fazer gestão por processo numa universidade que está hierarquizada por departamentos, não dá. Por exemplo, quando quisemos realizar mudança no curso de medicina, acabar com as disciplinas e fazer uma gestão por módulos, os departamentos não aceitaram por que eles têm que ver quantas horas fica para cada um. Fica aquela formatação de caixinha. Nesse sentido, o processo burocrático que caracteriza a gestão pública interfere na questão administrativa. [...] se não houver vontade política para resolver os problemas, não vai ser a EBSEH que vai resolvê-los. Uma Instituição que depende de orçamento da União, é só a União não dar orçamento, que não se consegue resolver os problemas. [...] não adianta ter liberdade contratual para poder contratar pessoas, sem precisar de código de vaga, se você não tem recurso para pagar essas pessoas. Então não vai resolver. A autarquia poderia resolver, poderia. Era só não ter amputado a lei geral das autarquias que contemplava a autonomia de pessoal. Nós temos uma autarquia que na verdade, não tem mais autonomia nenhuma. Enfim, não é modelo jurídico que vai resolver, é vontade política (ENTREVISTADO 1).

[...] HU/UFSC é da universidade, então a gestão do hospital tem influência política da cúpula, ou seja, da Reitoria [...] (ENTREVISTADO 2)

Não temos muita autonomia na questão de recursos humanos, por exemplo, a efetivação dos concursados, isso foi um problema que vivenciamos durante o ano passado. Tínhamos os concursados, os aposentados e os códigos de vaga, mas não conseguíamos efetivar as pessoas que estavam concursadas que estávamos precisando, isso demorava muito por que isso entra num processo comum da UFSC, a UFSC tem outras prioridades também, o ensino, os docentes, as contratações de docentes a cada semestre. Então a falta de autonomia na questão de recursos humanos é bem significativa (ENTREVISTADO 3).

[...] autonomia é uma questão muito relativa. O HU faz parte da Universidade, sempre vai ter uma autonomia relativa no contexto da Universidade e do Sistema Único de Saúde também, por que não podemos tomar as decisões sem parâmetros. Sempre quando tu não tens condições de te gerir sozinho, tu tens uma certa limitação. Nós não somos autosustentáveis, isso já impõe alguma limitação. A demora da decisão sobre a EBSERH é uma demonstração da falta de autonomia do HU. Por outro lado, o HU não é um órgão independente, ele faz parte da Universidade. Então, a Universidade também tem que se envolver nisso (ENTREVISTADO 4).

As decisões tomadas pelo HU têm sido respeitadas. Porém, a questão gerencial de aderir ou não aderir à EBSERH, é ligada a Reitoria (ENTREVISTADO 8).

Para os entrevistados 6 e 7, a falta de parceria entre a Administração Central da Universidade Federal de Santa Catarina, gestão 2012-2016, e a Direção Geral do HU/UFSC prejudicou o hospital, por que o Estado apresentou o modelo de gestão da EBSERH, mas dependia da Universidade aceitar esse novo modelo. Os gestores não tinham o mesmo pensamento com relação à adesão. Os recursos foram destinados para os Hospitais que aderiram há 2 anos, enquanto o HU/UFSC sofreu fechamento de leitos e falta de recursos.

[...] nos vimos bastante engessados quando não se teve uma parceria, tivemos uma dificuldade muito grande, infelizmente por pensamentos divergentes, primeiro a esse novo modelo que foi imposto, que não foi pela Reitora, e não foi pela estrutura do Hospital, foi pelo Estado, que disse que tínhamos que mudar a forma de gestão. Então, quando não houve, por parte da nossa chefia imediata e da nossa Reitoria, o mesmo pensamento, começamos a enfrentar um engessamento, foi muito difícil não poder trabalhar de maneira coesa. Então, fazíamos parte de uma equipe, mas não fazíamos parte do mesmo pensamento. [...] Se essa escolha estivesse sido feita há 2 anos, nós não teríamos fechado leito,

não tínhamos ficado numa situação de penúria, nós teríamos recebido muito mais recursos, por que a crise política que hoje estamos vivendo, não estávamos vivendo naquele período (ENTREVISTADO 6).

Esse é o ponto que a atual gestão mais sofreu. [...]um dos maiores motivos por não termos evoluído, de ter deixado o hospital chegar aonde chegou, a ponto de fecharmos unidade, quase fecharmos a emergência, de não ter renovado o contrato Fapeu mais cedo (ENTREVISTADO 7).

Já, o entrevistado 5, entende que a autonomia sempre existiu, apesar de o HU/UFSC ser um órgão suplementar. Porém, afirmou que o repasse de recursos REHUF e as vagas para contratação dependem da EBSEH.

O hospital, apesar de ser um órgão suplementar da UFSC, sempre teve autonomia de gestão. Em algumas situações era exigida a presença do reitor ou quando o HU tinha dificuldade em situações específicas, caso contrário, a relação era diretamente com o MEC. Com relação a gestão orçamentária, era conversado com a pró-reitoria de planejamento, isso tudo é fechado em conjunto no início do ano. Mas, essa autonomia sempre existiu. Antes havia a diretoria dos hospitais universitários, as tratativas eram diretamente com o MEC. O que ficava sempre com a UFSC é a questão da gestão de pessoas. Foi nessa gestão que foi feito um concurso específico para o HU e tinha muita resistência do servidores não querer trabalhar no hospital. Então, a ideia foi abrir concurso específico para o HU, principalmente dos administrativos. A questão de patrimônio e gestão de pessoas, nós temos coordenadorias auxiliares. Mas, as outras questões eram mais específicas, o hospital é uma estrutura diferenciada. Tem as questões de financiamento, inclusive o REHUF, foi passado para a EBSEH também. Quem aderiu ou não, quem gerencia é a EBSEH. Então, não tem outra alternativa. Então, ou você adere ou resiste, que foi o que fizemos durante quatro anos. Apesar de respeitar a autonomia, tem a possibilidade de aderir ou não,

da mesma forma que se diz que se pode optar, você tem que resolver a questão dos terceirizados que é precisar de 155 códigos de vaga, daí você precisa ou enxuga a instituição e deixa o hospital menor. Fomos inúmeras vezes ao MEC, mas eles encaminham as questões do HU à EBSEH (ENTREVISTADO 5).

Com relação à escolha do dirigente do HU/UFSC, os entrevistados 2, 4, 5, 6 e 7, informaram que o processo de escolha não será alterado. Continuará ocorrendo a consulta pública dos atores sociais do HU/UFSC.

O processo de escolha do Diretor Geral, agora denominado Superintendente da filial HU/EBSEH, deve ser feito com a participação da comunidade envolvida. É de suma importância que o modelo democrático de consulta pública com as discussões dos problemas mais relevantes da instituição, continue a fazer parte do processo de escolha do representante. Deve ser requisito obrigatório, que o nome indicado pelo Reitor, tenha aprovação na sua unidade e/ou centro de ensino (ENTREVISTADO 2).

A escolha do Superintendente do HU continuará do mesmo modo, se os servidores/professores/alunos, assim o quiserem e mobilizarem para tal. A EBSEH não interferirá neste processo, e o que se comprometeu neste momento. Então é a organização dos trabalhadores/ alunos que vai garantir o processo, que também pelo atual modelo de gestão depende desta mobilização, pois não há garantia institucional de eleições (ENTREVISTADO 4).

“Acredito que sim. Esta tem sido a posição da atual Reitoria” (ENTREVISTADO 5).

Acredito que sim. Tal como para Reitor, lutaremos para manter a indicação dos nomes com o aval dos servidores do HU e departamentos de ensino que desenvolvem atividade aqui (ENTREVISTADO 6).

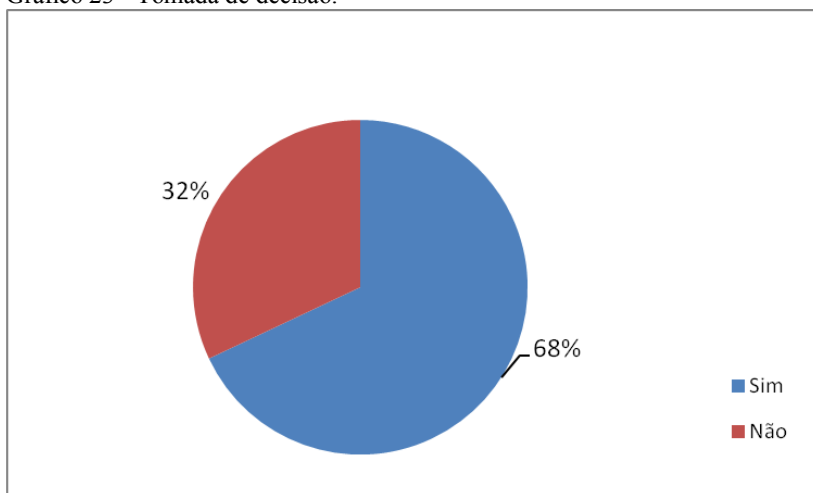
Acredito que sim, respeitando desta forma a escolha democrática que esta instituição adota no decorrer de, praticamente, toda a sua história (ENTREVISTADO 7).

Após as entrevistas, foram encaminhados questionários à Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar; Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Medicina.

b) Percepção das chefias do HU/UFSC vinculados à Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar; Diretoria de Enfermagem; Diretoria de Medicina em relação à tomada de decisão, escolha do dirigente e autonomia.

O quadro 23 apresenta a opinião das chefias dos setores vinculados à Diretoria Geral, Diretoria de Administração, Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, se a tomada de decisão na Diretoria em que atuam ocorre de forma participativa.

Gráfico 23 - Tomada de decisão.



Fonte: Dados primários (2016).

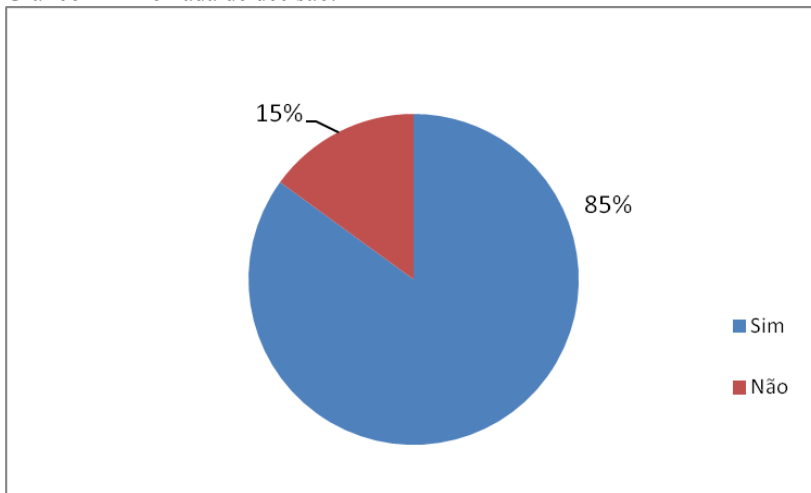
Dos respondentes, 17 (68%) das chefias dos setores vinculados à Diretoria Geral, Diretoria de Administração, Diretoria de Apoio

Assistencial e Diagnóstico Complementar consideram que a tomada de decisão na Diretoria em que atuam ocorre de forma participativa, 8 (32%) consideram que não ocorre de forma participativa.

Os motivos apresentados por entenderem que não ocorre de forma participativa é que não ocorrem reuniões regularmente e quando ocorrem é para repassar as decisões já tomadas pela Direção.

O quadro 24 apresenta a opinião das chefias dos setores vinculados à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina, se a tomada de decisão na Diretoria em que atuam ocorre de forma participativa.

Gráfico 24 - Tomada de decisão.

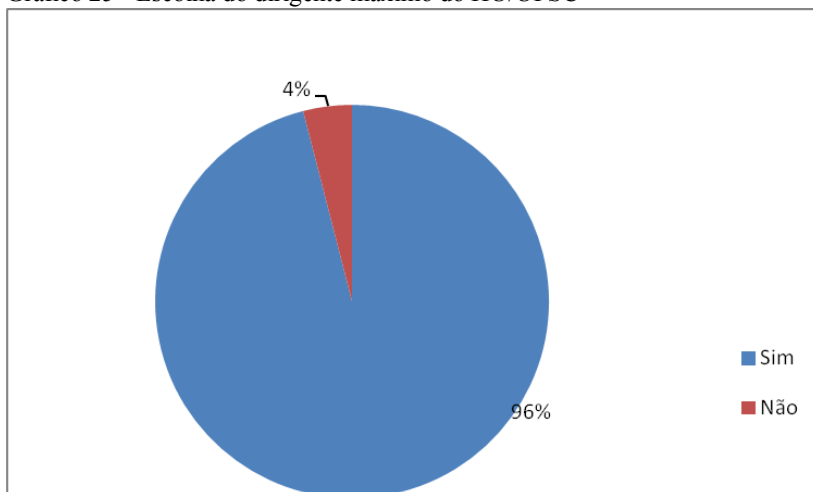


Fonte: Dados primários (2016).

Dos entrevistados, 17 (85%) das chefias dos setores vinculados à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina afirmam que a tomada de decisão na Diretoria em que são vinculados ocorre de forma participativa; 3 (15%) afirmam que não ocorre de forma participativa.

O gráfico 25 apresenta a opinião das chefias dos setores vinculados à Diretoria Geral, Diretoria de Administração, Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, se a escolha do dirigente máximo do HU/UFSC deve continuar sendo por meio de consulta pública entre os trabalhadores do HU/UFSC, como acontece atualmente.

Gráfico 25 - Escolha do dirigente máximo do HU/UFSC

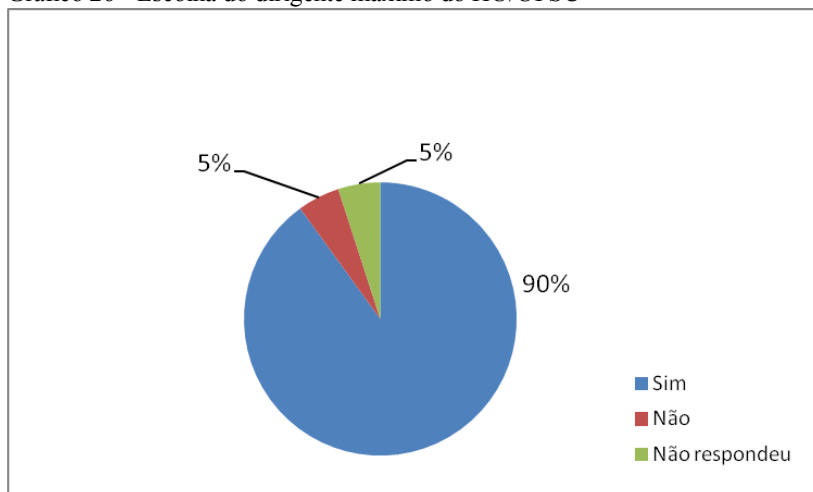


Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 24 (96%) das chefias dos setores vinculados à Diretoria Geral, Diretoria de Administração, Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar afirmam que a escolha do dirigente máximo do HU/UFSC deve continuar sendo por meio de consulta pública entre os trabalhadores do HU/UFSC, como acontece atualmente, 1 (4%) afirmam que não deve continuar sendo por meio de consulta pública.

O gráfico 26 apresenta a opinião das chefias dos setores vinculados à Diretoria Geral, Diretoria de Administração, Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, se a escolha do dirigente máximo do HU/UFSC deve continuar sendo por meio de consulta pública entre os trabalhadores do HU/UFSC, como acontece atualmente.

Gráfico 26 - Escolha do dirigente máximo do HU/UFSC



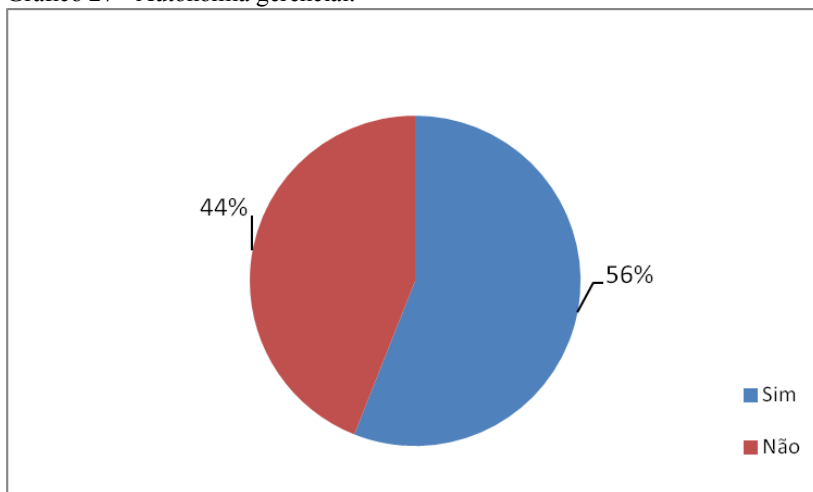
Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 18 (90%) das chefias dos setores vinculados à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina afirmam que a escolha do dirigente máximo do HU/UFSC deve continuar sendo por meio de consulta pública entre os trabalhadores do HU/UFSC, como acontece atualmente; 1 (5%) afirmam que não deve ocorrer como acontece atualmente, 1 (5%) não respondeu.

O gráfico 27 apresenta a opinião das chefias dos setores vinculados à Diretoria Geral, Diretoria de Administração, Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, se o Diretor Geral e demais diretores do HU/UFSC têm autonomia.



Gráfico 27 - Autonomia gerencial.



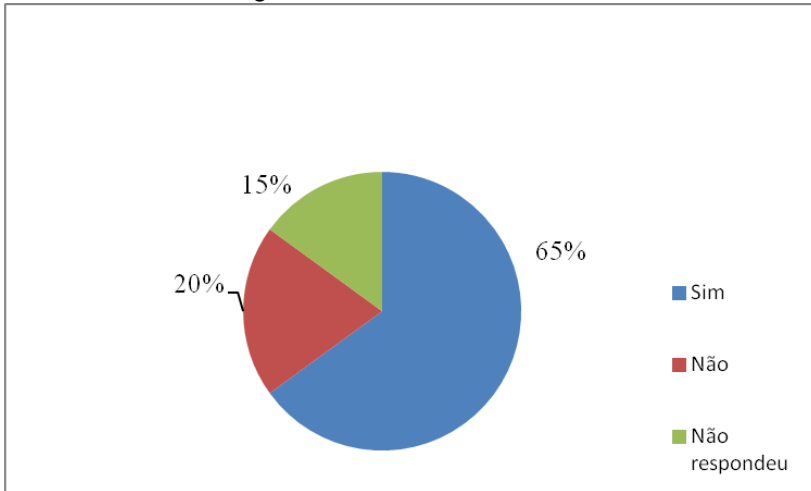
Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 14 (56%) das chefias dos setores vinculados à Diretoria Geral, Diretoria de Administração, Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar afirmam que o Diretor Geral e demais diretores do HU/UFSC têm autonomia, 11 (44%) dos respondentes afirmam que a diretoria do HU/UFSC não possui autonomia.

Os motivos apresentados se referem a dependência do HU perante à UFSC, Procuradoria Federal, Ministério da Saúde e falta de verba para financiamento e concursos.

O gráfico 28 apresenta a opinião das chefias dos setores vinculados à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina, se o Diretor Geral e demais diretores do HU/UFSC têm autonomia.

Gráfico 28 - Autonomia gerencial.



Fonte: Dados primários (2016).

Dos respondentes, 13 (65%) das chefias do HU/UFSC dos setores vinculados à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina afirmam que o Diretor Geral e demais diretores do HU/UFSC têm autonomia, 5 (20%) dos respondentes afirmam que a diretoria do HU/UFSC não possui autonomia, 3 (15%) não responderam.

c) Conclusão dos desafios em relação à tomada de decisão, escolha do dirigente e autonomia.

A partir das entrevistas com os gestores da Direção Geral do HU/UFSC e questionários respondidos pelas chefias do HU/UFSC vinculados à Diretoria Geral; Diretoria de Administração; Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar concluiu-se que na Universidade, bem como no HU/UFSC percebe-se que a tomada de decisão no HU/UFSC ocorre entre a administração setorial e com as chefias, mas, na Diretoria de Administração, há pouca participação de da equipe.

No ambiente administrativo, a todo o momento, os gestores estão tomando decisão. No sentido de verificar se as chefias estão sendo envolvidas no processo decisório, foi questionado se a tomada de decisão ocorre de forma participativa. A maioria das chefias respondeu que as decisões ocorrem de forma participativa. Tendo em vista que o público alvo são as chefias, que, geralmente, estão naturalmente mais

envolvidas no processo de decisão, é importante que as Diretorias realizem reuniões periódicas e envolvam as chefias para participar do processo de decisão e não somente repassem orientações de decisões já estabelecidas.

Na visão de Ribeiro (1977) a instituição universitária, na qual os hospitais universitários fazem parte, tornou-se burocratizada e com excesso na formalização dos processos decisórios.

Etzioni (1929), Bergue (2011) e Matias-Pereira (2010) apontam que uma das disfunções da burocracia é a valorização da hierarquia no processo de tomada de decisão de situações simples. Portanto, nem todas as decisões devem ter o envolvimento da chefia, para não inviabilizar o processo. Mas, quando a situação é complexa, é importante o envolvimento da equipe no processo de decisão.

Como aponta Oliveira (2012), a participação nas decisões é essencial para os processos de cooperação e compartilhamento de autoridades e responsabilidades, bem como de desenvolvimento pessoal e profissional.

O quadro 35 apresenta desafios em relação à Tomada de decisão

Quadro 35 - Desafios em relação à Tomada de decisão Tomada de decisão

<b>Fator de análise</b>	<b>Desafios em relação à Tomada de decisão</b>
Tomada de decisão	A tomada de decisão não ocorre sempre de forma participativa.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Com relação à autonomia, como visto na literatura, as Universidades Públicas Federais possuem autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial (BRASIL, 1988).

Entretanto, a autonomia é limitada à gestão interna, por que a falta de autonomia está presente na relação autarquia e poder público.

Romano (2008) explica que a falta de autonomia está relacionada a centralização por parte do Estado dos recursos financeiros e humanos.

Os entrevistados apontaram que: “se o Estado não encaminhar recurso para pagar os funcionários contratados via EBSERH, não adianta ter liberdade contratual para realização do concurso”. “O HU/UFSC não é autossustentável”. “O HU/UFSC poderia continuar sendo gerido por uma autarquia, se o Estado desse condições para contratar”. “Não importa o modelo jurídico de gestão, o que importa é a vontade política”.

O quadro 36 apresenta desafios em relação à Autonomia.

Quadro 36 – Desafios em relação à Autonomia.

<b>Fator de Análise</b>	<b>Desafios em relação à Autonomia</b>
Autonomia	- Não há autonomia para contratação de pessoal; recursos dependem de órgãos externos e o HU/UFSC não decidiu acerca da adesão da gestão pela EBSEH; -A falta de autonomia está presente na relação autarquia e poder público.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Com relação à escolha do dirigente máximo do HU/UFSC, a ampla maioria deseja que a escolha do dirigente máximo do HU/UFSC deve continuar sendo por meio de consulta pública entre os trabalhadores do HU/UFSC.

A LDB garante que as Universidades obedecerão ao princípio da gestão democrática para escolher seus dirigentes (BRASIL, 1996).

O quadro 37 apresenta desafios em relação à Escolha do Dirigente.

Quadro 37 – Desafios em relação à Escolha do Dirigente

<b>Fator de Análise</b>	<b>Desafios em relação à Escolha do Dirigente</b>
Escolha do Dirigente	A escolha do dirigente máximo do HU/UFSC deve continuar sendo por meio de consulta pública entre os trabalhadores do HU/UFSC.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

#### 4.4 SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS NA GESTÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PELA UFSC E NA GESTÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PELA EBSEERH

O Hospital Universitário na gestão pela Universidade Federal de Santa Catarina é um hospital totalmente gratuito e de referência estadual em diversas especialidades (HU/UFSC).

Como aponta Médici (2001), o hospital universitário tem um importante papel no atendimento de alta complexidade; apresenta atividades de ensino e pesquisa clínica; necessita de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde; exerce um papel político importante na comunidade que está inserido, devido a grande demanda de atendimentos.

O quadro de pessoal do HU/UFSC abrange uma equipe bastante heterogênea que integra a área administrativa; de assistência, formada por técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos; de apoio assistencial (nutricionistas, técnicos de laboratório, fisioterapeutas, etc), com regimes múltiplos de contratação: trabalhadores que são vinculados ao regime jurídico único, contratados via fundação de apoio e contratados por empresas terceirizadas.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEERH) foi criada por meio da Lei 12.550/2011, pelo Governo Federal, com o propósito de resolver a situação de falta de pessoal e regularizar o vínculo precário dos fundacionais, a partir da substituição por contratados via concurso público, com regime celetista (BRASIL, 2011).

O Hospital Universitário na gestão pela EBSEERH será gerenciado por uma empresa pública de direito privado, o financiamento será feito pelas dotações orçamentárias do MEC, alocadas diretamente no orçamento da EBSEERH e pelos recursos provenientes do SUS e de outras fontes de recursos próprios. O regime das empresas públicas será o celetista “condicionada a contratação à prévia aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos” (BRASIL 2011).

Primeiramente, foram entrevistados os gestores da Direção Geral do HU/UFSC.

a) Percepção da Direção Geral do HU, em relação à gestão do Hospital Universitário pela EBSEERH.

De acordo com o entrevistado 1, o modelo jurídico de empresa pública ou autarquia não é a solução, o que importa é a vontade política para resolver os problemas.

Eu sempre disse isso desde o começo, modelo jurídico de gestão não é solução para nada. Você pode ter solução de tudo com o modelo jurídico que quiser, por que na verdade, modelo jurídico é só para dizer como você se relaciona entre pares. Você poderia ter solução com autarquia. A solução para os problemas é a vontade política de resolve-los (ENTREVISTADO 1).

Para o entrevistado 2, se o HU continuasse pela gestão da UFSC, seria a falência, devido aos problemas que ocorreram nos últimos anos. Também afirmou que a adesão demorou para acontecer.

Havia, a segunda alternativa seria manter o hospital atrelado às políticas que a UFSC consegue manter. Mas, na conjuntura atual, essa alternativa, ao longo de alguns anos, iria levar o hospital à falência. Então, na conjuntura que vivenciamos nos últimos quatro anos, na verdade isso veio bastante tarde, o hospital teve muitos problemas por isso, tivemos bastante dificuldade para conseguir sobreviver. Mas não havia outra alternativa para que o hospital pudesse recuperar rapidamente a sua capacidade e necessidade de atender a população que precisa (ENTREVISTADO 2).

Segundo o entrevistado 3, a gestão do HU pela UFSC, nos últimos três anos, não conseguiu ampliar leitos, habilitar novos serviços, aumentar o quantitativo de cirurgias.

Não é a solução total. Mas, é parte da solução, por vir com uma expectativa. Acho que hoje a EBSEH nos traz a perspectiva de crescimento e de melhora que nos últimos 3 anos, a Instituição não viu. Não conseguimos crescer, não conseguimos habilitar novos serviços, não conseguimos ampliar leitos, aumentar o número de cirurgia. Não só pela falta de recursos financeiros, mas também de recursos humanos e também de estrutura de organização. Por que a gente precisa fortalecer a área meio, a área administrativa para o suporte do todo. Não adianta habilitarmos um serviço, se não temos a

retaguarda administrativa para dar suporte àquele serviço. Nos últimos anos o hospital não andou para frente, basicamente ficou andando em círculos, fazendo o que já fazia e muitas coisas deixou de fazer. A EBSEH acena com a possibilidade de melhorar. Mas, a melhora não vem de fora, vem de dentro, mas se eles nos der a possibilidade, nós temos que motivar a equipe para crescer. [...] Então, eu entendo que, a partir do momento que conseguimos acenar, a possibilidade da melhora na qualidade da assistência, as pessoas irão se manter (ENTREVISTADO 3).

Para o entrevistado 4, a crise política é permanente. Disse que não acredita que não haverá problemas com a gestão do HU pela EBSEH e que não havia outra possibilidade.

Quando eu entrei no HU, há 35 anos atrás, o HU já estava em crise e ele continua em crise. Da mesma forma o país, que está sempre em crise, e de tempos em tempos se renova essa crise, por que as coisas vão acontecendo, o hospital vai crescendo, vão assumindo outros serviços. Tudo isso tem problemas. Eu não acredito que não vamos ter problemas com a EBSEH, mas muitos dos problemas dependem daquilo que iremos fazer. Se nesse momento, para nossa situação atual, é a única solução que existe, com todo o movimento, se chegou a essa conclusão, não há outro caminho que não seja a EBSEH (ENTREVISTADO 4).

Segundo o entrevistado 5, o HU/UFSC resistiu por quatro anos não aderir à EBSEH. Foram feitas diversas tentativas de conseguir código de vagas, mas o MEC encaminhava as questões do HU à EBSEH.

O REHUF foi passado para a EBSEH também. Quem aderiu ou não, quem gerencia é a EBSEH. Então, não tem outra alternativa. Então, ou você adere ou resiste, que foi o que fizemos durante quatro anos. Apesar de respeitar a autonomia, tem a possibilidade de aderir ou não, da mesma forma

que se diz que se pode optar, você tem que resolver a questão dos terceirizados que é precisar de 155 códigos de vaga, daí você precisa ou enxuga a instituição e deixa o hospital menor. Fomos inúmeras vezes ao MEC, mas eles encaminham as questões do HU à EBSEH (ENTREVISTADO 5).

Para o entrevistado 6, não houve outra alternativa, a não ser a adesão.

“Nesse momento é a única solução, porque é a única que o governo aponta” (ENTREVISTADO 6).

O entrevistado 7 demonstrou com uma expectativa positiva em relação à EBSEH, afirmando que será uma gestão moderna.

O serviço público não é dinâmico. A EBSEH, nesse sentido, quebra um paradigma, quebra uma maneira de fazer gestão. E ela traz uma modernidade na gestão. Ela unifica a gestão dos hospitais, procedimentos, padroniza, é mais fácil capacitar. Eu tenho uma expectativa muito boa a respeito da EBSEH, apesar de sermos os últimos a aderir, o governo federal estar numa crise financeira (ENTREVISTADO 7).

O entrevistado 8 afirmou que as soluções, para não aderir, não eram compatíveis com a legislação.

Nas discussões que eu acompanhei durante os debates que foram realizados aqui na UFSC, as pessoas que se colocavam contra a EBSEH, traziam algumas soluções que a lei não ampara mais (ENTREVISTADO 8).

De acordo com o entrevistado 3, haverá uma assessoria jurídica na estrutura da EBSEH, desta forma, possibilitará maior agilidade nos pareceres necessários para dar continuidade aos processos de licitação. O entrevistado 5 aponta que será implantado o aplicativo AGHU, para assessor a gestão do HU/UFSC.



[...] a particularidade das nossas atividades, no sentido das licitações, do tipo de produto que é licitado, nós necessitamos de uma prioridade, por que o que se compra aqui é medicamento, material de assistência médica e não é um material que possa esperar. As nossas licitações não podem atrasar por causa de um parecer. Eu entendo que se tivéssemos uma parceria um pouco maior na questão do suporte jurídico, nas nossas licitações, isso nos ajudaria muito. Eu acredito que com a EBSEH vai melhorar por que terá uma assessoria jurídica que nos dará suporte para responder ao Ministério Público ou à Procuradoria Federal junto à UFSC e com as licitações que tem uma demanda legal a ser seguida e que demanda tempo (ENTREVISTADO 3).

[...] Outra questão importante é o AGHU, que está em desenvolvimento e há um cronograma dos hospitais que aderiram à EBSEH. Não conseguimos implantá-lo porque não havíamos aderido à EBSEH. O AGHU vai padronizar o sistema para todos os hospitais e ficará mais fácil comparar os hospitais (ENTREVISTADO 5).

Após as entrevistas, a pesquisadora encaminhou questionário às chefias do HU/UFSC vinculados à Direção Geral, Diretoria de Administração e Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar (vide Apêndice C); às chefias vinculadas à Diretoria de Enfermagem e Medicina (vide Apêndice D) e Coordenadores de Ensino, Pesquisa e Extensão dos Cursos de Graduação do Centro de Ciências da Saúde e Psicologia e Serviço Social da UFSC (vide Apêndice E, Apêndice F, Apêndice G), em relação aos desafios da gestão do Hospital Universitário pela EBSEH.

b) Percepção das Chefias vinculadas à Direção Geral, Diretoria de Administração e Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, Diretoria de Enfermagem e Medicina e Coordenadores de Ensino, Pesquisa e Extensão dos Cursos de Graduação do Centro de Ciências da Saúde e Psicologia e Serviço Social da UFSC, em relação aos desafios da gestão do Hospital Universitário pela EBSEH.

As Chefias vinculadas à Direção Geral, Diretoria de Administração e Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico

Complementar responderam que os desafios da gestão de pessoas são: contratação de novos funcionários; dificuldade na transição, principalmente pela diferença de remuneração entre servidores do RJU e da EBSEH; regimentos distintos para funcionários do mesmo setor; incertezas se haverá verbas para a abertura de novos leitos e contratação de pessoas.

Os desafios da gestão estrutural são: reabertura dos leitos; ampliação do atendimento de alta complexidade; implantação do AGHU; recuperação dos equipamentos; adequação da estrutura física/funcional com uma gestão profissional. Os desafios da gestão orçamentária são: aporte de recurso financeiro para melhoria da estrutura física e falta de recursos por não ter aderido anteriormente.

Os desafios da Gestão do Ensino, Pesquisa e Extensão são: estimular o corpo docente a ser mais participativo nas decisões do cotidiano, ajudando a estabelecer rotinas assistenciais. Os desafios da tomada de decisão são: falta de informações sobre o cronograma do novo modelo é fator de desmotivação; diagnóstico situacional: capacidade instalada e definição de metas/objetivos e apresentação ao público.

As Chefias vinculadas à Diretoria de Enfermagem e Medicina responderam que os desafios da gestão de pessoas são: possibilidade de não haver um clima harmônico e saudável no trabalho, considerando as diferenças de regime/ carga horária/ salário; clima organizacional de desmotivação, incertezas e falta de perspectivas em curto prazo; o contrato com a EBSEH poderá corrigir o problema de falta de pessoal (caso haja verba disponível em 2017) e mudança de cultura. Os desafios da gestão estrutural são: considerar "porta fechada" para a emergência adulto e da obstetrícia, até contratações; reativação de leitos; ampliação de leitos; manter a qualidade e quantidade de insumos; trabalhar com linhas de cuidado; reformar o auditório do HU "horível e sujo", dá vergonha em trazer convidados de fora acostumados com qualidade mínima. Os desafios da gestão orçamentária são: não atender única e exclusivamente o SUS; falta de financiamento que vai continuar cronicamente com ou sem a EBSEH; devido à atual economia, haverá necessidade de entrada de capital privado na rede.

Os Coordenadores dos Cursos de Graduação do Centro de Ciências da Saúde e Psicologia e Serviço Social da UFSC, em relação aos desafios da gestão do Hospital Universitário pela EBSEH responderam que os desafios da gestão de pessoas são: garantir as contratações de pessoal; manter a discussão e mobilização da comunidade do HU e universitária para manter o compromisso firmado

no contrato de adesão. Os desafios da Gestão estrutural apontados resumem-se a ampliar o atendimento. Os desafios da Gestão Orçamentária são: intensificar a fiscalização das contas do HU sob a tutela da EBSEH e repactuação do número de procedimentos feitos pelos serviços. Os desafios da Gestão do Ensino, Pesquisa e Extensão são: compatibilização do ensino e da pesquisa com a questão assistencial inerente à missão do HU. Os desafios da tomada de decisão são: tomada de decisões institucionais, onde a administração central e comissão da EBSEH necessitam pautar e alinhar suas atitudes e proposições.

c) Conclusão das contribuições das Chefias vinculadas à Direção Geral, Diretoria de Administração e Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, Diretoria de Enfermagem e Medicina e Coordenadores de Ensino, Pesquisa e Extensão, em relação aos desafios da gestão do Hospital Universitário pela EBSEH.

A Assessoria Jurídica será uma novidade no HU/UFSC, hoje a Procuradoria Federal junto à UFSC emite os pareceres dos processos de licitação e os demais assuntos referentes a judicialização são solicitados à Direção Geral e encaminhados à Procuradoria Federal que por sua vez, encaminha à Advocacia-Geral da União no Estado de Santa Catarina.

Bem como a Ouvidoria no HU será uma novidade, já que, a Ouvidoria é localizada na UFSC.

O AGHU é um sistema de gestão hospitalar que será implantado pela EBSEH, com foco no paciente e com objetivo de apoiar a padronização das práticas assistenciais e permite a criação de indicadores dos hospitais universitários (EBSEH).

A partir dos questionários (Apêndice C; Apêndice D; Apêndice E; Apêndice F; Apêndice G) respondidos pelas chefias do HU/UFSC vinculados à Direção Geral, Diretoria de Administração e Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, Diretoria de Enfermagem e Medicina e Coordenadores de Ensino, Pesquisa e Extensão, percebeu-se que há preocupação e falta de informação na gestão do HU/UFSC pela EBSEH.

No quadro 38 são apresentados os desafios da gestão do Hospital Universitário pela Universidade Federal de Santa Catarina e as perspectivas na gestão do Hospital Universitário pela UFSC, de acordo os pesquisados.

Quadro 38: Desafios da gestão do Hospital Universitário pela Universidade Federal de Santa Catarina e as perspectivas na gestão do Hospital Universitário pela EBSEH.

(continua)

Modelo de Gestão	Gestão do HU pela UFSC	Gestão do HU pela EBSEH
Gestão Estrutural	Estrutura organizacional divisional; gestão por serviços; faltam leitos	Considerar "porta fechada" para a emergência adulto e da obstetrícia, até contratações; reativação de leitos; ampliação de leitos; manter a qualidade e quantidade de insumos; trabalhar com linhas de cuidado; reformar o auditório do HU; ampliar o atendimento
Gestão de Pessoas	Faltam servidores; alto nível de absenteísmo na equipe de enfermagem; demissão e substituição dos trabalhadores fundacionais.	Clima organizacional de desmotivação; incertezas e falta de perspectivas em curto prazo; Incertezas se haverá verbas para contratação de pessoas; Dificuldade na transição, principalmente pela diferença de remuneração entre servidores do RJU e da EBSEH; regimentos distintos para funcionários do mesmo setor; manter a discussão e mobilização da comunidade do HU e universitária para manter o compromisso firmado no contrato de adesão.

Quadro 38: Desafios da gestão do Hospital Universitário pela Universidade Federal de Santa Catarina e as perspectivas na gestão do Hospital Universitário pela EBSEH, de acordo os pesquisados.

(conclusão)

Modelo de Gestão	Gestão do HU pela UFSC	Gestão do HU pela EBSEH
Gestão Orçamentária.	Faltam recursos financeiros, por não terem aderido à EBSEH anteriormente.	Não atender única e exclusivamente o SUS; falta de financiamento que vai continuar cronicamente com ou sem a EBSEH; Devido a atual economia, haverá necessidade de entrada de capital privado na rede; intensificar a fiscalização das contas do HU sob a tutela da EBSEH e repactuação do número de procedimentos feitos pelos serviços.
Gestão do Ensino, Pesquisa e Extensão.	Não há respostas.	Estrutura com gerência do ensino e pesquisa; compatibilização do ensino e da pesquisa com a questão assistencial inerente à missão do HU
Tomada de decisão, Autonomia e Escolha do Dirigente Máximo do HU/UFSC.	Não há respostas.	Tomada de decisões institucionais, onde a administração central e gestores da EBSEH necessitam pautar e alinhar suas atitudes e proposições.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

d) Semelhanças e diferenças na gestão do Hospital Universitário pela UFSC e na gestão do Hospital Universitário pela EBSEH.

A partir da análise de dados e análise documental constantes neste estudo, no quadro 39 apresentam-se as semelhanças e diferenças entre a gestão do Hospital Universitário pela UFSC e na gestão do Hospital Universitário pela EBSEH:

Quadro 39: Semelhanças e Diferenças na gestão do HU pela UFSC e gestão do HU pela EBSEERH.

Semelhanças	Diferenças
<p>Servidores permanentes continuarão pertencentes ao regime jurídico único; diferentes regimes de trabalho convivendo junto (mesma função e divergência salarial);</p> <p>Demissão dos fundacionais;</p> <p>Atuação como campo de ensino, pesquisa e extensão;</p> <p>Assistência integral e exclusiva, no âmbito do SUS;</p> <p>Direitos de propriedade intelectual;</p> <p>Receita oriunda da contratualização, recursos REHUF, dotação orçamentária da Lei orçamentária anual;</p> <p>Contratualização com o SUS.</p>	<p>Natureza Jurídica (UFSC: Direito Público x EBSEERH: Direito Privado);</p> <p>Utilização do sistema AGHU;</p> <p>Assessoria Jurídica;</p> <p>Estrutura organizacional: gestão por serviço/ gestão por processo (linhas de cuidado); cedência do Patrimônio do HU/UFSC para EBSEERH;</p> <p>cedência do quadro de pessoal permanente para a EBSEERH; escolha do Dirigente máximo do HU/UFSC definida pelo Presidente da EBSEERH.</p> <p>Cargo de Gestor de Ensino e Pesquisa no HU.</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

No quadro 39, apresentam-se as semelhanças e diferenças na gestão do HU pela UFSC e gestão do HU pela EBSEERH.

Com relação a gestão estrutural, a natureza jurídica da UFSC é de Direito Público, e da EBSEERH, por ser uma empresa pública, é de Direito Privado.

Tanto a UFSC como a EBSEERH são entidades da Administração Indireta, sendo a UFSC, uma autarquia e a EBSEERH, uma empresa pública.

Di Pietro (2012) aponta que a natureza jurídica das autarquias é de direito público e explica que as autarquias devem ser criadas por lei; ter personalidade jurídica pública; capacidade exclusivamente administrativa; desenvolver capacidade específica e sujeitas a controle administrativo para não se desviarem de seus fins institucionais.

Já, a EBSEERH, sendo uma empresa pública, tem “personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criada por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou conveniência administrativa” (BRASIL, 2011)

Mello (1968) esclarece que personalidade de direito significa a imputação de direitos e obrigações, ou seja, personalidade de direito público é norteada essencialmente pelas regras de direito público e direito privado, se rege pelos preceitos comerciais, ou seja, são organizações empresárias, mas constituída e mantida pelo Estado (JUSTEN FILHO, 2011; CAHALI, 2007).

O organograma utilizado pela EBSEERH é gestão por processo (linhas de cuidado); e o organograma do HU definido pela UFSC é gestão por serviço.

Na gestão por serviço, Daft (2008) expressa que os profissionais com as mesmas funções estão alocados em serviços. Já, na gestão por processo, a equipe multiprofissional é alocada no mesmo setor, de acordo com as linhas de cuidado.

No organograma do HU organizado pela EBSEERH, haverá uma Assessoria Jurídica.

Com relação a gestão de pessoas, as semelhanças da gestão são: servidores permanentes continuarão pertencentes ao regime jurídico único; e continuará havendo diferentes regimes de trabalho convivendo junto (mesma função e divergência salarial), tendo em vista que atualmente há servidores e fundacionais nesta situação e após concurso da EBSEERH, os fundacionais serão substituídos pelos empregados públicos, que terão a mesma função dos servidores, mas com divergência salarial e benefícios distintos; a demissão dos fundacionais, em ambas as gestões seria efetuada. As Diferenças na gestão do HU pela UFSC e gestão do HU pela EBSEERH é a cedência do quadro de pessoal permanente para a EBSEERH, tendo em vista de que se não houvesse a adesão, não haveria a cedência.

Com relação a gestão orçamentária, o HU organizado pela UFSC ou pela EBSEERH continuará recebendo receita oriunda da contratualização, recursos REHUF, dotação orçamentária da Lei orçamentária anual; e ainda haverá contratualização com o SUS, por que de acordo com o contrato de adesão do HU/UFSC, a assistência continuará sendo integral e exclusiva, no âmbito do SUS.

Com relação a gestão do ensino, pesquisa e extensão, as semelhanças da gestão são: direitos de propriedade intelectual e atuação do HU como campo de ensino, pesquisa e extensão. A diferença é que no HU organizado pela EBSEERH haverá o cargo de gerente de Ensino e Pesquisa.

Com relação a escolha do dirigente máximo, na gestão do HU pela EBSEERH, a indicação será feita pelo Reitor ao Presidente da EBSEERH.

Sendo assim, dá-se por concluído o objetivo “c” desta pesquisa.

A seguir, objetivando concluir a dissertação, são apresentadas as considerações finais e recomendações para trabalhos futuros.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Nesta seção apresentam-se as conclusões do presente estudo, bem como, as recomendações para futuros trabalhos.

### 5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de caráter predominantemente qualitativo propôs analisar desafios da gestão do Hospital Universitário da UFSC, após a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) pelo Governo Federal.

Os objetivos específicos trabalhados foram: a) Descrever a estrutura e funcionamento do HU/UFSC; b) Identificar desafios enfrentados na gestão do HU/UFSC, após a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) pelo Governo Federal; c) Conhecer semelhanças e diferenças da gestão do Hospital Universitário pela Universidade Federal de Santa Catarina e gestão do Hospital Universitário pela EBSERH.

Buscando responder ao primeiro objetivo específico, descreveram-se a estrutura e funcionamento, com base nos documentos que regem a Universidade Federal de Santa Catarina e o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

Em cumprimento ao segundo objetivo, com base nas informações obtidas por meio das entrevistas e questionários, concluiu-se que os Desafios da gestão estrutural no HU/UFSC são: reestruturação física do HU/UFSC; reabertura de leitos; funcionamento porta aberta na Emergência, gerando alto nível de stress nos trabalhadores; falta de UTI Pediátrica para retaguarda da Emergência Pediátrica; dificuldade de aceitação entre as chefias da área médica e enfermagem em serem chefiadas por cargo distinto. Desafios da gestão de pessoas no HU/UFSC são: O Governo Federal não autorizou concursos para atender a demanda; quantitativo de servidores insuficiente; morosidade na contratação de pessoal, por meio da Lei 8.112; dificuldade de Implantar Procedimentos Operacionais (POPs); perda do conhecimento tácito com a demissão dos trabalhadores contratados via Fundação de Apoio e se não forem substituídos pelos funcionários contratados via EBSERH, haverá prejuízo no setor, com a redução de leitos, não aumento de serviços e lentificação no serviço; Alto nível de absenteísmo na equipe de assistência; Pagamento da APH, para manter a força de trabalho. Desafios da gestão de orçamento no HU/UFSC são: faltam recursos para custeio e investimento; as metas pactuadas com o gestor

SUS não foram alcançadas pela falta de pessoal; melhorar o faturamento do hospital com o aumento da produtividade em alta complexidade. Desafios da gestão do ensino, pesquisa e extensão do HU/UFSC são: atenção primária, ocasionando elevado número de pessoas nas enfermarias; os leitos desativados também impactam negativamente, por que há mais alunos aprendendo em cada leito, prejudicando o ensino, a assistência e desrespeitando o paciente; Faltam registros confiáveis de projetos de ensino e pesquisa; falta de incentivo para servidores realizarem produção científica; Ensino fragmentado entre os cursos, ocasionando procedimentos repetidos com os pacientes; servidores resistentes à mudança; falta de diálogo com a Direção Geral do HU/UFSC; falta de espaço para alocar estudantes e professores. Desafios com relação à tomada de decisão: algumas chefias afirmaram que a tomada de decisão não ocorre de forma participativa; Desafios com relação à autonomia: não há autonomia para a contratação de pessoal; recursos dependem de órgãos externos e o HU/UFSC não decidiu acerca da adesão da gestão pela EBSEH; a falta de autonomia está presente na relação autarquia e poder público. Desafios com relação a escolha do dirigente máximo: A escolha do dirigente máximo do HU/UFSC deve continuar sendo por meio de consulta pública entre os trabalhadores do HU/UFSC.

Em cumprimento ao terceiro objetivo: A partir da análise de dados e análise documental constantes neste estudo, apresentam-se as seguintes semelhanças entre a gestão do Hospital Universitário pela UFSC e na gestão do Hospital Universitário pela EBSEH: servidores permanentes continuarão pertencentes ao regime jurídico único; regimes de trabalho distintos, celetistas da EBSEH e estatutários trabalhando na mesma função e com divergência salarial; como ocorre hoje, entre os estatutários e os fundacionais.

As diferenças entre a gestão do Hospital Universitário pela UFSC e na gestão do Hospital Universitário pela EBSEH é de natureza jurídica: empresa pública e Autarquia; gestão por serviço e gestão por processo; cedência do Patrimônio do HU/UFSC para EBSEH; cedência do quadro de pessoal permanente para a EBSEH; escolha do Dirigente Máximo do HU/UFSC será feita pelo Presidente da EBSEH.

É possível afirmar que o objetivo geral desta pesquisa foi alcançado, tendo em vista que os objetivos específicos foram integralmente cumpridos.

Destaca-se que a falta de pessoas contratadas pelo Governo Federal para o HU/UFSC, trouxe problemáticas que afetaram todo o Hospital, na gestão estrutural: com a falta de leitos; na gestão

orçamentária: com o pagamento de adicional de plantão hospitalar; na gestão de pessoas: ocasionando afastamentos por conta da sobrecarga de trabalho; no ensino, na pesquisa e na extensão: o fechamento de leitos, devido à falta de pessoal, interfere na qualidade de ensino.

Na opinião da pesquisadora, o Estado criou e tem implantado a EBSEH de forma *top down* na gestão dos Hospitais Universitários, com o objetivo de se tornar uma administração pública motivada pela economia/eficiência, mediante contrato de gestão com as Instituições Federais de Ensino. Desta forma, entende-se que a EBSEH foi criada nos moldes da administração pública gerencial.

Tendo em vista que o Governo Federal apontou a EBSEH como solução para resolver a situação da insuficiência de pessoal nos Hospitais Universitários, e o HU/UFSC aderiu ao modelo de gestão da EBSEH, os profissionais a serem contratados por meio de concurso público, serão vinculados ao regime celetista. Assim, os trabalhadores perdem direitos e cria-se uma nova cultura de trabalho.

Diante das mudanças ocorridas, algumas situações merecem atenção, que são:

Na gestão do HU/UFSC pela EBSEH, a remuneração do cargo de comissão ou função gratificada é bastante atraente, qual a garantia que não haverá designação do cargo baseado em lealdade política?

A escolha do cargo de Superintendente no modelo de gestão HU pela EBSEH será definida pelo Presidente da EBSEH, qual a garantia que continuará ocorrendo e será considerada a consulta pública dos trabalhadores do HU/UFSC? Esta é uma questão importante para os trabalhadores do HU/UFSC, pois se espera que o dirigente máximo tenha aderência com a área da saúde e com o ensino, pesquisa e extensão.

## 5.2. RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

A pesquisadora percebe que trabalhos sobre a gestão pública, principalmente em relação a gestão de um Hospital Universitário Federal merecem ser mais explorados.

Portanto, sugerem-se as seguintes pesquisas para o aprofundamento do tema:

- a) Desenvolvimento de estudo do HU/UFSC pela gestão da EBSEH, em relação ao clima organizacional;
- b) Desenvolvimento de estudo do HU/UFSC pela gestão da EBSEH, em relação ao ensino, pesquisa e extensão;

- c) Comparação do desempenho entre Hospitais Universitários das Instituições Federais de Ensino Superior brasileiras que aderiram à EBSEH;
- d) Motivações para a não adesão à EBSEH.

## REFERÊNCIAS

AAKER, David A.; DAY, George S. **Investigación de mercados**. 2. ed. México: McGraw-Hill, 1989.

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE Nº. 4895 DA PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=3279333&tipo=TP&descricao=ADI%2F4895>. Acesso em: 05 de abril 2015.

ALBUQUERQUE, V. S; GOMES, A. P; et al. **A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde**. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. 32 (3) : 356–362; 2008

ARAÚJO, Manoel M; WIZNIEWSKY, José G; TSUKAHARA, Roberto T; ARAUJO, Leandro L. **A prática da indissociabilidade do ensino-pesquisa-extensão na universidade**. Rev. Bras. de AGROCIÊNCIA, v.4, n.º 3, 177-182, Set.-Dez.,1998

ANDRADE, L.O.M; PONTES, R.J.S; MARTINS JUNIOR, T. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 2000.

ANDRADE, R. B de; AMBONI, N. **Estratégias de gestão: processos e funções do Administrador**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à Luz da Reforma do Estado**. Revista Brasileira de Educação Médica. 37 (2) : 275 – 284 ; 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/16.pdf> Acesso em: 27 de nov. 2015.

Azevedo ALCS, Ana Paula Pereira AP, Lemos C, Coelho MF, Chaves LDP. **Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010 out/dez;12(4):736-45. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6585>

BARATA, Luiz; MENDES, José; BITTAR, Olímpio. **Hospitais de Ensino e o Sistema Único de Saúde**. Revista de Administração em Saúde [online] – Vol. 12, nº 46 – Jan./Mar. 2010. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf> Acesso em: 26 de nov. 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)> Acesso em: 30 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004**. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2004/decreto/d5055.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/decreto/d5055.htm) Acesso em: 26 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 6.129, de 20 de junho de 2007**. Dispõe sobre a vinculação das entidades integrantes da administração pública federal indireta. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2007-2010/2007/Decreto/D6129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2007/Decreto/D6129.htm) Acesso em: 15 maio 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm) Acesso em: 02 nov. 2015

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.186, de 27 de maio de 2010**. Regulamenta os arts. 298 a 307 da Lei no 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que tratam do Adicional por Plantão Hospitalar - APH. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2010/Decreto/D7186.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/Decreto/D7186.htm) Acesso em: 07 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011**. Aprova o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, e dá outras providências Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2011-2014/2011/Decreto/D7661.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2011/Decreto/D7661.htm) Acesso em: 27 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei nº 579, de 30 de julho de 1938.** Organiza o Departamento Administrativo do Serviço Público, reorganiza as Comissões de Eficiência dos Ministérios e dá outras providências. Disponível em: [http://www12.senado.gov.br/orcamento/documentos/outros/linha-do-tempo/Decreto-Lei\\_579\\_de\\_30\\_de\\_julho\\_de\\_1938.pdf](http://www12.senado.gov.br/orcamento/documentos/outros/linha-do-tempo/Decreto-Lei_579_de_30_de_julho_de_1938.pdf). Acesso em: 27 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei 200, de 25 de fevereiro de 1967.** Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del0200.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm). Acesso em: 11 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei nº 900, de 29 de setembro de 1969.** Altera disposições do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del0900.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0900.htm)> Acesso em: 12 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei nº 5773, de 9 de maio de 2006.** Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/legislacao/decreton57731.pdf> Acesso em: 10 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)> Acesso em: 12 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais: publicada no Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8112cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8112cons.htm)>. Acesso em: 18 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm). Acesso em: 26 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 8689, de 27 de julho de 1993.** Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8689.htm)> Acesso em: 12 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional:** nº 9394/96. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/edicoes/paginas-individuais-dos-livros/lei-de-diretrizes-e-bases-da-educacao-nacional> Acesso em: 26 nov. 2015

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº. 12.155, de 23 de dezembro de 2009.** Dispõe sobre a concessão de Bônus Especial de Desempenho Institucional - BEBP/DNIT aos servidores do Departamento Nacional de Infra-Estrutura de Transportes - DNIT; altera as Leis nos 11.171, de 2 de setembro de 2005, 10.997, de 15 de dezembro de 2004, 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, e 11.507, de 20 de julho de 2007; e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/Lei/L12155.htm#art8](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/Lei/L12155.htm#art8) Acesso em: 07 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm)>. Acesso em: 5 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Medida Provisória 520, de 31 de dezembro de 2010.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. – EBSEH. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/mpv/520.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/mpv/520.htm)>. Acesso em: 12 mai. 2015.



\_\_\_\_\_. **Portaria nº. 1559, de 1º de agosto de 2008, do Ministério da Saúde.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html). Acesso em 11 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº. 3.390, de 30 de dezembro de 2013a, do Ministério da Saúde.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)>. Acesso em: 7 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº. 3.410, de 30 de dezembro de 2013b, do Ministério da Saúde.** Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html)> Acesso em: 02 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html) Acesso em: 02 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial nº. 1000, de 15 de abril de 2004, do Ministério da Saúde.** Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2400.htm>> Acesso em: 7 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial nº. 1006, de 27 de maio de 2004g, do Ministério da Saúde.** Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <[http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PI\\_1006\\_270504.pdf](http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PI_1006_270504.pdf)> Acesso em: 02 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.378, de 26 de outubro de 2004h.** Certifica 28 unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2378.htm>> Acesso em: 7 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial nº. 2400, de 02 de outubro de 2007.** Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em:

[http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PI\\_2400\\_021007.pdf](http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PI_2400_021007.pdf) Acesso em: 27 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria Normativa nº. 3, de 1º. de fevereiro de 2013i.**

Estabelece os procedimentos de aditamento de atos regulatórios para alteração no número de vagas de cursos de graduação de medicina ofertados por Instituições de Educação Superior - IES, integrantes do Sistema Federal de Ensino, e dá outras providências: publicado no Diário Oficial da União, 4 fev. 2013. Disponível em:

<[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task="](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=)> Acesso em: 7 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei 1.749/2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. – EBSEH.

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Projetos/PL/2011/msg236-1%C2%BAJUL2011.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Projetos/PL/2011/msg236-1%C2%BAJUL2011.htm) Acesso em: 12 mai. 2015.

BERGUE, Sandro Trescastro. **Gestão de pessoas em Organizações Públicas.** 2ª. ed. rev. e atual. Caxias do Sul: Educus, 2007.

\_\_\_\_\_, Sandro Trescastro. **Modelos de Gestão em Organizações Públicas.** Caxias do Sul: Educus, 2011.

BONACIM, Carlos Alberto Grespan; ARAUJO, Adriana Maria Procópio de. **Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde:** os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Crise Econômica e Reforma do Estado no Brasil:** para uma nova interpretação da América Latina. 1ª. ed. São Paulo: Ed. 34, 1996.

\_\_\_\_\_. **Reforma do Estado para a cidadania:** a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. Brasília: Enap/Editora 34, 1998a. BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter. **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial.** Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1998.

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.** Dissertação ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título em Saúde Coletiva, 2010.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde pública e saúde coletiva:** campo e núcleo de saberes e práticas. Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, jul./dez. 2000.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S., CUNHA, G. T. **Apoio Matricial e Atenção Primária à Saúde.**

Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

CAHALI, Yussef Said. **Responsabilidade Civil do Estado.** 3<sup>a</sup>. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2007.

CASTRO, Janete Lima de; CASTRO, Jorge Luiz de. Estudo do perfil dos gerentes dos hospitais públicos do Rio Grande do Norte. In: FALCÃO, André et al. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil:** estudos e análises. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 329-342.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas (SP), 2003. (mimeo).

CELLA, José Renato Gaziero. **Contrato Administrativo:** Equilíbrio Econômico-Financeiro. Curitiba: Juruá Editora, 2004.

CRETELLA JÚNIOR, José. **Administração Indireta Brasileira.** 4<sup>a</sup>. Edição. Rio de Janeiro, 2000.

CHAUÍ, Marilena de Souza. **A universidade pública sob nova perspectiva.** Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/rbedu/n24/n24a02.pdf>>

COELHO, Ivan Batista. **Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil.** Ciências e Saúde Coletiva, Jan 2010, vol.15, no.1, p.171-183.

CÔRREA, Edison José. **Extensão universitária, política institucional e inclusão social.** Rev Bras. Extensão Universitária, v. 1, n.1, p. 12-15, jul-dez. 2003.

COSTA, Marli Marlene M. da. Políticas Públicas e Violência Estrutural. In: LEAL, Rogério Gesta; REIS, Jorge Renato dos. (orgs.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos.** Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005. p. 1261-1278.

COSTA, João Vasconcelos. **A autonomia universitária.** Lisboa, 2004. Disponível em: <<http://jvcosta.net/artigos/autonomia.pdf>> Acesso em: 31 ago. 2015.

CURY, A. **Organização e métodos: uma visão holística.** 8ª. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

DAFT, Richard L. **Organizações: Teoria e Projetos.** 9ª. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

DASSO JUNIOR, Aragon. **Reforma Do Estado Com Participação Cidadã? Déficit Democrático Das Agências Reguladoras Brasileiras.** Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Direito, 2006.

DEMO, Pedro. **Complexidade e aprendizagem: a dinâmica não linear do conhecimento.** São Paulo: Atlas, 2002.

\_\_\_\_\_, Pedro. **Pesquisa e Construção de Conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

DENHARDT, Robert B. **Teorias da administração pública**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

DIAS, Helio Pereira. **Direitos e obrigações em saúde**. Brasília: ANVISA, 2002.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 25. ed. São Paulo: Atlas, 2012

DYE, Thomas R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In: HEIDEMANN, F. G; SALM, J. F., organizadores. **Políticas públicas e desenvolvimento**: bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: ed. Universidade de Brasília, 2009.

DUARTE, Ivomar Gomes; BOTAZZO, Carlos. **Gestão de pessoas nas organizações sociais de saúde**: algumas observações. RAS – Vol. 11, nº 45. out-dez/2009. p. 161-168.

EBSERH. **Regimento Interno da EBSERH**. Disponível em: [http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/112576/regimento\\_interno\\_segunda\\_revisao\\_com\\_siglas\\_09122014.pdf/0ffb9c48-695f-46a3-955d-0e9fbded57c0](http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/112576/regimento_interno_segunda_revisao_com_siglas_09122014.pdf/0ffb9c48-695f-46a3-955d-0e9fbded57c0) Acesso: 1º dez. 215

ETZIONI, Amitai. 1929, **Organizações Modernas**. Tradução de Miriam L. Moreira Leite. 7ª. Ed. São Paulo: Pioneira, 1984.

FÁVERO, M. L. A. **A Universidade no Brasil**: das origens à Reforma Universitária de 1968, Educar, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006. Editora UFPR

FERRAZ, Anna C. C. **A Autonomia Universitária na Constituição Federal de 05.10.1988**. R. Dir. Adm. Rio de Janeiro, 215: 117-142, jan/mar, 1999.

FEUERWERKER, Laura C. M.; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **O hospital e a formação em saúde**: desafios atuais. Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):965-971, 2007. p. 965-971.

FLEURY, Sonia. **Reforma Sanitária Brasileira**: dilemas entre o instituinte e o instituído. Fundação Getúlio Vargas. Ciência e Saúde Coletiva, 2009, vol.14, no.3, p.743-752.

FINGER, Almerly. Construindo uma Universidade. In: **Temas de administração universitária**/organizado pelo Núcleo de Pesquisas e Estudos em Administração Universitária – NUPEAU, Curso de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1991. p. 9-24

FREITAS, Juarez. Políticas Públicas, Avaliação de Impactos e o Direito Fundamental à Boa Administração. Sequência (Florianópolis), n. 70, p. 115-133, jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/2177-7055.2015v36n70p115>. Acesso em: 15 jul. 2015.

GIACOMONI, James. **Orçamento Público**. 12. ed. ampl., rev. e atual. São Paulo: Atlas, 2003.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GUIMARÃES, F. A. Cintra. Advocacia de Estado, Administração Pública e Democracia: A função da consultoria jurídica na formulação e execução de políticas públicas. In: **Democracia, Direito e Gestão Pública**: Textos para discussão. ANTERO, Samuel; SALGADO, Valéria (orgs.). Brasília: IABS, 2012.

GUIZARDI, Francini Lube; CAVALCANTI, Felipe de Oliveira **A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS**. Interface (Botucatu), Set 2010, vol.14, n°.34, p.633-646.

HEIDEMANN, F. G; Do sonho do progresso às políticas de desenvolvimento. In: HEIDEMANN, F. G; SALM, J. F., organizadores. Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: ed. Universidade de Brasília, 2009.

HÖFLING, E.M. **Estado e Políticas (Públicas) Sociais**. Cadernos Cedex, ano XXI, n° 55, novembro/2001. 30-41.

HU. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. **Boletim Estatístico do Movimento Hospitalar do Exercício 2012**-Seção de Arquivo e Estatística-Florianópolis: HU/UFSC, 2013.

\_\_\_\_\_. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. **Regimento Interno do HU/UFSC**. Florianópolis: HU/UFSC, 1992.

\_\_\_\_\_. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Ata da reunião do Conselho Diretor, realizada em 17 de setembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Histórico Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Disponível em: [http://www.hu.ufsc.br/?page\\_id=13](http://www.hu.ufsc.br/?page_id=13) Acesso em: 25 nov. 2015

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: Florianópolis. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/287T7> Acesso em: 21 nov. 2015.

JUSTEN FILHO, MARÇAL. **Curso de Direito Administrativo**. 7. ed. rev. e atual. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

LUEDY, Almerinda; MENDES, Vera Lúcia Peixoto S.; RIBEIRO JÚNIOR, Hugo. **Gestão pública por resultados: contrato de gestão como indutor de melhorias em um hospital universitário**. Revista Organização e Sociedade. vol.19, n<sup>o</sup>.63 Salvador Oct./Dec. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-92302012000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302012000400005). Acesso em: 02 nov. 2015.

MACEDO, Arthur Roquete et al. **Educação Superior no Século XXI e a Reforma Universitária Brasileira**. Ensaio: aval. pol. públ. Educ., Rio de Janeiro, v.13, n.47, p. 127-148, abr./jun. 2005

MACHADO, S. P; KUCHENBECKER, R. **Desafios e perspectivas futuras dos Hospitais Universitários no Brasil**. R. Rev. Ciência e Saúde Coletiva. 871-877, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v12n4/06.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

MAGALHÃES, Hilda Gomes Dutra. **Indissociabilidade entre pesquisa, ensino e extensão: tensões e desafios**. Educação Temática Digital, v. 8, n. 2, p. 168-175, jun. 2007.

MARTINATO, MCNB et al. **Absenteísmo na enfermagem**: uma

revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):160-6.

MARTINS, Caroline Curry; WACLAWOVSKY, Aline Josiane.

**Problemas e Desafios Enfrentados Pelos Gestores Públicos no Processo de gestão em Saúde.** Revista de Gestão em Sistemas de Saúde. Vol. 4, n<sup>o</sup>. 1. Janeiro/Junho. 2015. Disponível em:

<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/157/156>

Acesso: 26 nov. 2015.

MARTINS, H. F. **Burocracia e a Revolução Gerencial:** a persistência da dicotomia entre política e administração. Revista do Serviço Público, Brasília, n<sup>o</sup>. 1, p. 42-78, jan./abr. 1997.

\_\_\_\_\_. **Reforma do Estado e coordenação governamental: as trajetórias de políticas de Gestão Pública na Era FHC.** In:

ABRUCIO, Fernando Luiz; LOUREIRO, Maria Rita (orgs). O Estado numa era de reformas: os anos FHC. Brasília: MP, SEGES, 2002. p. 209-280.

MARTINS, Sergio Pinto. **Direito do trabalho.** 23 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MATIAS-PEREIRA, José. **Curso de Administração Pública:** foco nas instituições e ações governamentais. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

\_\_\_\_\_, José. **Manual de Gestão Pública Contemporânea.** 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Atlas, 2009.

MEC. **Universidades.** Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php>. Acesso em: 22 nov 2015.

MEDICI, A.C. **Hospitais Universitários:** Passado, Presente, Futuro. Rev Ass Med Brasil, 2001. p. 149-156.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito municipal brasileiro.** 9. Ed. São Paulo: Malheiros, 1997.

\_\_\_\_\_. **Direito Administrativo Brasileiro.** 27<sup>a</sup> edição. São Paulo: Malheiros, 2002.



MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Natureza e Regime Jurídico das Autarquias**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1968.

\_\_\_\_\_. **Curso de Direito Administrativo**. 29 ed<sup>a</sup>. São Paulo: Malheiros Editores, 2011.

MENDONÇA, Maria Lirida Calou de Araújo e Mendonça. **As organizações sociais entre o público e o privado**: Uma análise de Direito Administrativo. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2008.

MEYER JÚNIOR, Victor; MURPHY, Patrick (org.). **Dinossauros, Gazelas e Tigres**: novas abordagens da Administração Universitária. Florianópolis: Insular, 2000.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Para PGR lei que cria EBSERH é inconstitucional**. Disponível em: <http://mpf.jusbrasil.com.br/noticias/100537143/para-pgr-lei-que-cria-ebserh-e-inconstitucional>. Acesso em: 17 nov. 2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Unidades Básicas de Saúde**. Disponível em: <http://dados.gov.br/dataset/unidades-basicas-de-saude-ubs> Acesso em: 24 nov 2015.

MIRAGEM, Bruno. **A nova administração pública e o direito administrativo**. São Paulo: Ed. Revista dos tribunais, 2011.

MOACYR, P. **A Instrução e o Império**: Subsídios para a história da educação no Brasil. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1937, v. 2, p. 1854-1889.

MORITZ, Gilberto de Oliveira; PEREIRA, Maurício Fernandes. **Processo Decisório**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2010.

MOITA, Filomena Maria Gonçalves da Silva Cordeiro; ANDRADE, Fernando César Bezerra de Andrade. **Ensino-pesquisa-extensão: um exercício de indissociabilidade na pós-graduação**. Revista Brasileira de Educação v. 14 n. 41 maio/ago. 2009

NEVES, Arminda. **Serviço Público: Para Uma Cultura De Gestão Na Administração Pública**. Évora, 2002. E-Book. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10174/2514>> Acesso em: 03 nov. 2015.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Perspectivas da Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OLIVEIRA, Gabriela. **A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)**. Dissertação ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título em Ciências Sociais, 2014.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. Hist. Ciências. Saúde-Manguinhos, Mar 2014, vol.21, n.º.1, p.15-36.

PAULA, Ana Paula Paes de. **Por uma nova gestão pública**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PAULUS JUNIOR, A.; CORDONI JUNIOR, L. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 8, n.1, p.13-19, dez. 2006. Disponível em: <[http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1\\_artigo\\_3.pdf](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_3.pdf)>. Acesso em: 26 maio 2015.

PARRA FILHO, Domingos; SANTOS, João Almeida. **Metodologia Científica**. São Paulo: Futura, 2002.

PERSSON, Erik. **Burocracia, Ideologia e Gestão Social: Uma abordagem crítica à luz da categoria habermasiana da esfera pública**. Dissertação ao Curso de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título em Administração, 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Site institucional: Mortalidade infantil cai pela metade em Florianópolis**. (31/01/2014) Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina&noti=11121>. Acesso em: 26 nov. 2015.

RIBEIRO, Nelson de Figueiredo. **Administração Acadêmica Universitária: a teoria, o método**. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos editora, 1977.

ROESCH, Sylvia Maria A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2009.

ROMANO, Roberto. **Gestão Universitária, autonomia, autoritarismo**. Revista USP, São Paulo, n. 78, p. 48-57, jun./ago, 2008.

ROMERO, J.J.B. Concepções de universidade. In. FINGER, A. P. (org.) **Universidade organização: planejamento e gestão**. Florianópolis: UFSC/CPG/NUPEAU, 1988.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças. **História da Administração: Como entender as origens, as aplicações e as evoluções da administração**. São Paulo. Ed. Atlas, 2012.

OLIVEIRA, Lecila et al. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. P. 306-312, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n2/11.pdf>. Acesso em: 21 julh. 2016

SANTOS, Boaventura de Sousa; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A Universidade no século XXI: Para uma universidade nova**. Coimbra: Almedina, 2008.

SANTOS, Adair Loredó. **Direito Administrativo**. São Paulo: Prima Cursos Preparatórios, 2005.

SÃO THIAGO, Polydoro Ernani de. **Promovendo Saúde e Ensino: Hospital Universitário de Santa Catarina**. 1983.

SCHWARTZMAN, Simon. **Ciência, Universidade e Ideologia: a política do conhecimento [on line]**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein, 2008. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=d6KDBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA105&dq=related:S1ZQARz39I7w\\_M:scholar.google.com/&ots=0ZUSd\\_m7u4&sig=YjKSZL](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=d6KDBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA105&dq=related:S1ZQARz39I7w_M:scholar.google.com/&ots=0ZUSd_m7u4&sig=YjKSZL)

[GnA5kM1ISgLPQZ2Cupels#v=onepage&q&f=false](#). Acesso em: 1º jul. 2015

SECCHI, Leonardo. **Modelos organizacionais e reformas da administração pública**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro: mar/abr. 2009.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas**: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/08\\_08\\_2014\\_9.04.33.e92b012366d98083589e4d546c7691d1.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/08_08_2014_9.04.33.e92b012366d98083589e4d546c7691d1.pdf) Acesso em: 08 ago 2015.

SHIKASHO, Larissa. **Reforma Sanitária Brasileira: promessa não cumprida?**

PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 [ 4 ]: 1587-1590, 2012. Disponível em:

[http://www.periodicos.capes.gov.br/?option=com\\_pmetabusca&mn=88&smn=88&type=m&metalib=aHR0cDovL21scGx1cy5ob3N0ZWQuZXhsaWJyaXNncm91cC5jb20vcHJpbW9fbGlicmFyeS9saWJ3ZWlvYWw0aW9uL3NIYXJjaC5kbz9kc2NudD0wJmZyYmc9JnNjcC5zY3BzPXBWYWV1vX2NlbnRyYWxibXVsdGlwbGVfZmUmdGFpPWRlZmF1bHRfdGFiJmN0PXNIYXJjaCZtb2RlPUJhc2ljJmR1bT10cnVlJmluZHg9MSZmbj1zZWYyZgmdmlkPUNBUEVT&buscaRapidaTermo=reforma+sanit%C3%A1ria](http://www.periodicos.capes.gov.br/?option=com_pmetabusca&mn=88&smn=88&type=m&metalib=aHR0cDovL21scGx1cy5ob3N0ZWQuZXhsaWJyaXNncm91cC5jb20vcHJpbW9fbGlicmFyeS9saWJ3ZWlvYWw0aW9uL3NIYXJjaC5kbz9kc2NudD0wJmZyYmc9JnNjcC5zY3BzPXBWYWV1vX2NlbnRyYWxibXVsdGlwbGVfZmUmdGFpPWRlZmF1bHRfdGFiJmN0PXNIYXJjaCZtb2RlPUJhc2ljJmR1bT10cnVlJmluZHg9MSZmbj1zZWYyZgmdmlkPUNBUEVT&buscaRapidaTermo=reforma+sanit%C3%A1ria) Acesso em: 26 nov 2015.

SILVA, Clóvis. Modelos Burocráticos e político e estrutura organizacional de universidades. In: **Temas de administração universitária**/organizado pelo Núcleo de Pesquisas e Estudos em Administração Universitária – NUPEAU, Curso de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1991. p. 78-90.

SILVA, Paulo Henrique Gonçalves da. **Neoliberalismo**. Curitiba: Gráfica Unificado. 2006.

SOBRINHO, José Dias. **Estudos e Pesquisas em Educação Superior**. ETD – Educação Temática Digital, Campinas, v.9, n. esp., p.107-132, dez. 2007. Disponível em:

<https://www.fe.unicamp.br/revistas/ged/etd/article/view/1704/1548>.

Acesso em: 2 jul. 2015.

SODRÉ, Francis; et al. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?** Revista Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr./ jun., 2013.

SOPHIA, Daniela Carvalho. **Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da Revista Saúde em Debate [online]**. Revista Saúde em Debate, Dez 2012, vol.36, no.95, p.554-561. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a07v36n95.pdf> Acesso em: 26 nov. 2015.

SOUSA, Aione Maria da Costa. **Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos**. Revista Katálysis, Florianópolis, Jul./Dez 2014, vol.17, nº.2, p.227-234.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0227.pdf> Acesso em: 26 nov. 2015.

SOUZA, Irineu Manoel de. **Gestão das Organizações: da gestão racional à gestão do conhecimento**. In. SILVEIRA, Amélia; DOMINGUES, Maria José. (Coord.) **Reflexões sobre administração universitária e ensino superior**. Curitiba: Juruá; Blumenau: Edifurb, 2010. p. 17-47.

SOUZA, Luís Antônio Francisco de. **Políticas públicas e a área da segurança no Brasil. Debate em torno de um novo paradigma**. In. BIASON, Rita de Cássia (org.). **Questões Contemporâneas de Políticas Públicas**. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, 2012. p. 27-61.

SUS. Portal da Saúde. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/upa-24horas> Acesso em: 27 nov 2015.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 288 p.

TEIXEIRA, S.F, Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In. TEIXEIRA, S.F (org.), **Reforma Sanitária – em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez Editora/ ABRASCO, 1989. p. 39

TEIXEIRA, Enio Henrique. **A (in)suficiência de recursos descentralizados pela EBSERH ao do hospital universitário da UFJF após a adesão da gestão compartilhada: XV colóquio internacional de gestão universitária – CIGU**. Buenos Aires, 2014.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Acórdão 2681/2011: Substituição de terceirizados irregulares por servidores efetivos no âmbito de órgãos e entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Prorrogação de prazo para a finalização do processo de substituição. Alerta aos órgãos e entidades sobre a possibilidade de responsabilização por atos omissivos ou comissivos dos gestores. Disponível em: <http://audin.ufsc.br/acordaos-tcu-contratacao-irregular-de-funcionarios-terceirizados/> Acesso em: 24 nov 2015.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Acórdão 2983-46/2015. Auditoria Operacional realizada na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares com o objetivo de avaliar as ações voltadas para melhoria da gestão e da infraestrutura dos Hospitais Universitários Federais, bem como avaliar a substituição dos terceirizados que atuam com vínculo precário nas unidades. hospitalares. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/juris/SvlHighLight> Acesso em: 09 jun. 2016

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2006.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VILLANOVA, José (Org.). **Universidade do Brasil**. Rio de Janeiro: Serviços dos Países, 1948.

WALDO, Dwight. **Problemas e Aspectos da Administração Pública**. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1966.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e Federação na Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

WHO. Constitution of the World Health Organization. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>> Acesso em: 26 mai 2015.

UFSC. ADRH: Sistema para gerenciar os procedimentos administrativos relacionados aos recursos humanos da UFSC. Acesso em: 20 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Boletins de dados 2014. Disponível em: <http://dpgi.proplan.ufsc.br/files/2013/02/Boletim-de-Dados-201415.pdf>. Acesso em: 12 jun 2015.

\_\_\_\_\_. Consulta Pública HU. Disponível em: <http://consultapublicahu.ufsc.br/> Acesso em: 24 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Estatuto da UFSC. Disponível em: <<http://legislacao.paginas.ufsc.br/files/2012/01/ESTATUTO-revisado-18-01-2012.pdf>> Acesso em: 24 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Notícias da UFSC. Disponível em: <http://noticias.ufsc.br/2015/12/cun-aprova-inicio-de-tratativas-para-adesao-do-hu-a-ebserh/> Acesso em: 1º. dez 2015.

\_\_\_\_\_. Notícias da UFSC. Disponível em: <http://noticias.ufsc.br/2016/03/reitora-da-ufsc-assina-contrato-de-adesao-a-ebserh/> Acesso em: 08 jul. 2016

\_\_\_\_\_. **Parecer Relatório Processo n.º 23080.061734/2015-11.** Florianópolis, nov. 2015. 44 p. Disponível em: <https://grupos.moodle.ufsc.br/course/view.php?id=109>. Acesso em: 12 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Relatório Comissão EBSEH/UFSC.** Florianópolis, out. 2014. 52 p. Disponível em: <https://grupos.moodle.ufsc.br/course/view.php?id=109>. Acesso em: 13 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Regimento Interno do Conselho Universitário. Disponível em: [http://legislacao.paginas.ufsc.br/files/2012/01/cun\\_regim.pdf](http://legislacao.paginas.ufsc.br/files/2012/01/cun_regim.pdf). Acesso em: 19 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Relatório de Gestão 2015. Disponível em <http://dpgi.seplan.ufsc.br/files/2016/04/Relat%C3%B3rio-de-Gest%C3%A3o-2015.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Subsídios ao debate sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH na UFSC: Documento elaborado por membros da comissão de Análise sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Florianópolis, out. 2014. Disponível em: <https://grupos.moodle.ufsc/course/view.php?id=109>. Acesso em: 13 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **UFSC 50 anos: trajetórias e desafios**. Roselane Neckel e Alita Diana Corrêa Küchler, organizadoras. Florianópolis: UFSC, 2010. 480 p.

UNICEF BRASIL. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9994.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm) Acesso em: 26 nov. 2015.

VAHL, Teodoro Rogério. Estrutura e Gerencialismo das Universidades Brasileiras. In: **Temas de administração universitária**/organizado pelo Núcleo de Pesquisas e Estudos em Administração Universitária – NUPEAU, Curso de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1991. p. 111-134

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

\_\_\_\_\_. **Gestão de pessoas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.



## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Renata Brocker, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária (PPGAU), da Universidade Federal de Santa Catarina e autora da pesquisa “Desafios da Gestão do Hospital Universitário/UFSC, após a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)”, sob a orientação do Prof. Dr. Irineu Manoel de Souza. A Pesquisa tem como Objetivo Geral: Analisar desafios da gestão do Hospital Universitário da UFSC, após a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) pelo Governo Federal. Objetivos Específicos: Descrever a estrutura e funcionamento do HU/UFSC, destacando a gestão estrutural e gestão de pessoas; Identificar desafios enfrentados na gestão do HU/UFSC, após a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) pelo Governo Federal; Propor alternativas para o aprimoramento da gestão do HU/UFSC, considerando-se a existência da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Deste modo, convido-o para participar como voluntário desta pesquisa, a qual será realizada por meio de entrevista semiestruturada com base nas seguintes categorias de análise: gestão estrutural, funcionamento porta aberta, gestão de pessoas, gestão orçamentária, gestão de ensino, pesquisa e extensão e gestão hospitalar. As entrevistas serão gravadas e, posteriormente, transcritas para a realização da análise de conteúdo, por esta pesquisadora. Sua participação neste estudo é livre, podendo desistir do mesmo em qualquer momento, sem que lhe seja imputado qualquer tipo de prejuízo. Os resultados do estudo serão passíveis de publicação científica, sendo que a pesquisadora assegura o total anonimato dos participantes. Em caso de dúvida, estou à disposição por meio do telefone: (48) 9149-4987; e-mail: rebrocker@gmail.com ou pessoalmente na Direção Geral do HU/UFSC. Caso seja de sua escolha participar desse Estudo, assine o Consentimento Informado a seguir. O mesmo deve ser assinado em duas vias, sendo uma cópia do participante e outra da pesquisadora.

Desde já, agradeço pela atenção e colaboração.  
Florianópolis, dezembro de 2015.

---

Renata Brocker  
Mestranda PPGAU

## CONSENTIMENTO INFORMADO:

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, confirmo que li os termos da pesquisa e concordo em participar da mesma. Fui devidamente informada(o) e esclarecida(o) sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido a liberdade de retirar-me da pesquisa em qualquer hora ou momento, ficando assegurado que não serei penalizado por isso.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome

e Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA 1 – ENTREVISTA  
COM GESTORES DA DIREÇÃO GERAL DO HU/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIOECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
UNIVERSITÁRIA

Este roteiro de entrevista foi elaborado pela Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária (PPGAU) da Universidade Federal de Santa Catarina, Renata Brocker, sob a orientação do Prof. Dr. Irineu Manoel de Souza e tem como objetivo Analisar desafios da gestão do Hospital Universitário da UFSC, após a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) pelo Governo Federal. Desde já, agradeço sua participação.

1ª. Questão: Quais os desafios enfrentados pela gestão do HU/UFSC acerca da gestão estrutural?

2ª. Questão: O HU/UFSC funciona nos moldes “porta aberta”. Quais os problemas que surgem em decorrência deste funcionamento?

3ª. Questão: O HU/UFSC implantou a regulação na emergência, conforme preconiza o SUS?

4ª. Questão: Quais os desafios enfrentados pela gestão do HU/UFSC acerca da gestão de pessoas?

5ª. Questão: Há previsão de demissão dos contratados via FAPEU. Qual o impacto desta situação?

6ª. Questão: Os servidores do RJU serão cedidos à EBSEHR? Há possibilidade de remoção dos servidores para a UFSC?

7ª. Questão: Quais os desafios enfrentados pela gestão do HU/UFSC acerca da gestão orçamentária?

8ª. Questão: Quais os desafios enfrentados pela gestão do HU/UFSC acerca do ensino, pesquisa e extensão?

9ª. Questão: O ensino, pesquisa e extensão continuarão sendo prioridades pós contrato com a EBSEERH?

10ª. Questão: O HU/UFSC sofre algum tipo de falta de autonomia?

11ª. Questão: A EBSEERH é considerada a solução para os problemas apresentados neste HU/UFSC?

12ª. Questão: Havia outra alternativa, a não ser aderir à EBSEERH?

13ª. Questão: Qual o plano contingencial do HU/UFSC até que ocorra as contratações via EBSEERH?

14ª. Questão: A tomada de decisão na sua diretoria é feita com a participação das chefias?

15ª. Questão: A escolha do dirigente máximo do HU/UFSC, de acordo com o contrato de gestão com a EBSEERH, será indicação do Reitor da UFSC ao Presidente da EBSEERH. Em sua opinião, a consulta pública do dirigente máximo do HU/UFSC continuará ocorrendo com a participação dos atores sociais do HU/UFSC?

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE PESQUISA 2 –  
QUESTIONÁRIO ÀS CHEFIAS DO HU/UFSC DOS SETORES  
VINCULADOS À DIRETORIA GERAL, DIRETORIA DE  
ADMINISTRAÇÃO, DIRETORIA DE APOIO ASSISTENCIAL E  
DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR

1) Indique a sua idade.

- Até 25 anos  
 Entre 26 e 35  
 Entre 36 e 45  
 Entre 46 e 55  
 Mais de 50

2) Indique seu gênero.

- Feminino                       Masculino

3) Quanto tempo de experiência em chefia no HU/UFSC?

- menos de um ano  
 de 1 a 5 anos  
 de 5 a 10 anos  
 acima de 10 anos

4) Você conhece o modelo de organograma que será adotado na gestão do HU/UFSC pela EBSERH?

- Sim                       Não

5) Você concorda com o modelo de organograma que será adotado na gestão do HU/UFSC pela EBSERH?

- Sim  
 Não

Se não, por qual motivo? \_\_\_\_\_

6) O setor em que você atua possui quadro de pessoal suficiente para realização do trabalho?

- Sim                       Não

Se não, qual seria o quantitativo necessário?  
\_\_\_\_\_

7) No setor sob sua chefia, há funcionários contratados via FAPEU?

Sim  Não

Se sim, quantos são? \_\_\_\_\_

8) O setor em que você atua sofreu prejuízo com as demissões dos contratados via FAPEU?

Sim  Não

Se sim, por qual motivo?  
\_\_\_\_\_

9) Em sua opinião, os servidores regidos pelo Regime Jurídico Único deverão ser consultados a respeito da manutenção do seu exercício no HU/UFSC, sob gestão da EBSEH?

Sim  Não

10) Caso as contratações via EBSEH não ocorra no exercício de 2016, ocorrerão dificuldades no setor em que você atua?

Sim  Não

Se sim, por qual motivo?  
\_\_\_\_\_

11) O absenteísmo é um fator preocupante no setor em que você atua?

Sim  Não

12) Em sua opinião, o orçamento recebido pelo HU/UFSC é suficiente para as despesas de custeio e investimento?

Sim  Não  Desconheço

### **TOMADA DE DECISÃO, ESCOLHA DO DIRIGENTE MÁXIMO E AUTONOMIA**

13) Você considera que a tomada de decisão na Diretoria em que você atua ocorre de forma participativa?

Sim  Não

14) Em sua opinião, a escolha do dirigente máximo do HU/UFSC deve continuar sendo por meio de eleição entre os trabalhadores do HU/UFSC, como acontece atualmente?

Sim                       Não

15) Em sua opinião, o Diretor Geral e demais diretores do HU/UFSC têm autonomia?

Sim                       Não

Se não, por qual motivo? \_\_\_\_\_

16) Dê a sua contribuição com relação aos desafios do HU/UFSC, após a criação da EBSERH?

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE PESQUISA 3 –  
QUESTIONÁRIO ÀS CHEFIAS DO HU/UFSC DOS SETORES  
VINCULADOS À DIRETORIA DE ENFERMAGEM E DIRETORIA  
DE MEDICINA

**IDENTIFICAÇÃO**

1) Indique a sua idade.

- Até 25 anos  
 Entre 26 e 35  
 Entre 36 e 45  
 Entre 46 e 55  
 Mais de 50

2) Indique seu gênero.

- Feminino       Masculino

3) Quanto tempo de experiência em chefia no HU/UFSC?

- menos de um ano  
 de 1 a 5 anos  
 de 5 a 10 anos  
 acima de 10 anos

**GESTÃO ESTRUTURAL**

4) Você conhece o modelo de organograma que será adotado na gestão do HU/UFSC pela EBSERH?

- Sim  
 Não

5) Você concorda com o modelo de organograma que será adotado na gestão do HU/UFSC pela EBSERH,?

- Sim  
 Não

Se não, por qual motivo? \_\_\_\_\_



6) O HU/UFSC é organizado por Coordenadorias/Serviços que se apoia na lógica das profissões. As rotinas de trabalho são estabelecidas por grupo de profissões e a referência do grupo é a chefia ou o diretor daquela profissão (CECILIO; MERHY, 2003). Por exemplo, a estrutura do HU/UFSC possui chefia do Serviço de Enfermagem em Emergência Adulto, vinculado à Diretoria de Enfermagem e chefia da Emergência Clínica, vinculado à Diretoria de Medicina. Desta forma, constam duas chefias no mesmo ambiente de trabalho, que possuem equipes distintas por grupo de profissões. Esta estrutura organizacional, adotada atualmente pelo HU/UFSC, facilita o trabalho em equipe?

Sim  Não

Se não, por qual motivo?

---

7) Em sua opinião, o HU/UFSC deve continuar funcionando como porta aberta na Emergência Adulto?

Sim  Não

8) O funcionamento porta aberta na Emergência Adulto prejudica o setor em que você trabalha?

Sim  Não

### **GESTÃO DE PESSOAS**

9) O setor em que você atua possui quadro de pessoal suficiente para realização do trabalho?

Sim  Não

Se não, qual seria o quantitativo necessário?

---

10) No setor sob sua chefia, há funcionários contratados via FAPEU?

Sim  Não

Se sim, quantos são?

---

11) O setor em que você atua sofreu prejuízo com as demissões dos contratados via FAPEU?

Sim  Não

Se sim, por qual motivo?

---

12) Em sua opinião, os servidores regidos pelo Regime Jurídico Único deverão ser consultados a respeito da manutenção do seu exercício no HU/UFSC, sob gestão da EBSEH?

Sim  Não

13) Caso as contratações via EBSEH não ocorra no exercício de 2016, ocorrerão dificuldades no setor em que você atua?

Sim  Não

Se sim, por qual motivo?

---

14) O absenteísmo é um fator preocupante no setor em que você atua?

Sim  Não

### **GESTÃO ORÇAMENTÁRIA**

15) Em sua opinião, o orçamento recebido pelo HU/UFSC é suficiente para as despesas de custeio e investimento?

Sim  Não  Não sei responder

### **TOMADA DE DECISÃO, ESCOLHA DO DIRIGENTE MÁXIMO E AUTONOMIA**

16) Você considera que a tomada de decisão na Diretoria em que você atua ocorre de forma participativa?

Sim  Não

17) Em sua opinião, a escolha do dirigente máximo do HU/UFSC deve continuar sendo por meio de eleição entre os trabalhadores do HU/UFSC, como acontece atualmente?

Sim     Não

Se não, por qual motivo?

---

18) Em sua opinião, o Diretor Geral e demais diretores do HU/UFSC têm autonomia?

Sim     Não

19) Dê a sua contribuição com relação aos desafios do HU/UFSC, após a criação da EBSEH?

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE PESQUISA 4 –  
QUESTIONÁRIO AOS COORDENADORES DOS CURSOS DE  
GRADUAÇÃO DA MEDICINA, ENFERMAGEM, ODONTOLOGIA,  
FONOAUDIOLOGIA, NUTRIÇÃO, FARMÁCIA, PSICOLOGIA E  
SERVIÇO SOCIAL

**IDENTIFICAÇÃO**

- 1) Indique a sua idade.
- ( ) Até 25 anos  
( ) Entre 26 e 35  
( ) Entre 36 e 45  
( ) Entre 46 e 55  
( ) Mais de 50
- 2) Indique seu gênero.
- ( ) Feminino ( ) Masculino
- 3) Quanto tempo de docência na UFSC?
- ( ) menos de um ano  
( ) de 1 a 5 anos  
( ) de 5 a 10 anos  
( ) de 10 a 15 anos  
( ) acima de 15 anos
- 4) Quanto tempo de experiência em chefia na UFSC?
- ( ) menos de um ano  
( ) de 1 a 5 anos  
( ) de 5 a 10 anos  
( ) acima de 10 anos

**GESTÃO DO ENSINO**

- 5) Quais os aspectos que facilitam e dificultam as atividades de ensino no HU/UFSC?

6) No organograma da EBSEH está previsto um cargo de gestor do ensino e de pesquisa. Em sua opinião, este gestor deve ser docente do quadro de servidores permanente da UFSC?

( ) Sim

( ) Não

( ) Indiferente

7) Dê a sua contribuição com relação aos desafios do HU/UFSC, após a criação da EBSEH?

APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE PESQUISA 5 –  
QUESTIONÁRIO AOS COORDENADORES DE PESQUISA DOS  
DEPARTAMENTOS DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E  
DOS DEPARTAMENTOS DE PSICOLOGIA E SERVIÇO  
SOCIAL/UFSC

**IDENTIFICAÇÃO**

1) Indique a sua idade.

- Até 25 anos
- Entre 26 e 35
- Entre 36 e 45
- Entre 46 e 55
- Mais de 50

2) Indique seu gênero.

- Feminino
- Masculino

3) Quanto tempo de docência na UFSC?

- menos de um ano
- de 1 a 5 anos
- de 5 a 10 anos
- de 10 a 15 anos
- acima de 15 anos

4) Quanto tempo de experiência em chefia na UFSC?

- menos de um ano
- de 1 a 5 anos
- de 5 a 10 anos
- acima de 10 anos

**GESTÃO DA PESQUISA**

5) Quais os aspectos que facilitam e dificultam as atividades de pesquisa no HU/UFSC?

6) No organograma da EBSEH está previsto um cargo de gestor do ensino e de pesquisa. Em sua opinião, este gestor deve ser docente do quadro de servidores permanente da UFSC?

( ) Sim

( ) Não

( ) Indiferente

7) Dê a sua contribuição com relação aos desafios do HU/UFSC, após a criação da EBSEH?

APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE PESQUISA 6 –  
QUESTIONÁRIO AOS COORDENADORES DE EXTENSÃO DOS  
DEPARTAMENTOS DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E  
PSICOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL

**IDENTIFICAÇÃO**

- 1) Indique a sua idade.
- ( ) Até 25 anos  
( ) Entre 26 e 35  
( ) Entre 36 e 45  
( ) Entre 46 e 55  
( ) Mais de 50
- 2) Indique seu gênero.
- ( ) Feminino ( ) Masculino
- 3) Quanto tempo de docência na UFSC?
- ( ) menos de um ano  
( ) de 1 a 5 anos  
( ) de 5 a 10 anos  
( ) de 10 a 15 anos  
( ) acima de 15 anos
- 4) Quanto tempo de experiência em chefia na UFSC?
- ( ) menos de um ano  
( ) de 1 a 5 anos  
( ) de 5 a 10 anos  
( ) acima de 10 anos

**GESTÃO DA EXTENSÃO**

- 5) Quais os aspectos que facilitam e dificultam as atividades de extensão no HU/UFSC?



6) No organograma da EBSEH está previsto um cargo de gestor do ensino e de pesquisa. Em sua opinião, este gestor deve ser docente do quadro de servidores permanente da UFSC?

( ) Sim

( ) Não

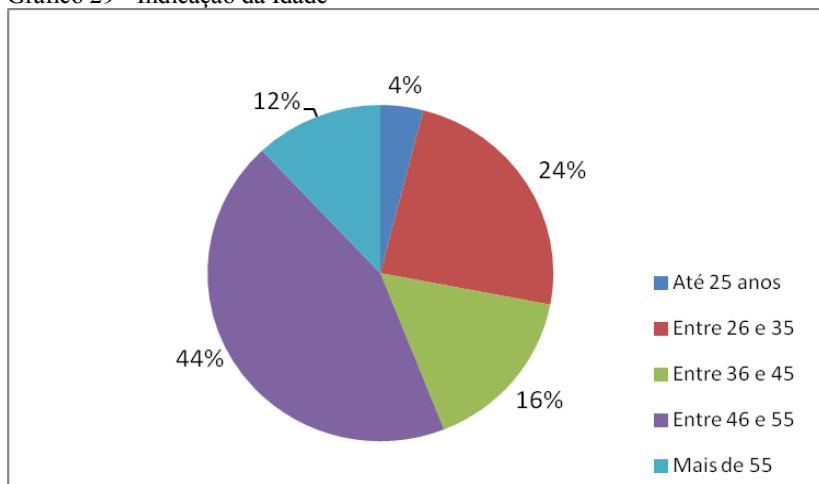
( ) Indiferente

7) Dê a sua contribuição com relação aos desafios do HU/UFSC, após a criação da EBSEH?

## APÊNDICE H – GRÁFICOS DA PESQUISA APLICADA ÀS CHEFIAS VINCULADAS À DIRETORIA GERAL, DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO E DIRETORIA DE APOIO ASSISTENCIAL E DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR

O gráfico 29 apresenta a indicação da idade das chefias vinculadas à diretoria geral, diretoria de administração e diretoria de apoio assistencial e diagnóstico complementar.

Gráfico 29 - Indicação da Idade

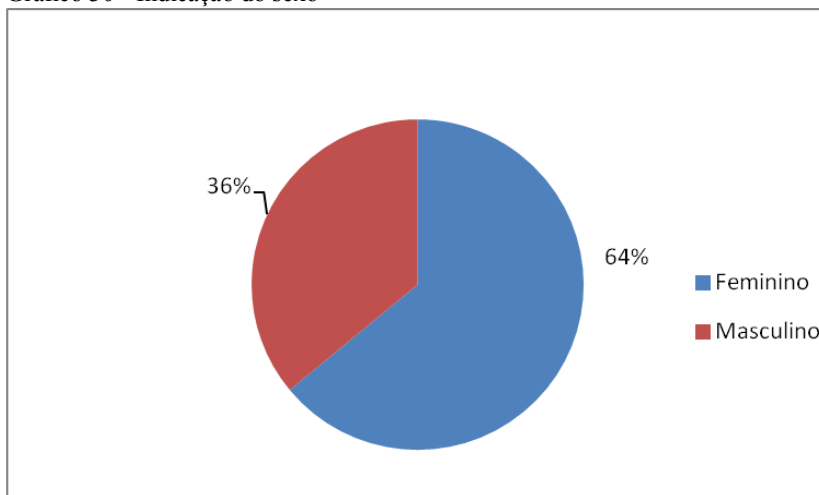


Fonte: Dados primários (2016).

Constata-se que 11 respondentes (44%) têm idade entre 46 e 55 anos; 6 (24%) entre 26 e 35 anos; 4 (16%) entre 36 e 45 anos; 3 (12%) com mais de 55 anos e 1 (4%) até 25 anos.

O gráfico 30 apresenta a indicação do sexo das chefias vinculadas à diretoria geral, diretoria de administração e diretoria de apoio assistencial e diagnóstico complementar.

Gráfico 30 - Indicação do sexo

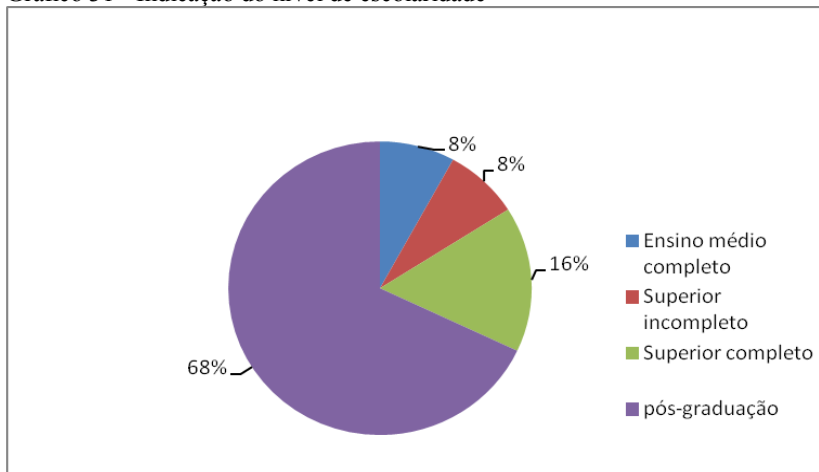


Fonte: Dados primários (2016).

Constata-se que 16 respondentes (64%) são do sexo feminino e 9 (36%) do sexo masculino

O gráfico 31 apresenta a indicação do nível de escolaridade das chefias vinculadas à diretoria geral, diretoria de administração e diretoria de apoio assistencial e diagnóstico complementar.

Gráfico 31 - Indicação do nível de escolaridade

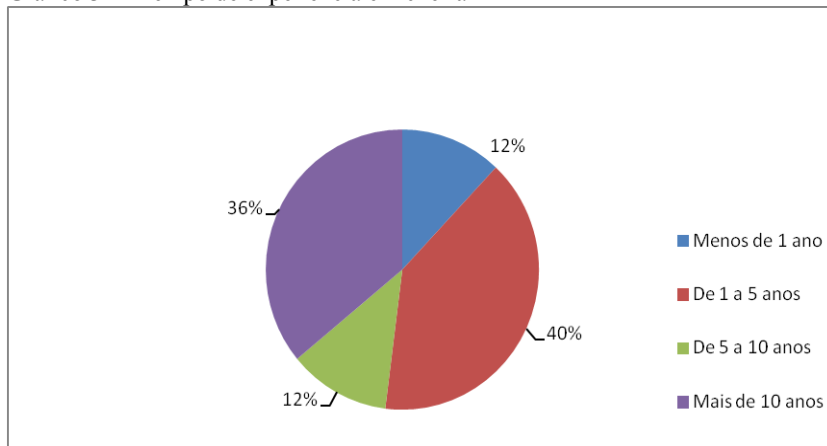


Fonte: Dados primários (2016).

Infere-se que 17 respondentes (68%) possuem pós-graduação, 4 (16%) superior completo, 2 (8%) superior incompleto e 2 (8%) ensino médio completo.

O gráfico 32 apresenta o tempo de experiência das chefias vinculadas à diretoria geral, diretoria de administração e diretoria de apoio assistencial e diagnóstico complementar.

Gráfico 32 - Tempo de experiência em chefia



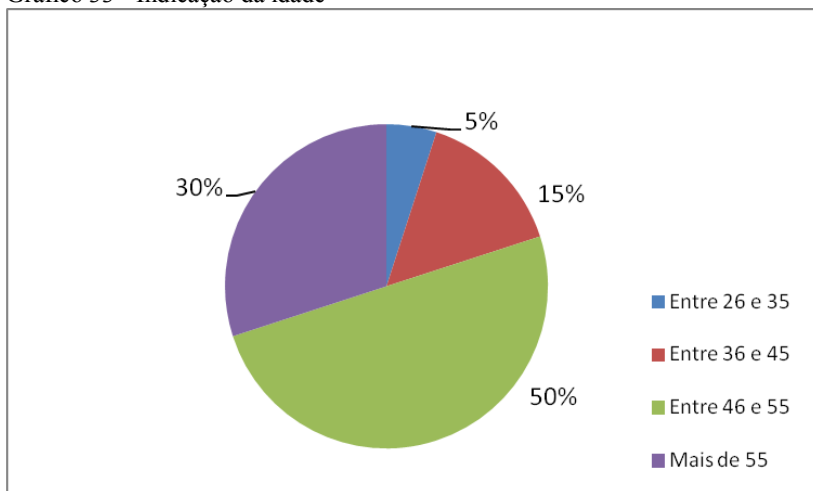
Fonte: Dados primários (2016).

Constata-se que 10 respondentes (40%) possuem de 1 a 5 anos de chefia, 9 (36%) possuem mais de 10 anos, 3 (12%) de 5 a 10 anos, e 3 (12%) menos de 1 ano.

## APÊNDICE I – GRÁFICOS DA PESQUISA APLICADA ÀS CHEFIAS DO HU/UFSC DOS SETORES VINCULADOS À DIRETORIA DE ENFERMAGEM E DIRETORIA DE MEDICINA

O gráfico 33 apresenta a indicação da idade das chefias vinculadas à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina.

Gráfico 33 - Indicação da idade

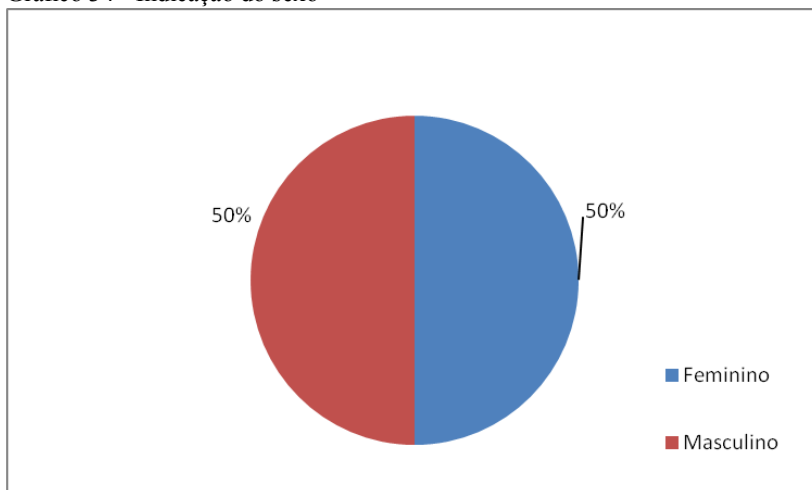


Fonte: Dados primários (2016).

Constata-se que 10 respondentes (50%) têm entre 46 e 55 anos; 6 (30%) mais de 55 anos; 3 (15%) entre 36 e 45 anos; e 1 (5%) entre 26 e 35 anos.

O gráfico 34 apresenta a indicação do sexo das chefias vinculadas à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina.

Gráfico 34 - Indicação do sexo

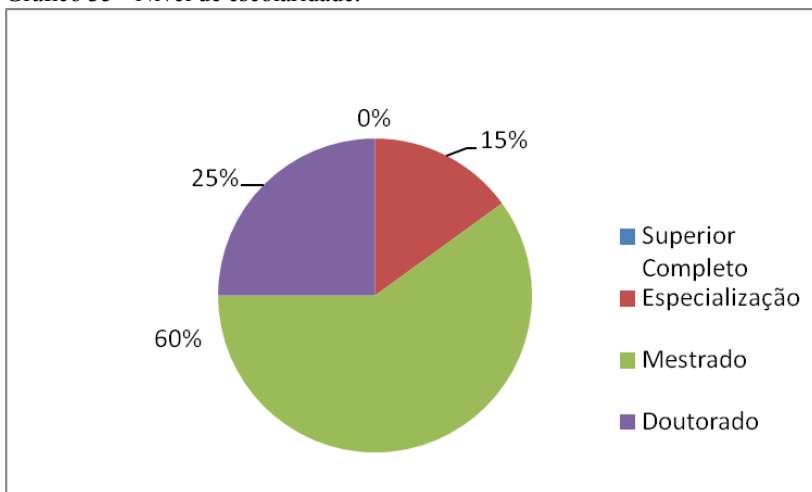


Fonte: Dados primários (2016)

Verifica-se que 10 respondentes (50%) são do sexo feminino e também 10 (50%) do sexo masculino.

O gráfico 35 apresenta o nível de escolaridade das chefias vinculadas à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina.

Gráfico 35 - Nível de escolaridade.

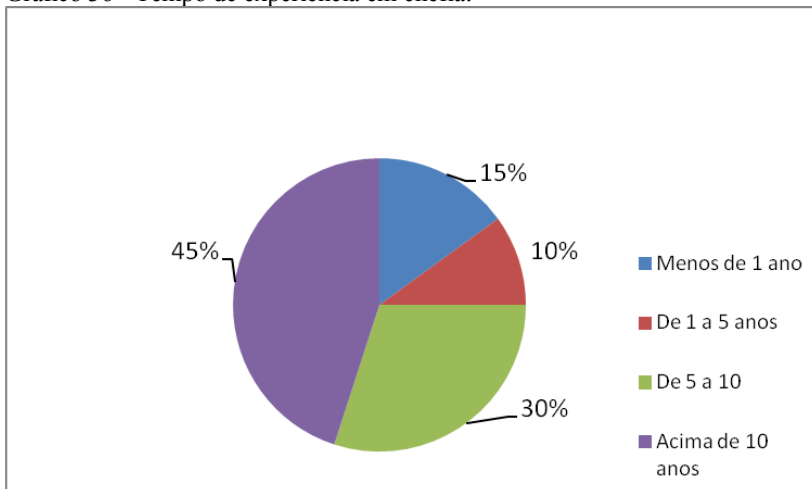


Fonte: Dados primários (2016).

Constata-se que 12 respondentes (60%) têm mestrado; 5 (25%) têm doutorado; 3 (15%) especialização.

O gráfico 36 apresenta o tempo de experiência das chefias vinculadas à Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina.

Gráfico 36 - Tempo de experiência em chefia.



Fonte: Dados primários (2016)

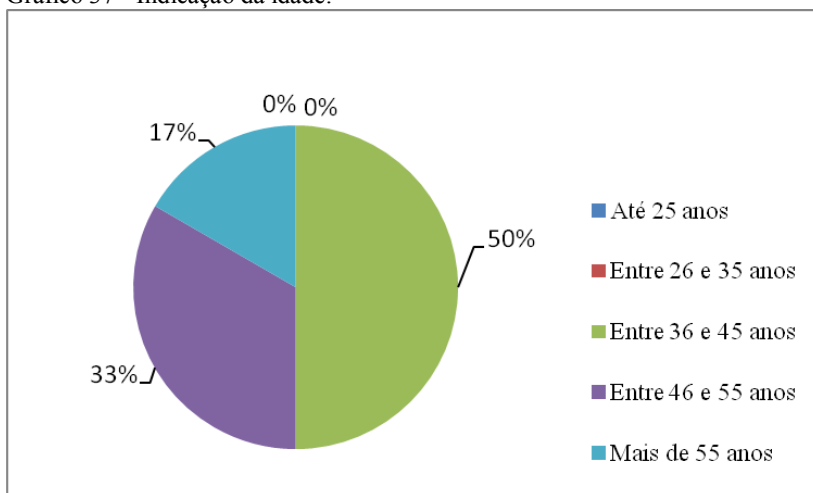
Infere-se que 9 respondentes (45%) possuem acima de 10 anos de experiência em chefia no HU/UFSC; 6 (30%) de 5 a 10 anos; 3 (15%) menos de 1 ano; e 2 (10%) de 1 a 5 anos.



## APÊNDICE J – GRÁFICOS DA PESQUISA APLICADA AOS COORDENADORES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DA MEDICINA, ENFERMAGEM, ODONTOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA, NUTRIÇÃO, FARMÁCIA, PSICOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL/ UFSC

O gráfico 37 apresenta a indicação da idade dos Coordenadores dos Cursos de Graduação da Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Serviço Social/ UFSC.

Gráfico 37 - Indicação da idade.

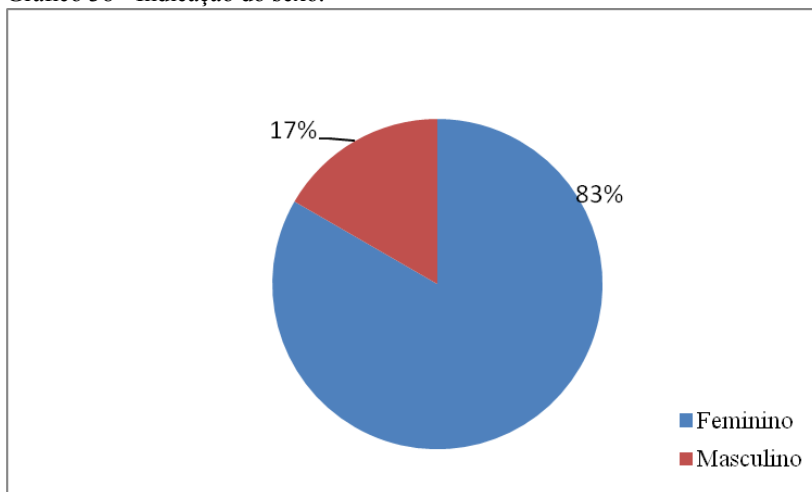


Fonte: Dados primários (2016).

Constata-se que 3 respondentes (50%) têm entre 36 e 45 anos; 2 (33%) entre 46 a 55 anos; e 1 (17%) com mais de 55 anos.

O gráfico 38 apresenta a indicação do sexo dos Coordenadores dos Cursos de Graduação da Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Serviço Social/ UFSC.

Gráfico 38 - Indicação do sexo.

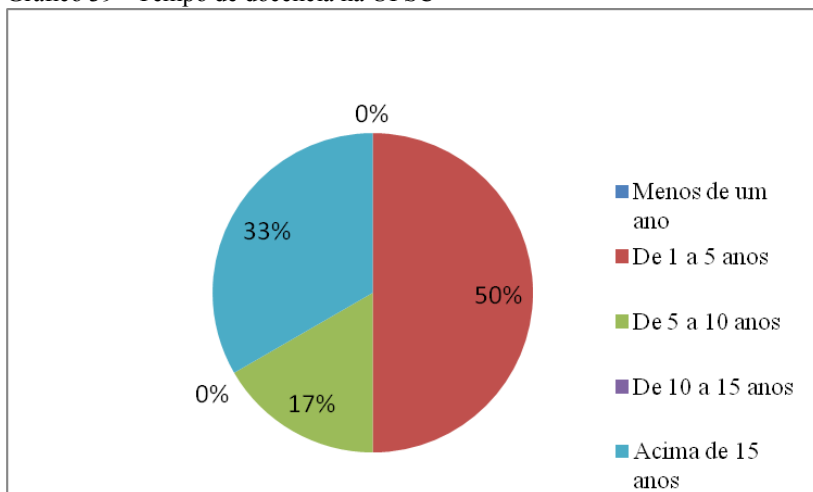


Fonte: Dados primários (2016).

Constata-se que 5 respondentes (83%) são do sexo feminino e 1 (17%) do sexo masculino.

O gráfico 39 apresenta o tempo de docência na UFSC dos Coordenadores dos Cursos de Graduação da Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Serviço Social/ UFSC.

Gráfico 39 - Tempo de docência na UFSC

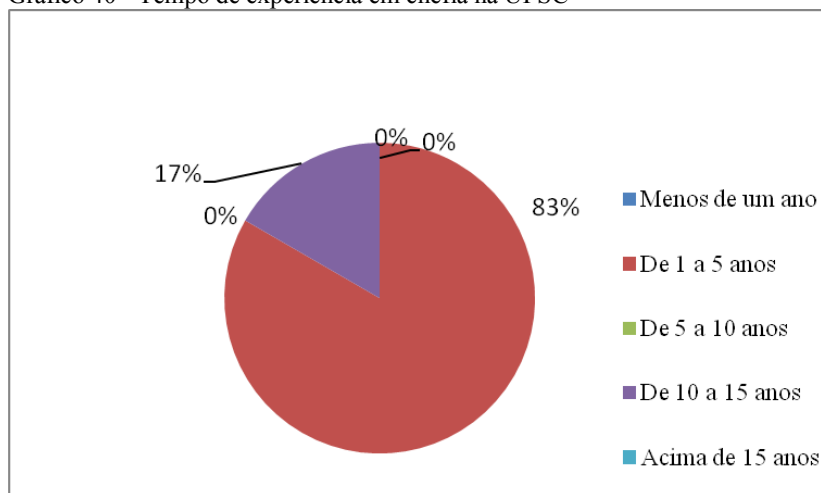


Fonte: Dados primários (2016).

Verifica-se que 3 respondentes (50%) possuem de 1 a 5 anos tempo de docência na UFSC; 2 (33%) acima de 15 anos; e 1 (17%) de 5 a 10 anos.

O gráfico 40 apresenta o tempo de experiência em chefia na UFSC dos Coordenadores dos Cursos de Graduação da Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Serviço Social/ UFSC.

Gráfico 40 - Tempo de experiência em chefia na UFSC



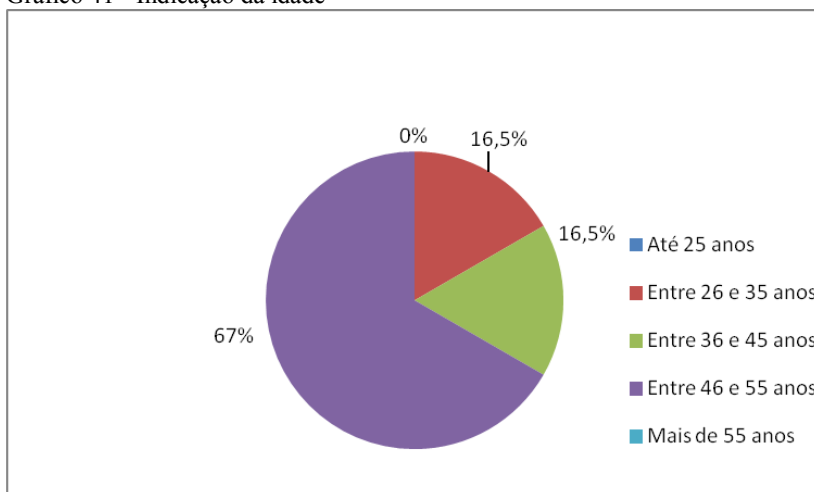
Fonte: Dados primários (2016).

Infere-se que 5 respondentes (83%) possuem de 1 a 5 anos de experiência de chefia na UFSC e 17% de 10 a 15 anos.

## APÊNDICE K – GRÁFICOS DA PESQUISA APLICADA AOS COORDENADORES DE PESQUISA DOS DEPARTAMENTOS DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E PSICOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL/ UFSC

O Gráfico 41 apresenta a indicação da idade dos Coordenadores de Pesquisa dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde e Psicologia e Serviço Social/ UFSC.

Gráfico 41 - Indicação da idade

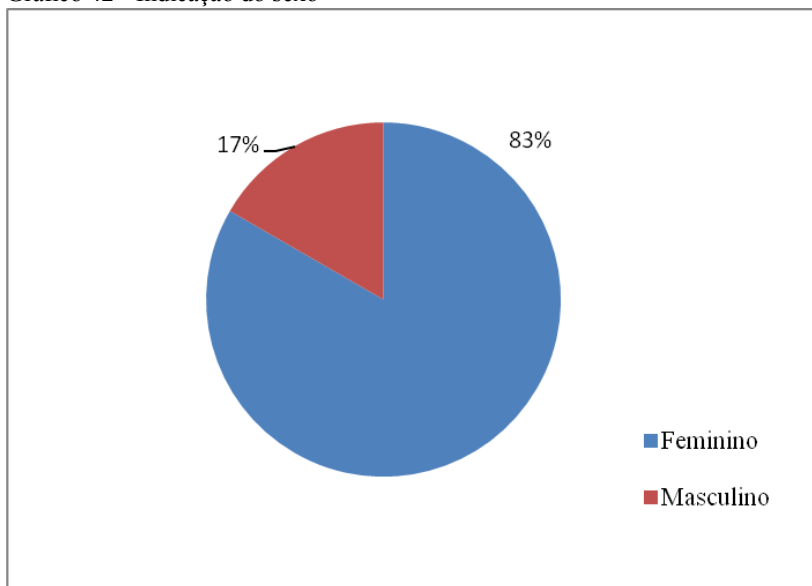


Fonte: Dados primários (2016).

Constata-se que 4 respondentes (67%) têm entre 46 e 55 anos; 1 (16,5%) entre 36 e 45 anos; 1 (16,5%) entre 26 e 35 anos.

O Gráfico 42 apresenta a indicação do sexo dos Coordenadores de Pesquisa dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde e Psicologia e Serviço Social/ UFSC.

Gráfico 42 - Indicação do sexo

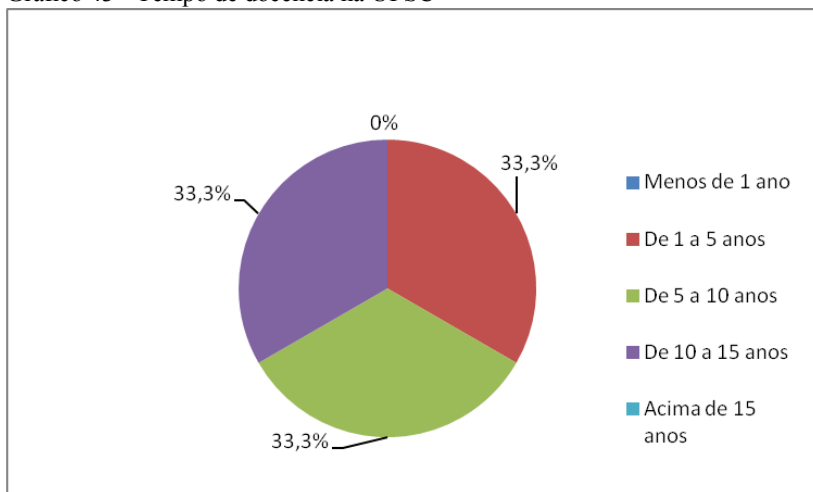


Fonte: Dados primários (2016).

Inferese-se que 5 respondentes (83%) são do sexo feminino; 1 (17%) do sexo masculino.

O Gráfico 43 apresenta o tempo de docência dos Coordenadores de Pesquisa dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde e Psicologia e Serviço Social/ UFSC.

Gráfico 43 - Tempo de docência na UFSC

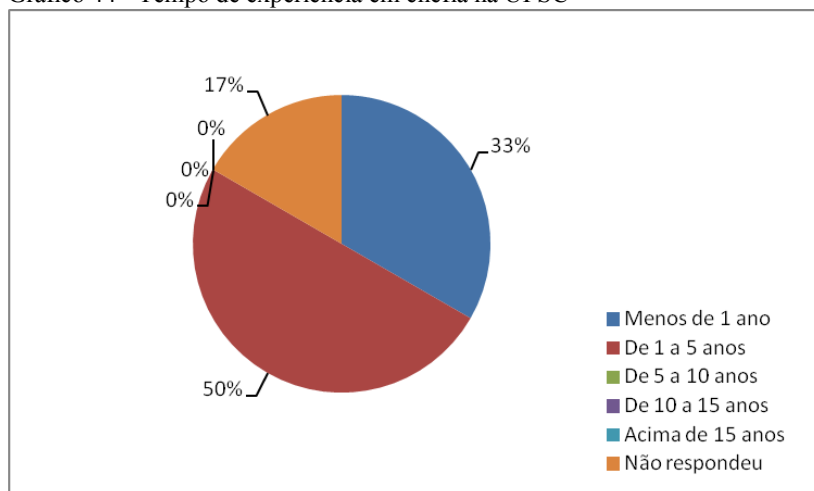


Fonte: Dados primários (2016).

Verifica-se que 2 respondentes (33,3%) têm de 1 a 5 anos de docência na UFSC; 2 (33,3%) de 5 a 10 anos; 2 (33,3%) de 10 a 15 anos.

O Gráfico 44 apresenta o tempo de experiência em chefia na UFSC dos Coordenadores de Pesquisa dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde e Psicologia e Serviço Social/ UFSC.

Gráfico 44 - Tempo de experiência em chefia na UFSC



Fonte: Dados primários (2016).

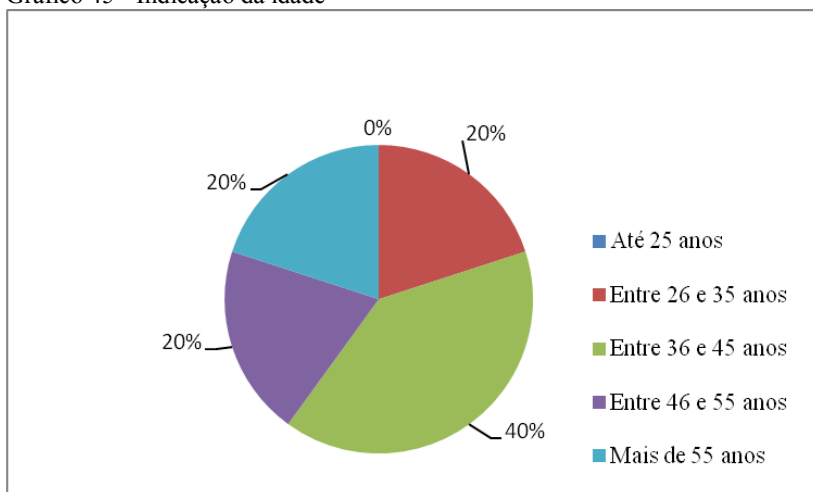
Constata-se que 3 respondentes (50%) têm de 1 a 5 anos de experiência em chefia na UFSC; 2 (33%) têm acima de 15 anos; 1 (17%) têm de 5 a 10 anos de experiência.



## APÊNDICE L – GRÁFICOS DA PESQUISA APLICADA AOS COORDENADORES DE EXTENSÃO DOS DEPARTAMENTOS DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E PSICOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL/ UFSC

O Gráfico 45 apresenta a indicação da idade dos Coordenadores de Extensão dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde e Psicologia e Serviço Social/ UFSC.

Gráfico 45 - Indicação da idade

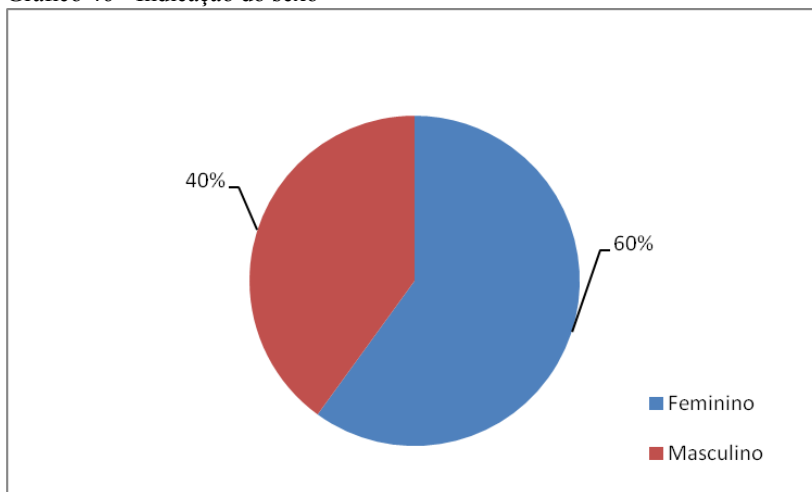


Fonte: Dados primários (2016).

Inferese-se que 2 (40%) têm entre 36 e 45 anos; 1 (20%) entre 26 e 35 anos; 1 (20%) entre 46 e 55 anos; e 1 (20%) mais de 55 anos.

O Gráfico 46 apresenta a indicação do sexo dos Coordenadores de Extensão dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde e Psicologia e Serviço Social/ UFSC.

Gráfico 46 - Indicação do sexo

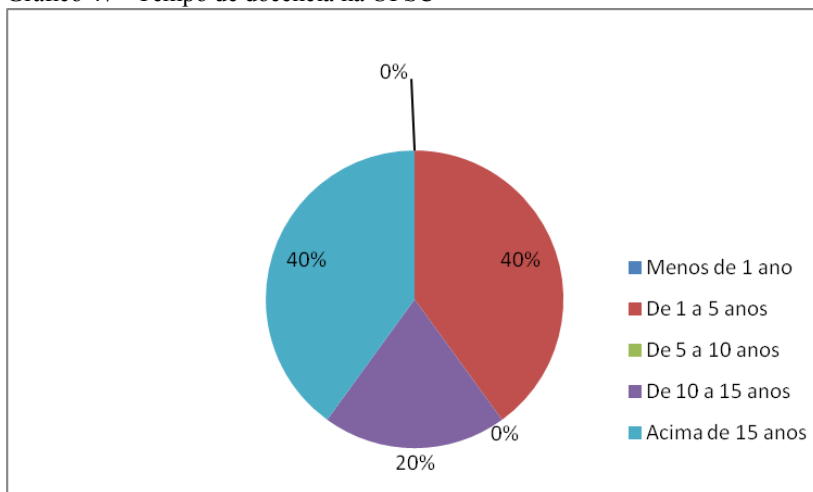


Fonte: Dados primários (2016).

Constata-se que 4 (60%) são do sexo feminino e 1 (40%) do sexo masculino.

O Gráfico 47 apresenta o tempo de docência na UFSC dos Coordenadores de Extensão dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde e Psicologia e Serviço Social/ UFSC.

Gráfico 47 - Tempo de docência na UFSC

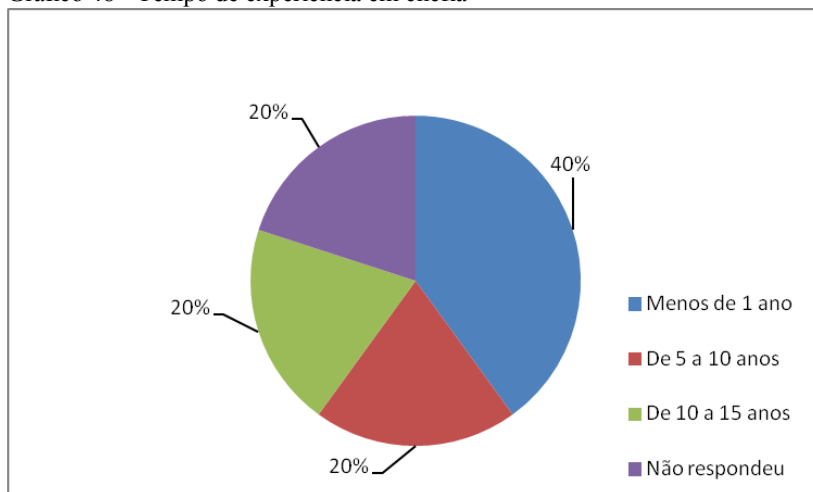


Fonte: Dados primários (2016).

Infere-se que 2 respondentes (40%) são docentes na UFSC de 1 a 5 anos; 2 (40%) de acima de 15 anos; e 1 (20%) de 10 a 15 anos.

O Gráfico 48 apresenta o Tempo de experiência em chefia dos Coordenadores de Extensão dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde e Psicologia e Serviço Social/ UFSC.

Gráfico 48 - Tempo de experiência em chefia



Fonte: Dados primários (2016).

Verifica-se que 2 respondentes (40%) tem menos de 1 ano em chefia na UFSC; 1 (20%) de 5 a 10 anos; 1 (20%) de 10 a 15 anos e 1 (20%) não respondeu.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**GABINETE DA REITORIA**

Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima - Trindade  
CEP: 88040-900 - Florianópolis - SC  
Telefone: (48) 3721-9320 - Fax: (48) 3721-8422  
E-mail: gr@contato.ufsc.br

**CONTRATO DE GESTÃO ESPECIAL  
GRATUITA QUE ENTRE SI CELEBRAM A  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
CATARINA – UFSC E A EMPRESA  
BRASILEIRA DE SERVIÇOS  
HOSPITALARES – EBSERH**

A **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC**, com sede no Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, no bairro Trindade, CEP 88040-900, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 83.899.526/0001-82, neste ato representada por sua reitora, **ROSELANE NECKEL**, brasileira, divorciada, professora, portadora do RG nº 1.812.211-6, expedido pela Secretaria de Segurança Pública de Santa Catarina, inscrita no Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda sob o nº 641.354.119-91, residente e domiciliada na Rua Capitão Romualdo de Barros, 694, Bloco B, apto. 404, bairro Carvoeira, CEP 88040-600, Florianópolis/SC, doravante denominada **CONTRATANTE**, e a **EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH**, empresa pública vinculada ao Ministério da Educação – MEC, criada pela Lei nº 12.550 de 15 dezembro de 2011, com sede no Edifício Parque da Cidade Corporate – Torre C – 1º, 2º e 3º andares – Setor Comercial Sul, Quadra 9, Lote C, Asa Sul, Brasília/DF, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 15.126.437/0001-43, neste ato representada por seu presidente, **NEWTON LIMA NETO**, brasileiro, casado, engenheiro químico, portador do RG nº 54.163.043, expedido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda sob o nº 762.524.428-87, residente e domiciliado na Rua Scipião, nº 471, Edifício Área Vila Romana, apartamento 84, Lapa, CEP 05047-060, São Paulo/SP, e por sua diretora vice-presidente executiva, **JEANNE LILIANE MARLENE MICHEL**, brasileira, solteira, enfermeira, portadora do RG nº 98495756, expedido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrita no Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda sob número 028.543.778-00, residente e domiciliada na SQN 402, Bloco B, apartamento 113, Asa Norte, CEP 70834-020, Brasília/DF, com poderes conferidos pelo Decreto nº 7661, de 28 de dezembro de 2011, doravante denominada **CONTRATADA**, na forma da previsão da parte inicial do art. 175 da Constituição Federal de 1988, da alínea “a” do § 1º do art. 10 do Decreto-lei nº 200 de 1967, e do art. 5º da Lei nº 12.550 de 2011, resolvem estabelecer o presente contrato de gestão especial gratuita mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas, preservando-se a autonomia universitária constante do art. 207 da Constituição da República.

**Cláusula Primeira – Do Objeto**

O presente contrato tem por objeto a gestão especial gratuita, pela **CONTRATADA**, do **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO** DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, Órgão Suplementar da UFSC regulamentado pelo Estatuto e Regimento Geral desta Universidade, na



 1

forma e condições definidas neste Contrato e na Lei nº 12.550 de 2011, compreendendo:

I – atuação como **campo de ensino, pesquisa e extensão nas áreas da saúde e afins da UFSC**, em consonância com os respectivos departamentos acadêmicos da Universidade, conforme art. 36, seção IV, Do Hospital Universitário, do Regimento da Reitoria da UFSC;

II – garantia da oferta, à população, de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – art. 3º, § 1º da Lei nº 12.550 de 12 de dezembro de 2011;

III – a implementação de sistema de gestão único, com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas.

Parágrafo primeiro – É vedado o aditamento deste Contrato com o intuito de alterar seu objeto, entendida como tal a modificação, ainda que parcial, das finalidades definidas na Cláusula Primeira.

Parágrafo Segundo – Resguardado o objeto, este contrato poderá ser aditado a qualquer tempo mediante acordo formal entre as partes.

Parágrafo Terceiro – São parte integrante deste contrato os sete anexos relacionados a seguir: Anexo I – Plano de reestruturação e suas metas; Anexo II – Documentos referentes ao imóvel; Anexo III – Último levantamento patrimonial; Anexo IV – Relação de servidores lotados no Hospital Universitário; Anexo V – Cronograma de manutenção de contratos e vínculos existentes no hospital; Anexo VI – Metas de desempenho, indicadores e prazos de execução a serem observados; e Anexo VII – A sistemática de acompanhamento e avaliação, contendo critérios e parâmetros a serem aplicados.

### **Cláusula Segunda – Do Regime Jurídico e da Natureza do Contrato**

Este CONTRATO constitui espécie do gênero contrato de gestão e se regula pelas suas cláusulas e pelos preceitos de direito público, especialmente pela Lei nº 12.550 de 2011, aplicando-se-lhe, no que couber, a Lei nº 8.666 de 1993, e os princípios da Teoria Geral dos Contratos.

### **Cláusula Terceira – Do Plano de Reestruturação**

O Plano de Reestruturação, elaborado em conjunto pelas partes, que se encontra no Anexo I, servirá como um dos referenciais para a consecução dos objetivos do presente contrato.

Parágrafo Primeiro – O Plano de Reestruturação, elaborado a partir de informações gerais sobre o hospital, contém ações estratégicas e metas a serem executadas pela CONTRATADA para período máximo de 12 (doze) meses, em todas as áreas de sua atuação.





Parágrafo Segundo – Durante o período previsto no Parágrafo Primeiro, será elaborado o Plano Diretor do hospital conjuntamente pela CONTRATADA e pela CONTRATANTE.

#### **Cláusula Quarta – Da Cessão do Patrimônio**

A CONTRATANTE cederá à CONTRATADA o uso do imóvel localizado no Campus Universitário, sito à Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/nº, Trindade, CEP 88036-800, Florianópolis, Santa Catarina, cuja descrição, dimensões/planta e certidões de registro de imóveis encontram-se no Anexo II, bem como os bens permanentes nele contidos – relacionados no Anexo III –, mediante processo e instrumento de cessão de usos próprios.

Parágrafo Primeiro – A CONTRATANTE autoriza, desde já, que a CONTRATADA utilize o imóvel e os bens referidos nesta cláusula para a consecução exclusivamente dos objetivos do presente contrato, zelando pela integridade do referido patrimônio.

Parágrafo Segundo – A cessão do uso dos bens permanentes pela CONTRATANTE à CONTRATADA surtirá efeitos, salvo justificativa adequada, após a realização de inventário, com a data de aquisição, que será concluído observando-se o prazo constante no Parágrafo Sétimo da cláusula quinta.

Parágrafo Terceiro – Ao término do contrato, os bens e direitos cujo uso foi cedido, bem como os incorporados ou adquiridos a qualquer tempo, serão devolvidos e transferidos à CONTRATANTE em condições adequadas para atender ao processo de contratualização com o SUS, levando em consideração os fatores de obsolescência e deterioração.

#### **Cláusula Quinta – Da cessão dos servidores públicos à CONTRATADA**

A Reitora da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, considerando o disposto no artigo 7º da Lei 12.550/11, as recomendações constantes do Acórdão 436/2016, de 02 de março de 2016, do Plenário do Tribunal de Contas da União e do presente contrato de Gestão Especial Gratuita, publicará Portaria prevendo a manutenção em exercício no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, dos servidores técnico-administrativos regidos pela Lei 8.112, de 1990, que lá se encontram exercendo suas atividades, conforme a relação em anexo IV, sob a gestão da CONTRATADA.

#### **Cláusula Sexta – Das Regras de Transição**

A CONTRATANTE manterá as atividades, os contratos e os vínculos existentes no hospital sob sua responsabilidade, bem como realizará as contratações de bens e serviços necessários para o funcionamento adequado da unidade hospitalar até a assunção plena da gestão pela CONTRATADA, conforme previsão constante no Parágrafo Sexto desta cláusula.



Three handwritten signatures in black ink, arranged horizontally. The first is a large, stylized signature, the second is a smaller, more compact signature, and the third is a signature with a long horizontal stroke extending to the right.

Parágrafo Primeiro – Sendo constatada a necessidade, a CONTRATADA poderá, desde já, adotar providências para contratação de bens e serviços relacionados à execução do objeto contratual.

Parágrafo Segundo – A CONTRATADA poderá, por meio de sub-rogação, manter vínculos e contratos já existentes no hospital voltados ao desenvolvimento de atividades acessórias ao presente contrato, desde que necessários ao fiel cumprimento do seu objeto, respeitada a legislação aplicável.

Parágrafo Terceiro – A CONTRATANTE é a responsável pelas relações jurídicas estabelecidas e mantidas e por eventuais débitos decorrentes dessas relações até a assunção plena da gestão pela CONTRATADA, em conformidade com o previsto no Parágrafo Sexto desta cláusula, de forma que não haverá vínculo entre as pessoas jurídicas prestadoras dos serviços, seus empregados e a CONTRATADA, salvo nas hipóteses do Parágrafo Segundo.

Parágrafo Quarto – A CONTRATANTE providenciará, às suas expensas, as extinções dos vínculos e contratos referidos no *caput* desta cláusula, respeitado o disposto no Parágrafo Sexto.

Parágrafo Quinto – A CONTRATADA, por meio dos cargos diretivos de superintendente e gerências, na forma do art. 46, § 3º de seu Regimento Interno, fará o acompanhamento dos atos de transição, especialmente a realização do Processo Seletivo e/ou Concurso Público.

Parágrafo Sexto – A gestão plena do hospital pela CONTRATADA se efetivará somente depois de decorrido o período de transição, caracterizado com o registro da filial EBSERH nos órgãos federais, estaduais e municipais, com a instituição das unidades operacionais nos sistemas estruturantes do Governo Federal (Sistema Integrado de Administração Financeira – SIAFI e Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais – SIASG), com a nomeação dos cargos diretivos e de chefia e com a substituição de eventuais vínculos precarizados existentes no hospital por empregados concursados.

Parágrafo Sétimo – O período de transição a que se refere o Parágrafo Sexto fica limitado ao período de 18 (dezoito) meses, contados a partir da data de assinatura do contrato, período que poderá ser prorrogado por termo aditivo, desde que evidenciada a ocorrência de fato superveniente pelas partes que comprometa o cumprimento do prazo.

Parágrafo Oitavo – À medida que as atividades e vínculos contratuais firmados pela CONTRATANTE para a manutenção e suprimento do hospital forem sendo extintos, nos casos de sub-rogação pela CONTRATADA e de eventual situação em que não estejam sendo executadas atividades pela CONTRATANTE, embora haja a respectiva disponibilidade orçamentária, as partes adotarão as providências necessárias para a transferência dos recursos financeiros para a CONTRATADA, na forma da lei.

Parágrafo Nono – A CONTRATANTE manterá ativos, até o final do prazo de transição previsto nesta cláusula, os instrumentos jurídicos firmados junto ao SUS



4



para a prestação de serviços de saúde (Lei nº 8.080 de 1990), devendo a CONTRATADA providenciar, ao final do referido prazo, a respectiva sub-rogação.

Parágrafo Décimo – A supressão de uma das habilitações credenciadas junto a Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES deverá ser previamente justificada à CONTRATANTE.

### **Cláusula Sétima– Das Obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA**

São obrigações da CONTRATADA:

I – administrar com ética e transparência o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina;

II – zelar pelo patrimônio cujo uso foi cedido no âmbito deste contrato;

III – desenvolver gestão qualificada e moderna no Hospital Universitário;

IV – implantar ferramenta informatizada de gestão hospitalar;

V – aplicar o valor arrecadado a título de prestação de serviços hospitalares, em decorrência do presente contrato, no atendimento do objeto social da CONTRATADA, e adotar todas as medidas inerentes à gestão e prestação de serviço de excelência por parte do hospital;

VI – manter força de trabalho do Hospital Universitário adequada ao bom funcionamento dos serviços, observando-se o dimensionamento do quadro de pessoal;

VII – editar mensalmente Boletim de Pessoal com os atos relacionados à gestão de recursos humanos, encaminhando-o ao órgão de gestão de recursos humanos da CONTRATANTE, até o quinto dia útil do mês subsequente;

VIII – preservar os espaços, físico e acadêmico, e os serviços necessários para o processo de ensino, aprendizagem, pesquisa e extensão destinados à formação profissional dos cursos oferecidos pela UFSC;

IX – incentivar a produção de conhecimento científico e tecnológico no âmbito do hospital, por meio da promoção de projetos de pesquisa e de extensão e da definição de diretrizes entre a CONTRATADA e a CONTRATANTE;

X – destinar recursos para o incentivo à pesquisa no Hospital Universitário, mediante convênio firmado entre as partes, cujo percentual será definido anualmente pela Diretoria Executiva da CONTRATADA;

XI – definir, no prazo de 12 (doze) meses, o perfil do Hospital Universitário, garantindo o atendimento das necessidades para o ensino, a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias, a formação ou capacitação de profissionais de interesse da CONTRATANTE, a partir das necessidades da rede de saúde e das políticas prioritárias do Ministério da Saúde – MS;



XII – promover, junto à CONTRATANTE e aos Gestores do SUS, a discussão e o estabelecimento de um modelo de atenção à saúde focado em linhas de cuidado, contemplando as políticas prioritárias do SUS e a integração entre ensino e serviço;

XIII – firmar diretamente junto ao SUS, na forma da Lei nº 8.080 de 1990, do art. 3º, § 1º e do art. 4º, inciso I da Lei nº 12.550 de 2011, os instrumentos jurídicos necessários para a prestação de serviços de saúde, assumindo a posição hoje ocupada pela CONTRATANTE junto ao SUS;

XIV – promover a reestruturação física e a modernização do parque tecnológico do Hospital Universitário compatível com as demandas de ensino, pesquisa e extensão da UFSC;

XV – promover a padronização dos insumos hospitalares de acordo com política definida pela CONTRATADA para a rede de hospitais universitários federais e de acordo com as necessidades acadêmicas da CONTRATANTE;

XVI – apoiar a estruturação do Hospital Universitário para o processo de certificação como Hospital de Ensino – HE;

XVII – elaborar, no período máximo de 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura deste contrato, em parceria com a CONTRATANTE, o Plano Diretor do Hospital Universitário;

XVIII – fornecer relatórios semestrais do cumprimento das metas dispostas no Anexo I deste contrato;

XIX – publicar, em sítio próprio na rede mundial de computadores, extrato do presente contrato;

XX – responsabilizar-se pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros;

XXI – contratar, mediante concurso público de provas ou de provas e títulos, ou, quando for o caso, através de processo seletivo simplificado, o pessoal técnico e administrativo necessário ao desempenho de suas atribuições, respondendo, de maneira exclusiva, pelos encargos trabalhistas e previdenciários relativos àquele pessoal;

XXII – observar os princípios da Administração Pública e a legislação regente quando da realização de licitação e contratação de obras, serviços, compras e alienações;

XXIII – usar a avaliação de resultados obtidos no cumprimento de metas de desempenho e na observância de prazos, para o aprimoramento de pessoal e melhorias estratégicas na atuação perante a população e a CONTRATANTE;

XXIV – providenciar e manter atualizadas junto ao Poder Público, se for o caso, todas as autorizações necessárias à execução dos serviços contratados;



XXV – manter atualizados todos os dados referentes aos atendimentos realizados no âmbito do SUS;

XXVI – providenciar a segurança patrimonial dos bens móveis e imóveis cujo uso tenha sido cedido e que estejam sob sua responsabilidade, bem como a sua manutenção;

XXVII – apresentar à CONTRATANTE os resultados e dados consolidados de sua gestão e dos serviços prestados à comunidade antes da renovação do contrato;

XXVIII – respeitar as metas de desempenho, os indicadores e os prazos de execução previstos nos anexos, conforme art. 6º da Lei nº 12.550 de 2011;

XXIX – reativar leitos e serviços inativos por falta de pessoal no prazo de até um ano a partir da assinatura deste contrato;

XXX – fornecer à CONTRATANTE, quando solicitado, todos os documentos, elementos, dados técnicos e as informações referentes aos interesses e à finalidade social do Hospital Universitário, observadas as disposições legais sobre o sigilo;

XXXI – responder pelas obrigações decorrentes de suas contratações;

XXXII – dar transparência e prestar contas, pública e regularmente, em canais de amplo acesso, de todas as suas ações, em consonância com os princípios da lei do acesso à informação.

#### **Cláusula Oitava – Dos Direitos de Propriedade Intelectual**

As questões associadas à Propriedade Intelectual de pesquisas realizadas no Hospital Universitário seguirão a legislação específica da CONTRATANTE e serão regidas por instrumentos jurídicos específicos.

#### **Cláusula Nona – Das Obrigações e Responsabilidades da CONTRATANTE**

São obrigações da CONTRATANTE:

I – disponibilizar os materiais (bens móveis e imóveis) mediante instrumento de cessão de uso para a consecução dos objetivos do presente contrato;

II – fiscalizar as metas de desempenho, os indicadores e os prazos de execução previstos no respectivo anexo, conforme art. 6º, II da Lei nº 12.550 de 2011;

III – apresentar à CONTRATADA relação dos servidores públicos que exerçam atividades relacionadas ao objeto do presente contrato;

IV – garantir que a carga horária docente destinada ao acompanhamento de alunos no cenário de ensino-aprendizagem seja realizada no ambiente do Hospital Universitário, considerando o seu perfil assistencial;



V – fornecer à CONTRATADA, quando solicitado, todos os documentos, elementos, dados técnicos e todas as informações referentes aos interesses e à finalidade social do Hospital Universitário, observadas as disposições legais sobre o sigilo;

VI – responder pelas obrigações decorrentes de suas contratações;

VII – autorizar o Fundo Nacional de Saúde – FNS a transferir diretamente à CONTRATADA os recursos do MS destinados ao Hospital Universitário no âmbito do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF;

VIII – prestar contas anualmente ao Conselho Universitário, ao Conselho de Curadores e a toda a comunidade universitária sobre o andamento do presente contrato.

#### **Cláusula Décima – Dos Cargos Diretivos do Hospital**

Os procedimentos para a seleção de ocupantes dos Cargos em Comissão e Funções Gratificadas do Hospital serão os seguintes:

I – o superintendente será indicado ao Presidente da CONTRATADA pelo dirigente máximo da CONTRATANTE, pertencente ao quadro permanente da CONTRATANTE, obedecendo critérios estabelecidos de titulação acadêmica e comprovada experiência em gestão pública na área da saúde, definidos em conjunto pelas partes;

II – a Gerência de Ensino e Pesquisa será ocupada por docente do quadro de servidores efetivos da CONTRATANTE, e as demais gerências serão ocupadas, preferencialmente, por servidores pertencentes também do quadro permanente da CONTRATANTE e selecionadas por um comitê composto por membros da Diretoria Executiva da CONTRATADA e pelo superintendente da respectiva unidade hospitalar, a partir de análise curricular que comprove qualificação para o atendimento das competências específicas de cada gerência;

III – para o cargo de auditor, será realizada seleção pelos auditores geral e adjunto da CONTRATADA, por meio de critérios técnicos específicos para a área, e submetida à apreciação da Diretoria Executiva da CONTRATADA e da CONTRATANTE;

IV – a escolha do ouvidor do Hospital será realizada pelo Colegiado Executivo deste, obedecendo a critérios técnicos sugeridos pelo ouvidor-geral da CONTRATADA;

V – para os cargos de chefia, a seleção será feita pelo Colegiado Executivo e pelo representante do nível hierárquico imediatamente superior.

Parágrafo Primeiro – O indicado para o cargo de superintendente deverá comprovar experiência em gestão pública na área da saúde correspondente ao tempo de experiência exigido para o cargo de gerente.



Parágrafo Segundo – Os cargos de Superintendente e de Gerentes serão de livre nomeação e os demais cargos serão ocupados por servidores públicos cedidos à CONTRATADA, com fundamento no art. 93, inciso I da Lei nº 8.112 de 1990, ou por empregados admitidos por concurso público, de acordo com os critérios previstos nesta cláusula.

Parágrafo Terceiro – A seleção dos cargos em comissão e funções gratificadas será feita a partir da análise e classificação de, no mínimo, três currículos para cada posição, apresentados pelo superintendente.

Parágrafo Quarto – O processo com os resultados e as devidas justificativas das indicações deverá ser encaminhado pela Divisão de Gestão de Pessoas do Hospital Universitário à Diretoria de Gestão de Pessoas da CONTRATADA, para os procedimentos de nomeação dos indicados.

Parágrafo Quinto – Os critérios específicos para o processo de seleção dos candidatos a cargos em comissão e para a seleção dos candidatos a ocupar funções gratificadas são os definidos na Resolução nº 8/2012 da Diretoria Executiva da CONTRATADA.

Parágrafo Sexto – Caso não seja identificado candidato que preencha os requisitos sugeridos para algum cargo, caberá ao Comitê Gestor do Hospital realizar a indicação, com apresentação das devidas justificativas à Diretoria Executiva da CONTRATADA.

Parágrafo Sétimo – Os nomeados aos cargos em comissão ou funções gratificadas submetem-se a regime de integral dedicação ao serviço, podendo ser convocados sempre que houver interesse da CONTRATADA.

Parágrafo Oitavo – O procedimento de exoneração para os cargos em comissão e funções gratificadas previstas na resolução mencionada no Parágrafo Quinto seguirá as regras gerais aplicáveis ao caso, *ad nutum*.

#### **Cláusula Décima Primeira – Do Financiamento**

A execução do objeto do presente Contrato será financiada pelas dotações orçamentárias do MEC, alocadas diretamente no orçamento da CONTRATADA, e pelos recursos provenientes do SUS e de outras fontes de recursos públicos.

Parágrafo Primeiro – Os recursos REHUF provenientes do MS também comporão as fontes de financiamento do presente contrato e serão transferidos diretamente à CONTRATADA pelo FNS mediante autorização expressa da CONTRATANTE.

Parágrafo Segundo – Fica vedado ao Hospital Universitário disponibilizar qualquer tipo de serviços ou leito hospitalar para atendimento de planos ou entidades de saúde privadas.

#### **Cláusula Décima Segunda – Da Incomunicabilidade de Atos de Gestão de Recursos Humanos**



A contratação, a qualquer tempo, de força de trabalho, por qualquer das partes, não implicará a relação entre aqueles contratados e a outra parte deste contrato, não havendo em nenhuma das hipóteses a transferência de quaisquer ônus em relação às referidas contratações de força de trabalho.

#### **Cláusula Décima Terceira – Da Extinção do Contrato**

Este CONTRATO poderá ser extinto por resolução de ambas as partes; por rescisão unilateral, em virtude de extinção da unidade hospitalar; por inexecução ou execução inadequada; e por anulação, observado o devido processo legal e a ampla defesa.

Parágrafo Primeiro – A rescisão unilateral somente ocorrerá mediante prévio aviso de 12 (doze) meses à outra parte, garantida, em qualquer caso, a continuidade do serviço público mediante apresentação de um plano de transição acordado entre as partes.

Parágrafo Segundo – Descumprido o prazo de prévio aviso para a rescisão unilateral, a parte que der causa responderá por eventuais perdas e danos nos termos da lei.

#### **Cláusula Décima Quarta – Da Vigência e da Prorrogação**

O contrato é celebrado pelo prazo de 10 (dez) anos, conforme estabelecido no respectivo plano de metas, com validade e eficácia condicionadas à publicação resumida do instrumento pela CONTRATANTE no Diário Oficial da União e, na integralidade, pela CONTRATADA, em sítio próprio na rede mundial de computadores.

Parágrafo Único – O presente contrato é passível de prorrogações mediante Termo Aditivo, observado o prazo para cumprimento de novo plano de metas aprovado pelas partes.

#### **Cláusula Décima Quinta – Dos Casos Omissos**

Os casos omissos referentes a este contrato serão resolvidos à luz da Lei nº 12.550 de 2011 e do Decreto nº 7.661 de 2011, pelas partes de comum acordo.

#### **Cláusula Décima Sexta – Da Solução de Controvérsias**

Fica estabelecido que eventuais conflitos ou controvérsias decorrentes da execução do presente contrato serão submetidos à Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Federal, nos termos do art. 11 da Medida Provisória nº 2180-35 de 2001.

Parágrafo único – fica eleito o foro da Justiça Federal de Florianópolis para eventuais conflitos jurídicos;



E, por se acharem justas e contratadas, as partes assinam o presente contrato em três vias de igual teor e forma, contendo rubrica das partes em todas as folhas, na presença das testemunhas, para que produza todos os efeitos legais.

Brasília/DF, 16 de março de 2016.

Pela Contratante:

  
ROSELANE NECKEL  
Reitora

Pela Contratada:

  
NEWTON LIMA NETO  
Presidente

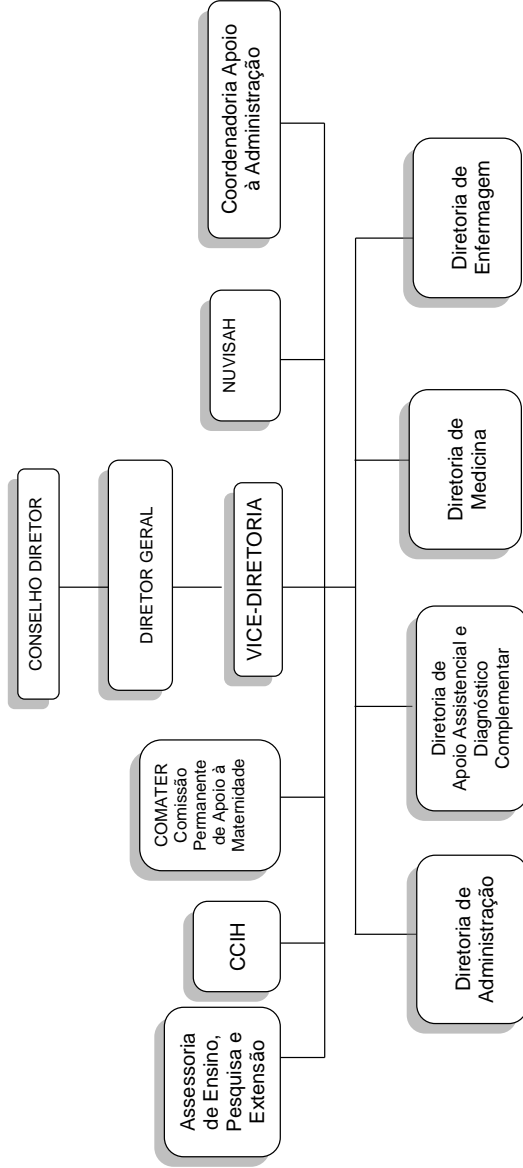
  
JEANNE LILIANE MARLENE MICHEL  
Vice-presidente executiva

Iaia Guena  
CPF: 365510236-09  
egom57

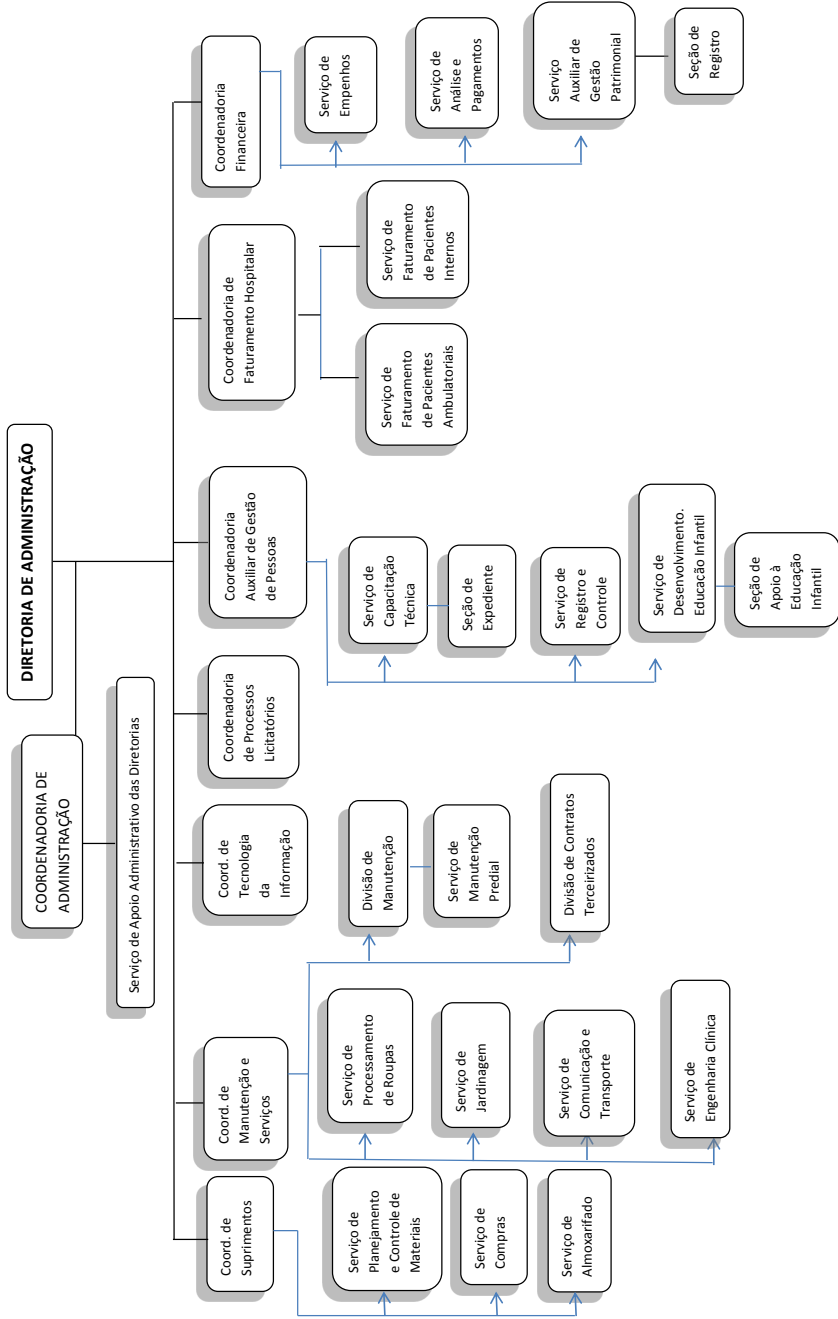
Leonardo Ambrosio Costa  
CPF: 058.084.316-08  
A

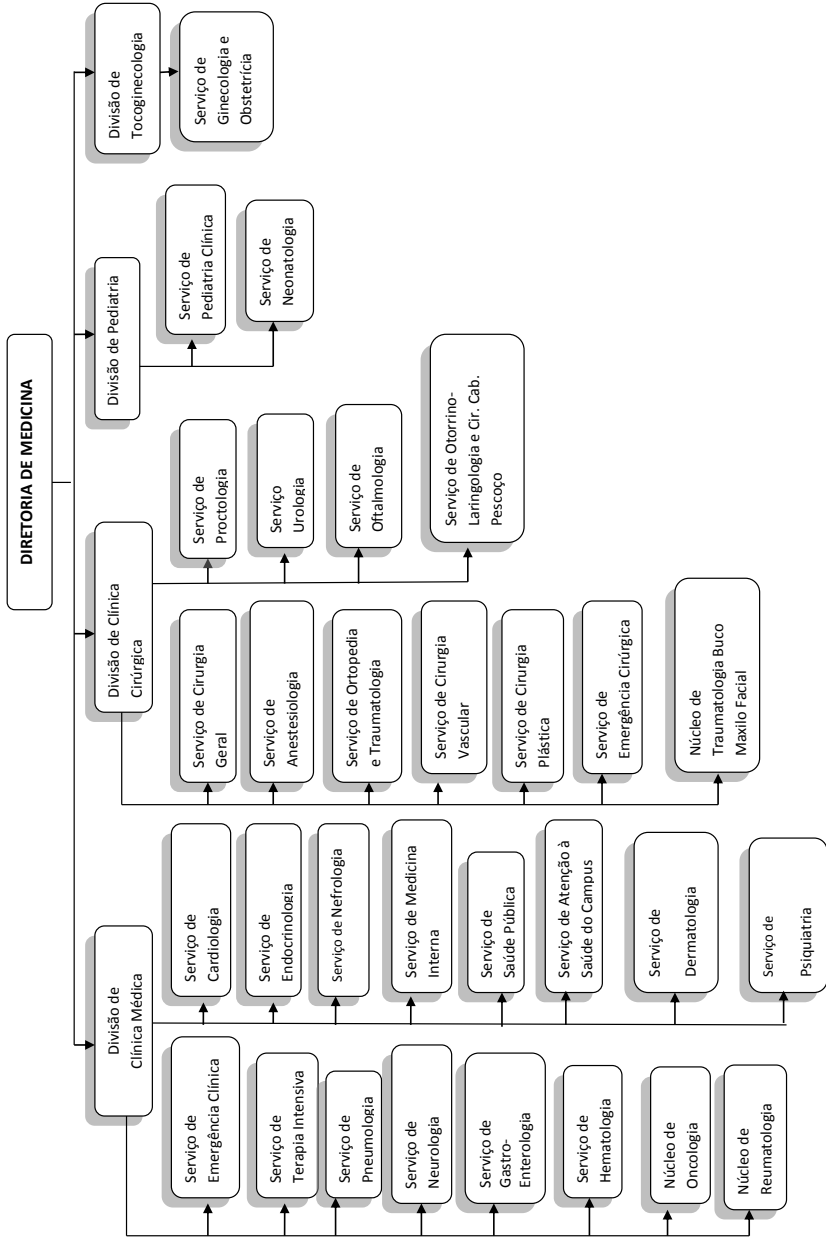


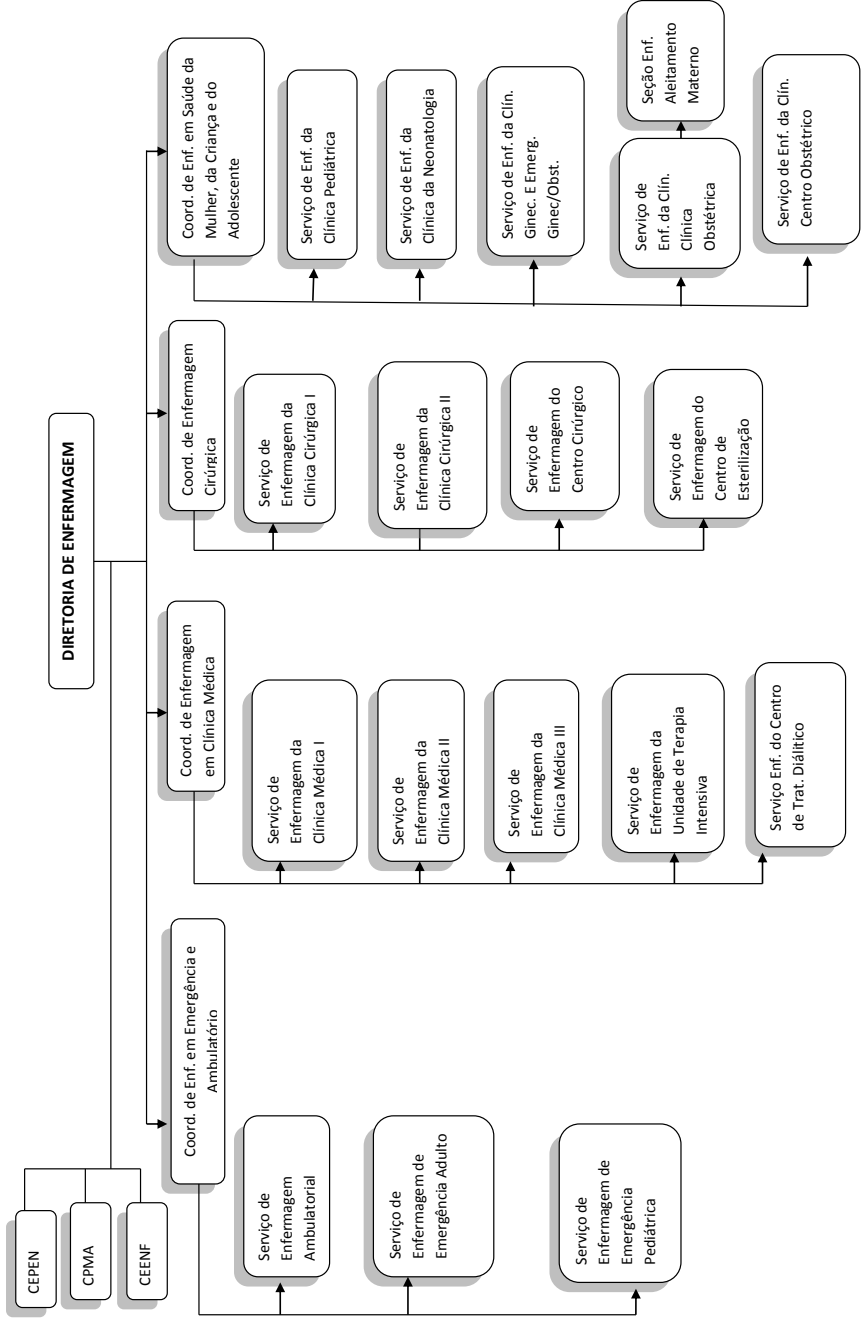
**ORGANOGRAMA DG – HU/JFSC  
2012-2016**











**DIRETORIA DE ENFERMAGEM**

Coord. de Enf. em Emergência e Ambulatoratório

Serviço de Enfermagem Ambulatorial

Serviço de Enfermagem de Emergência Adulto

Serviço de Enfermagem de Emergência Pediátrica

Coord. de Enfermagem em Clínica Médica

Serviço de Enfermagem da Clínica Médica I

Serviço de Enfermagem da Clínica Médica II

Serviço de Enfermagem da Clínica Médica III

Serviço de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva

Serviço Enf. do Centro de Trat. Dialítico

Coord. de Enfermagem Cirúrgica

Serviço de Enfermagem da Clínica Cirúrgica I

Serviço de Enfermagem da Clínica Cirúrgica II

Serviço de Enfermagem do Centro Cirúrgico

Serviço de Enfermagem do Centro de Esterilização

Coord. de Enf. em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente

Serviço de Enf. da Clínica Pediátrica

Serviço de Enf. da Clínica da Neonatologia

Serviço de Enf. da Clin. Ginec. E Emerg. Ginec/Obst.

Serviço de Enf. da Clin. Clínica Obstétrica

Seção Enf. Aleitamento Materno

Serviço de Enf. da Clin. Centro Obstétrico

