

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO – CSE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
UNIVERSITÁRIA - PPGAU**

**ALÉCIO CARMINATTI JÚNIOR**

**A GESTÃO DO HU DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
MARIA E DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
CATARINA APÓS A ADESÃO À EMPRESA BRASILEIRA DE  
SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH**

**FLORIANÓPOLIS, SC  
2017**



**ALÉCIO CARMINATTI JÚNIOR**

**A GESTÃO DO HU DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
MARIA E DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
CATARINA APÓS A ADESÃO À EMPRESA BRASILEIRA DE  
SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Administração Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração Universitária.

**Orientador:** Prof. Dr. Irineu Manoel de Souza

**FLORIANÓPOLIS, SC  
2017**

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

Carminatti Jr, Alécio

A gestão do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina após a adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH / Alécio Carminatti Jr ; orientador, Prof. Dr. Irineu Manoel de Souza, 2017.  
301 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

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

**A gestão do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da  
Universidade Federal de Santa Catarina após a adesão à Empresa  
Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH**

**Alécio Carminatti Júnior**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Administração Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina  
como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em  
Administração Universitária.

Florianópolis, 27 de abril de 2017

Banca Examinadora:

---

Prof. Irineu Manoel de Souza, Dr.  
Orientador

Departamento de Ciências da Administração – UFSC  
Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária – UFSC

---

Prof. Paulo Otolini Garrido, Dr.

Departamento de Ciências da Administração – UFSC/CSE/UFSC

---

Prof.<sup>a</sup> Alessandra de Linhares Jacobsen, Dr.<sup>a</sup>

Departamento de Ciências da Administração – UFSC  
Programa de Pós Graduação em Administração Universitária – UFSC

---

Prof. Marcelino Osmar Vieira – Examinador Externo, Dr.  
Departamento de Clínica Médica – CCS/UFSC

---

Prof. Douglas Francisco Kovaleski - Examinador Externo. Dr.  
Departamento de Saúde Pública - CCS/UFSC



***"O temor do SENHOR é o princípio do saber, mas os loucos desprezam a sabedoria e o ensino." Pv 1:7***





*A minha esposa, Flor, pelo apoio, carinho, compreensão e incentivo nos momentos mais difíceis desta jornada.*

*Aos meus filhos, nora e neto, pela compreensão em relação a minha ausência em muitos momentos, por estar focado na execução dessa pesquisa.*

*A minha família que sempre me deu força e me encorajou a não esmorecer nessa caminhada.*

*Aos amigos da jovem guarda que sempre me proporcionam grandes momentos de alegria.*

*Ao Professor Irineu Manoel de Souza, pelo exemplo de garra e perseverança frente a todo e qualquer desafio, sempre mostrando que somos capazes, por ter sido orientador, amigo, guia e companheiro, não me deixando fraquejar nesta caminhada.*



## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter alcançado a graça de concluir mais esta etapa em minha jornada acadêmica. Obrigado Deus.

Agradeço a Deus por me presentear, me dando uma esposa, Floripes, minha linda “Flor”, e colocá-la sempre do meu lado, me incentivando, me encorajando, e acreditando em mim. Amor, essa conquista também é tua.

Agradeço a Deus por meus filhos, Lucas e Maria Eduarda, por eles darem sentido a minha vida, sendo inspiração para que eu continue a ser exemplo de pai, de marido, e, também, mostrar que é possível alcançar nossos sonhos.

Agradeço a Deus por permitir o crescimento da família, me dando uma linda nora, a Jéssyka, e meu netinho Pedro Lucas. Obrigado por preencherem de forma tão presente e alegre minha vida.

Agradeço a Deus por minha família, por estarem sempre presentes nessa longa caminhada, pelo amor incondicional, pelo apoio e compreensão.

Agradeço a Deus pelos colegas da Tocoginecologia e Ginecologia do HU, que participaram diariamente nos debates matinais no café, dos mais diversos assuntos dessa pesquisa.

Agradeço a Deus por meus amigos sempre presentes da Jovem Guarda. Muito obrigado por fazerem parte de minha vida e de minha família. Vocês são especiais.

Agradeço a todos os professores do PPGAU, que muito contribuíram ao longo desta minha caminhada acadêmica, proporcionando grandes momentos de reflexões e análises, sob uma perspectiva diferenciada, agregando ensinamentos que certamente irão contribuir em diversos momentos de minha vida.

Agradeço a todos os colegas da turma PPGAU 2015, pelos grandes momentos de alegria, troca de experiências e interação. Em especial, vai meu agradecimento a Tânia Tavares, com quem tive o prazer de ingressar junto no HU/UFSC, e também no Mestrado, pela amizade, carinho e ajuda.

Agradeço ao Professor Irineu Manoel de Souza, por apostar em mim, desde antes do meu ingresso no programa. Obrigado professor, por todo ensinamento, parceria, troca de experiências e orientações passadas. És um exemplo a ser seguido.

Agradeço ao Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, minha segunda casa, por ter me abraçado como servidor e ter me

proporcionado tantas oportunidades de crescimento como profissional e como ser humano.

Agradeço a Universidade Federal de Santa Catarina, por me oportunizar este crescimento acadêmico, conseqüentemente valorizando meu desenvolvimento profissional.

Agradeço aos membros da banca examinadora, pela disposição e partilha de conhecimento, na construção desta dissertação.

Agradeço a todo apoio do Hospital Universitário de Santa Maria, em especial aos membros gestores da instituição.

Agradeço a todos aqueles que, de alguma maneira contribuíram para esse momento.

## RESUMO

A presente dissertação foi desenvolvida com o objetivo de compreender como ocorre a gestão do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina, após a adesão à EBSERH, na visão dos gestores administrativos desses hospitais. Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, podendo ser classificada como uma pesquisa descritiva em relação aos seus fins e, quanto aos meios, trata-se de um estudo multicaso, uma pesquisa de campo, bibliográfica e documental. A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, junto aos superintendentes, gerentes, diretores, auditor, chefes de serviços, chefe de gabinete, dos hospitais foco desta pesquisa. Conclui-se, a partir da análise documental e das entrevistas que, no HU/UFSM, podemos perceber avanços, na reposição de pessoal e na ampliação do atendimento. Por conta das 827 contratações de funcionários, foram realizadas adaptações na estrutura física para acomodar o aumento da demanda de atendimento, que foi de na ordem de 65% no número de consultas e de 35% no número de internações, bem como, a ampliação no número de leitos hospitalares, passando de 303 para 403leitos. Foram adquiridos novos equipamentos tecnológicos, além da implantação do AGHU. No HU/UFSC, o contrato foi assinado em março de 2016, e foi acordado o prazo de 18 meses para o processo de transição, porém, no Art. 16º da Lei 12.550, a empresa tem até 12 meses para reabertura dos leitos fechados. No entanto, a EBSERH ainda não cumpriu nenhuma das suas obrigações contratuais, e ainda continuam fechados cerca de 98 leitos, e, nenhum funcionário aprovado no concurso realizado em dezembro de 2016 foi convocado. Estruturalmente, foi empossado o superintendente, o gerente administrativo, o de atenção à saúde e de ensino e pesquisa. Dessa forma, é preciso denunciar o descumprimento do contrato e a revisão da adesão do HU/UFSC à EBSERH, apurando as responsabilidades por esse fato. Não se pode mais permitir que a gestão pública brasileira deixe de cumprir o seu compromisso com a comunidade, ainda mais na questão da assistência hospitalar, onde vidas estão em jogo.

**Palavras-chave:** Gestão Universitária. EBSERH. Hospital Universitário Federal.



## ABSTRACT

The present thesis aims to discuss, based on the view of the administrative managers of the university hospitals of the Federal University of Santa Maria and the Federal University of Santa Catarina, how these hospitals are managed after their joining to EBSEH. This research is characterized as basic and qualitative. It can be classified in relation to its purposes as a descriptive research, and, in terms of its means, as a multicase study consisting in a field, bibliographical and documentary research. The information was collected through a semistructured interview, conducted with the administrative managers of the chosen institutions for this research. It is concluded, from the documentary analysis and the interviews that, in the HU/UFSC, it can be seen advances in relation to the replacement of personnel and in the expansion of the service. As a result of the 827 staff contractions, adjustments were made in the physical structure to accommodate the increase in the demand for care, which was 65% in the number of appointments and 35% in the number of hospitalizations, as well as the expansion in the number of hospital beds, from 303 to 403 beds. New technological equipment was acquired, besides the implementation of the AGHU. In the HU / UFSC, the contract was signed in March 2016, and the term of 18 months was agreed for the transition process, however, in Article 16 of Law 12.550, the company has up to 12 months to reopen the closed beds. Despite this, EBSEH has not yet fulfilled any one of its contractual obligations, and approximately 98 beds still remain closed, and no official approved in the contest held in December 2016 was called. The superintendent, the administrative manager, the health care manager and the teaching and research coordinator were appointed. Therefore, it is necessary to denounce the non-compliance with the contract and the review of the adherence of HU/UFSC to EBSEH, clarifying the responsibilities for this fact. The Brazilian public administration can no longer be allowed to fail to fulfill its commitment to the community, especially in the issue of hospital care, where lives are at stake.

**Keywords:** Hospital management. EBSEH. Federal University Hospital.





## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparação de perspectivas: antiga administração pública, nova gestão pública e novo serviço público .....	47
Quadro 2 - Alguns marcos da história dos hospitais .....	67
Quadro 3 - Órgãos de administração e fiscalização .....	78
Quadro 4 - Uma lista preliminar de aspectos da pesquisa qualitativa ...	83
Quadro 5 - Respondentes da Pesquisa, por meio de entrevista semi-estruturada – HU/UFMS .....	85
Quadro 6 - Respondentes da Pesquisa, por meio de entrevista semi-estruturada – HU/UFSC. ....	86
Quadro 7 - Objetivos e Categorias de Análise.....	87
Quadro 8 - Categorias, fatores de análise e instrumento de coleta de dados .....	90
Quadro 9 - Relação entre objetivos específicos e questões aplicadas na pesquisa de campo.....	91
Quadro 10 - Apuração da Consulta Pública HU/EBSERH .....	105
Quadro 11 - Características da administração Patrimonialista e da gestão dos HU's pela EBSEERH.....	227
Quadro 12 - Características da administração burocrática e da gestão dos HU's pela EBSEERH .....	228
Quadro 13 - Características da administração gerencial e da gestão dos HU's pela EBSEERH .....	229
Quadro 14 - Características do novo serviço público e da gestão dos HU's pela EBSEERH.....	231
Quadro 15 - Características das universidades e da EBSEERH .....	232
Quadro 16 - Características do SUS e Características da Gestão dos HU's pela EBSEERH.....	234



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde
<b>ANS</b>	Agência Nacional de Saúde
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CEBs</b>	Comunidades Eclesiais de Base
<b>CIPFA</b>	Chartered Institute of Public Finance and Accountancy
<b>CLT</b>	Consolidação das Leis do Trabalho
<b>CONSU</b>	Conselho Universitário
<b>EBSERH</b>	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
<b>FAPEU</b>	Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária
<b>FIDEPS</b>	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
<b>HU's</b>	Hospitais Universitários
<b>HUFs</b>	Hospitais Universitários Federais
<b>ICGGPS</b>	Independent Commission for Good Governance in Public Services
<b>IFAC</b>	International Federation of Accountants
<b>IFES</b>	Instituições Federais de Ensino Superior
<b>MEC</b>	Ministério da Educação e Cultura
<b>MOODLE</b>	Modular Object Oriented Distance Learning
<b>MPOG</b>	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONGs</b>	Organizações não-governamentais
<b>OPM</b>	Office for Public Management Ltd
<b>PDRAE</b>	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
<b>POA</b>	Plano Operativo Anual
<b>RAU</b>	Rede de Atenção de Urgências
<b>REHUF</b>	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários
<b>RH</b>	Recursos Humanos

<b>SES</b>	Secretaria de Estado da Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCU</b>	Tribunal de Contas da União
<b>UFSC</b>	Universidade Federal de Santa Catarina
<b>UFSM</b>	Universidade Federal de Santa Maria
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>SISREG</b>	Sistema de Regulação
<b>UPAs</b>	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>25</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO .....	26
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO .....	28
1.3 OBJETIVOS .....	32
<b>1.3.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>32</b>
<b>1.3.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>32</b>
1.4 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA .....	32
1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO .....	33
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>35</b>
2.1 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	35
<b>2.1.1 Políticas Públicas .....</b>	<b>36</b>
<b>2.1.2 Modelo Patrimonialista.....</b>	<b>38</b>
<b>2.1.3 Modelo Burocrático.....</b>	<b>38</b>
<b>2.1.4 Modelo Gerencial .....</b>	<b>41</b>
<b>2.1.5 Novo Serviço Público, a Gestão Social e a Gestão Societal.....</b>	<b>44</b>
2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS .....	52
2.3 ADMINISTRAÇÃO UNIVERSITÁRIA.....	60
<b>2.3.1 Trajetória Histórica da Universidade ao Longo dos Tempos ..</b>	<b>62</b>
<b>2.3.2 Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil .....</b>	<b>62</b>
<b>2.3.3 Papel das Universidades Federais.....</b>	<b>65</b>
2.4 ADMINISTRAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS – HU’S .....	66
<b>2.4.1 Evolução Histórica dos Hospitais.....</b>	<b>67</b>
<b>2.4.2 Os Hospitais Universitários Federais.....</b>	<b>68</b>
2.5 PROGRAMA NACIONAL DE REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS – REHUF.....	72
2.6 ADMINISTRAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PELA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSE RH .....	74
<b>2.6.1 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSE RH) .....</b>	<b>74</b>
2.6.1.1 Competências da EBSE RH .....	75
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>83</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	83
3.2 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA .....	84

3.3 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA: UNIVERSO E CATEGORIAS DE ANÁLISE .....	85
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS E SUJEITOS DA PESQUISA .....	87
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>93</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA UFSM E DO HU/UFSM E DA UFSC E DO HU/UFSC.....	93
<b>4.1.1 Caracterização da UFSM .....</b>	<b>93</b>
<b>4.1.2 Caracterização do HU/UFSM .....</b>	<b>94</b>
<b>4.1.3 Caracterização da UFSC .....</b>	<b>96</b>
<b>4.1.4 Caracterização do HU/UFSC .....</b>	<b>97</b>
4.2 A ADESÃO À EBSEERH PELO HU DA UFSM E DA UFSC .....	99
<b>4.2.1 Adesão à EBSEERH pelo HU/UFSM.....</b>	<b>99</b>
<b>4.2.2 A adesão à EBSEERH pelo HU da UFSC.....</b>	<b>101</b>
4.3 A ESTRUTURA E O FUNCIONAMENTO DOS HU'S DA UFSM E DA UFSC, ANTES E APÓS A ADESÃO À EBSEERH.....	107
<b>4.3.1 A estrutura e o funcionamento do HU da UFSM, antes da adesão à EBSEERH .....</b>	<b>107</b>
4.3.1.1 Estrutura do HU/UFSM antes da Adesão à EBSEERH.....	107
4.3.1.2 Funcionamento do HU/UFSM antes da adesão a EBSEERH .....	113
<b>4.3.2 A Estrutura e o Funcionamento do HU da UFSC, antes da adesão à EBSEERH.....</b>	<b>124</b>
4.3.2.1 Estrutura do HU/UFSC, antes da adesão à EBSEERH .....	125
4.3.2.2 Funcionamento do HU/UFSC antes da adesão à EBSEERH .....	136
<b>4.3.3 A Estrutura e o Funcionamento dos HU's da UFSM e da UFSC, após a adesão à EBSEERH. ....</b>	<b>163</b>
<b>4.3.4 A Estrutura e o Funcionamento do HU da UFSM, após a adesão à EBSEERH. ....</b>	<b>163</b>
4.3.4.1 Estrutura do HU/UFSM após a adesão à EBSEERH .....	163
4.3.4.2 Funcionamento do HU/UFSM após a adesão à EBSEERH .....	171
<b>4.3.5 A Estrutura e o Funcionamento do HU da UFSC, após a adesão à EBSEERH .....</b>	<b>192</b>
4.3.5.1 Estrutura do HU/UFSC após a adesão à EBSEERH .....	192
4.3.5.2 Funcionamento do HU/UFSC após a adesão à EBSEERH .....	202
4.4 AS MUDANÇAS OCORRIDAS NOS HU'S DA UFSM E DA UFSC	

APÓS A ADEÇÃO À EBSEH NO CONTEXTO DAS TEORIAS DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, DE ADMINISTRAÇÃO UNIVERSITÁRIA E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	223
<b>4.4.1 As mudanças efetivas ocorridas no HU da UFSM, após a adesão à EBSEH.....</b>	<b>223</b>
<b>4.4.2 As mudanças efetivas ocorridas no HU da UFSC, após a adesão à EBSEH.....</b>	<b>225</b>
<b>4.4.3 A EBSEH no contexto do teor da administração pública....</b>	<b>226</b>
<b>4.4.4 A EBSEH no contexto da administração universitária .....</b>	<b>232</b>
<b>4.4.5 A EBSEH no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS...234</b>	
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>239</b>
5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	239
5.2 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS .....	245
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>247</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>267</b>
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE PESQUISA – ENTREVISTA COM GESTORES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA E DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.....	268
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	270
<b>ANEXOS .....</b>	<b>271</b>
ANEXO 1 - CONTRATO FIRMADO ENTRE O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA COM A EBSEH.....	272
ANEXO 2 - CONTRATO FIRMADO ENTRE O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO <b>PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO</b> DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA COM A EBSEH .....	284
ANEXO 3 - DOCUMENTO DA COMISSÃO DE LEGISLAÇÃO E REGIMENTO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA QUE HOMOLOGA O “ <i>AD REFERENDUM</i> ” DE ADEÇÃO COM A EBSEH. ....	295
ANEXO 4 - LEI 12.550/2011 QUE CRIOU A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH .....	296





## 1 INTRODUÇÃO

Muito mais do que um local criado para divulgar a cultura universal, produzir ciência e formar profissionais, a universidade é, hoje, um instrumento para a transformação da sociedade. Ao garantir o pluralismo ideológico e a liberdade de pensamento, ela cumpre o papel de crítica às instituições e aos sistemas políticos, principalmente nos países subdesenvolvidos, onde as modificações de cunho social são urgentes. (WANDERLEI, 2003).

Diante desse conceito, a área da saúde se apresenta como uma área relevante, principalmente para as universidades públicas, dada sua importância para a vida das pessoas.

A Constituição de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal, tendo todas as esferas governamentais, municipais, estaduais e federais, como responsáveis por esta questão. No que se refere à organização dos serviços de saúde no Brasil, predomina o modelo de atenção centrado nos hospitais. Assim, os hospitais necessitam de pessoal capacitado e tecnologias avançadas para a prestação de serviços mais resolutivos de saúde. (BRASIL, 1988).

Em 2004 o Ministério da Saúde editou o documento reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira, destacando os seguintes problemas: insuficiência relativa e má distribuição territorial dos leitos; deficiência de gestão da rede e das próprias unidades hospitalares públicas e privadas; inadequação dos mecanismos de pagamento e de auditoria, controle e avaliação do uso dos recursos; grau incipiente de implementação da política de regionalização e hierarquização dos serviços; e grau incipiente de controle sobre a produção de serviços hospitalares em quantidade e qualidade que permita análise de adequação às necessidades e satisfação dos usuários (BRASIL, 2004a).

Com o propósito de reestruturar os Hospitais Universitários Federais, o Governo Federal criou o programa nacional de reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF) (BRASIL, 2011).

Em 2011, por meio da Lei nº 12.550/2011, de 15 de dezembro de 2011, o governo federal criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) empresa pública de direito privado, com o objetivo de administrar unidades hospitalares mediante contrato assinado com as Instituições Federais de Ensino (BRASIL, 2011).

Assim, com o intuito de discutir a gestão dos Hospitais Universitários das Universidades Federais brasileiras, com o advento da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, esta pesquisa

tratou da forma como ocorreu a adesão destes HU's à EBSEH, da estrutura e o funcionamento dos HU's da UFSM e da UFSC antes e após a adesão à EBSEH e das mudanças que ocorreram após a adesão, no contexto das teorias de administração pública, de administração universitária e do Sistema Único de Saúde.

Para introduzir o tema, neste primeiro capítulo será apresentada a contextualização, a problemática da pesquisa, os objetivos gerais e específicos, além da justificativa e a estruturação do trabalho.

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Em termos político-administrativos, o desenvolvimento de uma sociedade, em nosso tempo, resulta de decisões formuladas e implementadas por governos de estados nacionais, estaduais e municipais, em conjunto com as demais forças da sociedade (HEIDEMANN; SALM, 2014). Todavia, ainda encontramos na maioria dos estados brasileiros, formas arcaicas de gestão pública. É verdade que nosso país passa por um processo de democratização no aspecto jurídico administrativo, entretanto, formas ditatoriais de políticos coronelistas, nas quais o poder de influência e barganha financeira imperam corrompem, muitas vezes, as classes menos favorecidas, utilizando-as como massa de manobra, ainda resistem a esta nova ordem.

Dentro deste contexto, as Universidades enfrentam uma realidade desafiante, alvo de questionamentos e reflexões, como a equidade de acesso ao ensino superior, tendo como enfoque a gestão universitária; a qualidade e o compromisso com o ensino, a pesquisa e a extensão; a formação profissional e a autonomia universitária (BOLZAN, 2006).

Para Bolzan (2006), de um modo geral, as organizações de todos os tipos e categorias também estão passando, no momento, por uma fase de transformação. Estão em discussão, por exemplo, suas estruturas, seus procedimentos operacionais, as convivências interpessoais, e a relação com o meio ambiente na qual estão inseridas.

Mesmo ocupando um lugar de importância junto à sociedade, paradoxalmente as organizações acadêmicas são as que apresentam mais dificuldade em introduzir mudanças internas, incorporar novas tecnologias e redefinir seus processos e produtos, atuando dentro de um quadro referencial burocrático legal, onde o governo exerce a influência e o controle (BROTTI et al, 2000, p. 9).

Caracterizando-se por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino, na área da saúde, os Hospitais Universitários e de ensino (HUE), são incorporados às organizações acadêmicas,

promovendo treinamento universitário, assim reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão de autoridades competentes e por propiciar atendimento de maior complexidade a uma parcela da população (MÉDICI, 2001).

Os Hospitais Universitários Federais foram fundados para atender a necessidade de formação de profissionais dos cursos acadêmicos da área da saúde e são subordinados às Universidades Federais públicas que possuem autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial (BRASIL, 1988).

Assim, os HU's Federais são centros de atendimento hospitalar, que colaboram com as Universidades Federais, com a função de participar na formação e investigação do campo do ensino dos profissionais da área da saúde.

O Governo Federal, desde a década de 80, não vem contratando servidores públicos em número suficiente para trabalhar nos Hospitais Universitários Federais. Diante desta situação, as Universidades passaram a contratar servidores para esses HU's via fundação de apoio, 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).

Por intermédio do decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010 (BRASIL, 2010a), foi instituído o programa nacional de reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, que dispõe sobre o financiamento compartilhado entre os ministérios envolvidos (MEC, MS e MPOG) e reforça as diretrizes sobre as quais o REHUF está assentado, adotando medidas a fim de criar condições materiais e institucionais para que os Hospitais Universitários Federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde, com medidas que contemplam a reestruturação física e tecnológica das unidades, com a modernização do parque tecnológico; a revisão do financiamento da rede, com aumento progressivo do orçamento destinado às instituições; a melhoria dos processos de gestão; a recuperação do quadro de recursos humanos dos hospitais e o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde (BRASIL, 2011).

Constata-se que o REHUF atendeu, em parte, as questões ligadas ao parque tecnológico e de reestruturação física dos HU's, mas em nada melhorou em relação ao quadro de recursos humanos, pois o Governo Federal continuou dificultando a contratação de pessoal para os HU's.

A decisão do governo foi então criar uma empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação, para administrar os HU's, a EBSEH, por meio da Lei nº 12.550/2011. Sob o discurso da ineficiência da gestão pública e o alto custo dos hospitais federais, decorrentes da burocracia da legislação brasileira, a EBSEH é apontada, na concepção do governo, como "única" solução para salvar os HU's, e tem ganhado espaço e adesão junto às Universidades Federais (BRASIL, 2011).

## 1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) define, a saúde como um estado pleno de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença.

Cahali (2012) descreve que 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, proporcionado pela desorganização e funcionamento dos hospitais mantidos pelo estado, conseqüentemente, vem atingindo os cidadãos brasileiros que mais precisam do serviço público.

Os Hospitais Universitários, apesar de todas as dificuldades que enfrentavam, conseguiram ampliar a sua estrutura física, para atender ao aumento de usuários do Sistema Único de Saúde, porém não obtiveram na mesma proporção de crescimento o aumento no quantitativo de servidores através de concurso público para atender a demanda. Nos últimos anos, vários cargos foram extintos, e por esta razão, foram perdidas vagas, o que levou as Universidades Federais vinculadas aos HU's, a contratarem trabalhadores via fundações de apoio (HU/UFSC).

Na tentativa de melhorar as questões ligadas aos HU's Federais, criando condições materiais e institucionais para que estes hospitais desempenhassem plenamente as suas funções, em 27 de janeiro de 2010, através do decreto nº 7.082, foi instituído o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, que dispõe sobre o financiamento compartilhado entre os Ministérios da Educação, da Saúde e do Planejamento Orçamento e Gestão, adotando medidas que contemplam a reestruturação física e tecnológica das

unidades, com a modernização do parque tecnológico; a revisão do financiamento da rede, buscando o aumento progressivo do orçamento destinado às instituições; a melhoria dos processos de gestão; a recuperação do quadro de recursos humanos dos hospitais e o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde (BRASIL, 2010a).

Em 31 de dezembro de 2010, no último dia do governo Lula, é editada a Medida Provisória (MP) 520/10, que autorizou o executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A (EBSERH), vinculada ao Ministério da Educação. Essa medida provisória provocou uma manifestação nas IFES, com atos contrários à sua aprovação. Por se tratar de uma medida provisória polêmica, não houve acordo entre os legisladores, e, muitas emendas sugeridas dificultaram seu trâmite (BRASIL, 2010). Em ato declaratório nº 23, do presidente da mesa do Congresso Nacional, de 6 de junho de 2011, comunicando que a Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010, teve seu prazo de vigência encerrado no dia 1º de junho do corrente ano. Diário Oficial da União - Seção 1 - 07/06/2011, Página 2, a MP foi arquivada (BRASIL, 2011).

Em uma segunda tentativa governamental, agora na gestão da presidente Dilma Rousseff, através do projeto de lei 1749/11, novamente é encaminhada para apreciação do Congresso Nacional, a proposta de criação da EBSERH. Após analisada, e sofrer muitos vetos, é transformada na Lei nº 12.550/2011, criando oficialmente a EBSERH, uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, com a finalidade de dar prosseguimento ao processo de recuperação dos Hospitais Universitários Federais, sendo apontada pelo governo como solução definitiva para os problemas dos HU's Federais. (BRASIL, 2011).

Após a criação da Lei da EBSERH, houve muitas manifestações em nível nacional, contrárias ou não à adesão dos HU's pela empresa. Grupos de trabalhos foram criados para desenvolver debates e discussões sobre o tema junto à comunidade, o que acarretou muitos atrasos em alguns HU's em relação à tomada de decisão.

Em relação à adesão no HU da Universidade Federal de Santa Maria, foram realizados quatro debates no Conselho Universitário, onde houve muitas manifestações contrárias á adesão, tendo em vista as inúmeras dúvidas que existiam sobre o novo modelo de gestão, principalmente em relação a tornar o HUSM um hospital privado. (CONSU/UFSM/13). Na 756ª reunião do Conselho Universitário da UFSM, realizada em 29/11/2013, foram repassadas as informações referente á minuta do contrato para análise dos conselheiros, antes de um

posicionamento definitivo em relação à adesão, pois, já havia sido autorizado pelo CCS os devidos encaminhamentos para abertura de negociação com a EBSEH. Após aprovação da minuta, foi enfatizado que, os órgãos maiores de saúde da região aprovam a vinda da EBSEH e pedem que a UFSM faça à adesão à empresa. Essa aprovação foi baseada no fato de constar no estatuto da empresa que os HU's Federais continuarão a ser 100% SUS. Consta registrado ainda na referida ata que, não houve consenso nos demais centros, e entre os conselheiros, em relação à adesão ou não à empresa (CONSU/UFSM).

No dia 28/12/2014, a comissão de legislação e regimento da UFSM, através do processo 23081.004522/2012-75, deu parecer que o Conselho Universitário da UFSM pode homologar o “*Ad referendum*” do Magnífico Reitor que firma o contrato de adesão à EBSEH.

No HU da Universidade Federal de Santa Catarina, o processo de decisão em relação à adesão a empresa, proporcionou um longo processo de discussão. Foi criada uma comissão de estudos no dia 15/07/13, para dar encaminhamentos sobre o tema. O grupo realizou 16 reuniões em que foram tratados o cronograma, discussão dos princípios do HU e avaliação da questão acadêmica, de recursos humanos, orçamentária, fontes, gastos, avaliação da capacidade instalada dos atendimentos e serviços realizados e da organização administrativa, como forma de avaliação das alternativas à instalação da EBSEH e os impactos de uma eventual implementação. (MOODLE UFSC/2016).

Foi realizada consulta pública em 29 de abril de 2015, questionando se a comunidade universitária era favorável ou contrária à EBSEH. O voto foi universal e os resultados foram estratificados, representada pelos docentes, técnicos administrativos e discentes da universidade e estudantes maiores de 16 anos do Colégio de 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 no 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).

Na reunião realizada no Centro de Ensino da Polícia Militar, o relator do processo, o relator de vista e vinte e sete membros do Conselho Universitário não estavam presentes, por considerarem um desrespeito à 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 (EBSEH) foi assinado em 16 de março de 2016 (NOTÍCIAS UFSC, 2016).

A partir das proposições apresentadas, e considerando a importância e a complexidade do tema, foram investigados os Hospitais Universitários da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina, para conhecer a realidade atual da gestão por meio da EBSEH.

Assim, considerando a linha de pesquisa adotada no presente estudo, formalizou-se a pergunta de pesquisa a seguir: **“Como ocorre à gestão do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina, após a adesão a EBSEH?”**

### 1.3 OBJETIVOS

Na sequência, estão descritos o objetivo geral e os objetivos específicos da presente pesquisa.

#### 1.3.1 Objetivo Geral

Para responder o problema de pesquisa, foi definido, como objetivo geral: **“Compreender como ocorre à gestão do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina, após a adesão à EBSEH.”**

#### 1.3.2 Objetivos Específicos

Foram construídos os seguintes objetivos específicos, para atender o objetivo geral da pesquisa:

- a) Descrever como ocorreu a adesão e a implantação dos HUs da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina à EBSEH.
- b) Conhecer a estrutura e o funcionamento do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina anterior e posterior à EBSEH.
- c) Compreender as mudanças ocorridas nos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina após a adesão à EBSEH, no contexto das teorias de administração pública, de administração universitária e do sistema único de saúde.

### 1.4 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

O estado democrático de direito deve garantir ao cidadão o direito à saúde, conforme 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).



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

Além da formação profissional, os HU's Federais também prestam assistência, e constituem-se, ainda, importante espaço de ensino, pesquisa e formação de recursos humanos na área para o SUS, assumindo função assistencial relevante para a população (BRASIL, 2013a).

A presente pesquisa revela sua atualidade e relevância por pesquisar a questão do novo modelo de gestão para os Hospitais Universitários Federais, proposto pelo Governo Federal, através da criação da empresa brasileira de serviços hospitalares – EBSEH, contribuindo para o aprofundamento das discussões sobre as ações desta nos HU's.

Assim, este estudo denota significativa importância, oportunidade e viabilidade, tendo em vista que, segundo Castro (1997), um estudo é interessante quando está de alguma forma, ligado a uma questão crucial que polariza ou afeta um segmento substancial na sociedade.

Desta forma, busca-se conhecer como a EBSEH vem realizando a gestão do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina, e tentar elucidar as dúvidas em relação à efetividade de suas ações frente às dificuldades enfrentadas por estes hospitais, e toda problemática em seu envolvimento, haja vista a importância dos HU's para a população. Torna-se oportuno este estudo sobre esse novo modelo de gestão proposto, destacando a importância para avaliar qual o significado da EBSEH e como ocorreu sua implantação nos HU's da UFSM e da UFSC, sendo, desta forma, útil para possíveis mudanças, considerando a limitação de pesquisas científicas sobre o assunto.

O trabalho é viável, pois o pesquisador é servidor de um dos hospitais mencionados, tendo uma vivência diária na área, conhecendo os desafios enfrentados atualmente na gestão dos HU's Federais, possuindo assim, acesso às informações e, principalmente, aos dirigentes e aos técnicos que desenvolvem atividades nos HU's.

## 1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

A presente pesquisa está estruturada em cinco capítulos. Este capítulo inicial trata da introdução do trabalho, sua contextualização, com a formulação do problema de pesquisa, o objetivo geral e específicos e a justificativa para realização da pesquisa e a sua estrutura.

O capítulo 2 é dedicado à apresentação da fundamentação teórica-conceitual que direciona a presente pesquisa, focado nos quatro elementos base estruturantes: administração pública, administração universitária, administração dos HU's federais e a EBSEH.

No capítulo 3, são descritos os aspectos metodológicos adotados para a realização do presente trabalho, ou seja, os procedimentos para a coleta de dados e a forma como os dados foram analisados.

O capítulo 4 aborda a análise dos dados em consonância com o objetivo geral e objetivos específicos delineados.

No capítulo 5, são apresentadas as considerações finais da pesquisa e, em seguida, as referências bibliográficas, os apêndices e anexos.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo aborda inicialmente a administração pública, o Sistema Único de Saúde e a Administração Universitária. Em seguida discute a administração dos Hospitais Universitários pelas Universidades Federais e a administração dos Hospitais Universitários pela empresa brasileira de serviços hospitalares – EBSEH.

### 2.1 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

O artigo 37 da Constituição Federal descreve que a administração pública é o conjunto das normas, leis e funções desempenhadas para organizar a administração do estado em todas as suas instâncias, e tem como principal objetivo o interesse público, seguindo os princípios constitucionais (BRASIL, 2015).

Na administração pública, não há liberdade nem vontade, somente é permitido fazer o que a lei autorizada (MEIRELLES, 2002). 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, e interpretar significa criar, construir e produzir.

Para Santos (2006), gestão pública refere-se às funções de gerência pública dos negócios do governo. Silva (2007) classifica de maneira resumida, o agir do administrador público em três níveis distintos:

- a) atos de governo, que se situam na órbita política;
- b) atos de administração, atividade neutra, vinculada à lei;
- c) atos de gestão, que compreendem os seguintes parâmetros básicos:
  - I- tradução da missão;
  - II- realização de planejamento e controle;
  - III- administração de R. H., materiais, tecnológicos e financeiros;
  - IV- inserção de cada unidade organizacional no foco da organização; e
  - V- tomada de decisão diante de conflitos internos e externos.

Nesse sentido, a gestão pública tem como fundamento um conteúdo ético, moral e legal por parte daqueles que dela participam,

tendo como objetivo a crença no resultado positivo da política pública a ser implementada e na credibilidade na administração pública exercida pelos mesmos. É igualmente um componente dela a existência de um conteúdo pleno de elementos tecnológicos, que facilitem a utilização destes para administrar os bens públicos (BONEZI; PEDRAÇA, 2008).

Assim, de acordo com Rodrigues (2011), é preciso dispor de atores políticos com capacidade para diagnosticar e analisar a realidade social, econômica e política em que vivem, além de negociar de forma democrática com demais atores envolvidos no processo, para que haja uma transformação na sociedade por meio das políticas públicas.

### **2.1.1 Políticas Públicas**

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

Políticas públicas são ações, práticas, diretrizes políticas, fundadas em leis e empreendidas como funções do estado por um governo, para resolver questões gerais e específicas da sociedade (HEIDEMANN, 2009, p.29).

Para Heidemann (2014), política pública deve ter a abordagem multicêntrica: A visão de política pública vai além da perspectiva de políticas governamentais, na medida em que o governo, com sua estrutura administrativa, não é a única instituição a servir à comunidade, isto é, a promover “políticas públicas” (HEIDEMANN, 2014).

Em relação ao conceito de políticas públicas, não existe, ainda, consenso na literatura que a defina. Em geral, políticas públicas são vistas como instrumento ou conjunto de ações dos governos (SOUZA, 2006), uma ação elaborada no sentido de enfrentar um problema público (SECHI, 2012), ou, ainda, um “[...] conjunto de decisões e ações destinadas à resolução de problemas políticos” (RUA, 1998, p. 731).

Quem pensa em rede supera o pensamento convencional pelo menos em duas dimensões. Um teórico da rede pensa a sociedade enquanto uma imagem complexa, na qual – diferentemente do individualismo – a sociedade não aparece apenas como um agregado de indivíduos independentes, mas como um contexto integrado, sistêmico, que se constitui de muitos elementos (nós) e relações entre esses nós. O teórico da rede não capitula diante da realidade complexa, a qual ele se refere ao fim e ao

cabo a um todo que não é passível de análise, em que tudo está conectado com tudo. Ele decompõe e disseca o emaranhado social e político, no qual ele destaca, por exemplo, posições relacionais e zonas de concentração na rede (SCHNEIDER, 2005, p. 52).

Segundo Souza (2006, p. 25), as políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre estado, política, economia e sociedade.

Para Rodrigues (2011, p. 25),

“a eficácia das políticas públicas depende do grau de eficiência da gestão – o que, por sua vez, implica não apenas a qualidade dos gestores para exercer seu ofício público, mas também um ambiente de atuação que favoreça a governança democrática e a responsabilização política”.

Para garantir a efetividades de tais direitos, o estado democrático de direito é o responsável por implementar políticas públicas.

“Jogar o jogo da política democrática, ética, e da justiça social é o desafio que os gestores de políticas públicas têm de enfrentar para planejar, administrar e extrair recursos e formatar políticas redistributivas que busquem promover sociedades mais iguais e mais livres, num contexto mundial de profundas mudanças econômicas, demográficas e ideológicas” (RODRIGUES, 2011, p. 78).

As organizações públicas são como um palco de um mundo pessoal, apesar da burocracia que lhes condiciona relações impessoais (DENHARDT, 2012). Segundo o autor, é de importância saber que as teorias da administração pública não existem separadas da prática, ou seja, elas se relacionam integralmente à maneira como atuamos enquanto membros ou usuários das organizações públicas, buscando um entendimento que nos torne capazes de integrar teoria e prática, reflexão e ação. Na construção teórica, os modelos exercem um papel importante e podem adquirir o sentido de um tipo ideal, ou mesmo, de uma representação da vida real (DENHARDT, 2012).

Nesse sentido, o argumento central de Denhardt (2012) é de que se pode chegar a uma teoria da organização pública mediante uma

redefinição do campo e, para isso, propõe uma abordagem alternativa seguida de algumas características.

A seguir, destaca-se a evolução das teorias da administração pública.

### **2.1.2 Modelo Patrimonialista**

O patrimonialismo vigorou no período feudal, nas sociedades pré-burocráticas. No entender de Weber (1999, p. 234-240), tem associação com a “dominação patriarcal”, do “chefe da comunidade doméstica” que detinha o pleno domínio de seus filhos, esposas, escravos etc. Baseada na santidade da tradição, “na crença na inviolabilidade daquilo que foi assim desde sempre”, há submissão pessoal ao detentor do poder sendo este ilimitado e arbitrário, desvinculado de normas estatuídas na legalidade abstrata. Com a descentralização do poder doméstico, pois o soberano distribui terras e benefícios entre filhos, dependentes ou incorpora outros soberanos fora de seu poder doméstico, surge o que denominou “dominação patrimonial” (WEBER, 1999).

Verifica-se, na fase patrimonialista, o governante usando todo o aparelho do estado em benefício próprio e de terceiros por ele favorecidos. Assim, há o favorecimento de poucos em detrimento dos interesses de toda uma sociedade.

No Brasil, o modelo patrimonialista vigorou desde o período colonial estendendo-se até a década de 1930. A referida fase, devido as suas características, demonstra uma péssima qualidade na gestão pública. Em muitos órgãos públicos, ainda é perceptível, um patrimonialismo discreto, coexistindo com os modelos burocrático e gerencial. Essa discricionariedade encontra guarida, atualmente, na discricionariedade administrativa, a qual é utilizada e/ou interpretada inadequadamente por maus gestores para obtenção de vantagens pessoais, nepotismo, desvios e corrupção (REK, 2014).

Buscando afastar da administração os vícios, as fraudes e a corrupção do patrimonialismo, surge a administração pública burocrática, que é discutida a seguir.

### **2.1.3 Modelo Burocrático**

Lefort (1971, p. 148) relata que, burocracia não é, somente, interrogar sobre as dimensões, o caráter, a origem ou o “vir a ser” de um fenômeno social. É sempre – implícita ou explicitamente – colocar a questão fundamental que incide sobre o ser do fenômeno.

Segundo Acunha (2012, p. 27), o modelo burocrático, “ênfatiza aspectos absolutamente formais, controlando processos de decisão, estabelecendo uma hierarquia funcional rígida, baseada em princípio de profissionalização, formalismo, entre outros”.

Com tal afirmação também concorda Argemiro Martins (2012, p. 19-20), para quem o modelo weberiano se coaduna com o estado de massas, como ocorria com o estado social, destacando que “em termos gerais, o modelo burocrático é constituído por procedimentos formais feitos por funcionários especializados com competências fixas, sujeitos ao controle hierárquico”.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), elaborado pelo Ministério da Administração Federal descreve que a administração pública burocrática,

Surge na segunda metade do século XIX, na época do estado liberal, como forma de combater a corrupção e o nepotismo patrimonialista. Constituem princípios orientadores do seu desenvolvimento a profissionalização, a ideia de carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade, o formalismo, em síntese, o poder racional-legal. Os controles administrativos visando evitar a corrupção e o nepotismo são sempre a priori. Parte-se de uma desconfiança prévia nos administradores públicos e nos cidadãos que a eles dirigem demandas. Por isso são sempre necessários controles rígidos dos processos, como por exemplo, na admissão de pessoal, nas compras e no atendimento a demandas (BRASIL, 1995a, p.15).

A fim de proteger os interesses coletivos e os bens públicos contra a corrupção, clientelismo e interesses particulares, evidencia-se, nesta fase, a necessidade de diferenciação e segregação do patrimônio público daquele privado.

O modelo burocrático, em face de seu formalismo exagerado e preocupação excessiva com controles, torna a administração pública rígida, engessada e pouco eficiente. Assim, como consequência:

O estado volta-se para si mesmo, perdendo a noção de sua missão básica, que é servir à sociedade. A qualidade fundamental da administração pública burocrática é a efetividade no controle dos abusos; seu defeito, a ineficiência, a auto-referência, a incapacidade de voltar-se para o serviço aos

cidadãos vistos como clientes (BRASIL, 1995a, p.15).

Buscando afastar da administração os vícios, fraudes e a corrupção, a administração pública burocrática traz um zelo excessivo com os controles administrativos prévios. Como resultados, por um lado, há a redução de práticas patrimonialistas em face de critérios adotados como o da impessoalidade, formalismo, criação de regras, hierarquia e controles; por outro, como a administração volta-se principalmente aos seus procedimentos internos, a máquina pública apresenta-se lenta e ineficiente, as demandas e anseios sociais não são concretizados, a partir do que se conclui que a qualidade não é uma característica efetiva visível da fase burocrática (REK, 2014).

O modelo burocrático é atribuído a Max Weber, sociólogo alemão, por que foi ele quem descreveu minuciosamente as características de tal modelo. Weber desenvolveu a tese de que o mundo moderno é dependente da burocracia, ao afirmar que é o meio mais racional de controlar as pessoas e obter um nível elevado de previsibilidade de resultados, bem como, descreveu as relações de poder com ênfase nas relações de dominação do tipo racional-legal, que encontra obediência por meio da lei (BERGUE, 2011).

No Brasil, o modelo burocrático, baseado na teoria do sociólogo alemão Max Weber, teve início em 1936. Bresser-Pereira (1996) afirma que:

A reforma burocrática brasileira, que tivera como precursor o embaixador Maurício Nabuco, ao reformar o Ministério das Relações e Interesses ainda no final dos anos 20, inicia-se de fato em 1936, sob a liderança de Getúlio Vargas e de seu delegado para essa matéria, Luiz Simões Lopes.

Acrescenta ainda o referido autor que:

No ano de 1936 é criado o Conselho Federal do serviço público civil, que se consolida através de sua transformação, dois anos depois, no DASP (Departamento administrativo do serviço público), que passou a ser seu órgão executor e, também, formulador da nova forma de pensar e organizar a administração pública. (BRESSER-PEREIRA, 2001, p. 10).

Destaca-se que o modelo burocrático teve um período curto, não logrando êxito pleno em seu anseio de extirpar o patrimonialismo ou de



atender aos novos anseios sociais, e evoluiu para uma nova forma de se pensar a administração pública - o modelo gerencial.

### **2.1.4 Modelo Gerencial**

O gerencialismo é uma técnica de instrumentalização e operacionalização das políticas públicas previamente desenvolvidas e aceitas pela organização, caracterizando-se por formas mais modernas de gestão pública, alterando os critérios de aplicação do controle dos serviços públicos, as relações estabelecidas entre o poder público e seus servidores e modificando, também, a própria atuação da administração, que, mediante a participação mais intensa dos cidadãos, passa a enfatizar a eficiência, a qualidade e a efetiva concretização do regime democrático (COELHO, 2000).

No governo de Castelo Branco, por meio do Decreto-Lei nº 200, deu-se em 1967 a primeira tentativa de introduzir, no Brasil, a administração pública gerencial. Esse decreto promovia uma radical descentralização da administração pública brasileira, transferindo a atividade de produção de bens e serviços para autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, bem como a instituição da racionalidade administrativa, planejamento, orçamento, descentralização e controle de resultados como princípios (SANTOS, 2003).

No Plano Diretor da Reforma do Estado elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado e, depois de ampla discussão, aprovado pela Câmara da Reforma do Estado em sua reunião de 21 de setembro de 1995, consta que o modelo de administração pública gerencial é construído sobre bases que consideram o estado uma grande empresa cujos serviços são destinados aos seus clientes, outrora cidadãos; na eficiência dos serviços, na avaliação de desempenho e no controle de resultados, suas principais características. A administração gerencial seria consequência dos avanços tecnológicos e da nova organização política e econômica mundial, para tornar o estado capaz de competir com outros países (BRASIL, 1995a).

[...] A eficiência da administração pública - a necessidade de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços, tendo o cidadão como beneficiário torna-se então essencial. A reforma do aparelho do estado passa a ser orientada predominantemente pelos valores da eficiência e qualidade na prestação de serviços públicos e pelo

desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações (BRASIL, 1995a, p. 16).

A respeito dessa gênese dessa nova gestão, Bresser-Pereira (1996, p. 6) enumera as suas principais características:

(1) descentralização do ponto de vista político, transferindo recursos e atribuições para os níveis políticos regionais e locais; (2) descentralização administrativa, através da delegação de autoridade para os administradores públicos transformados em gerentes crescentemente autônomos; (3) organizações com poucos níveis hierárquicos ao invés de piramidal, (4) pressuposto da confiança limitada e não da desconfiança total; (5) controle por resultados, a posteriori, ao invés do controle rígido, passo a passo, dos processos administrativos; e (6) administração voltada para o atendimento do cidadão, ao invés de auto-referida.

No Brasil verificaram-se tentativas de desburocratização e modernização da máquina pública, entretanto, o movimento de maior relevância com vistas à consolidação da reforma gerencial teve seu início efetivamente, em 1995, com a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE, delineado, naquele momento, pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (BRASIL, 1995a).

Assim, para o êxito do modelo gerencial, torna-se fundamental a busca pela eficiência, simplificação de processos, economicidade, adequada administração do patrimônio público e a prestação de serviços revestidos com qualidade, essencialmente, com foco no cidadão (BRASIL, 1995a).

Pereira (BRASIL, 1995a) conceitua no documento “Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado de 1995”, o modelo pós-burocrático a ser implantado no Brasil:

Administração pública gerencial – Emerge na segunda metade do século XX, como resposta de um lado, à expansão das funções econômicas e sociais do estado, e, de outro, ao desenvolvimento tecnológico e à globalização da economia mundial, uma vez que ambos deixaram à mostra os problemas associados ao modelo anterior. A eficiência da administração pública – a necessidade de reduzir custos

e aumentar a qualidade dos serviços, tendo o cidadão como beneficiário – torna-se então essencial. A reforma do aparelho do estado passa a ser orientada predominantemente pelos valores da eficiência e qualidade na prestação dos serviços públicos e pelo desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações (BRASIL, 1995a).

Por outro lado, estudos mostram que a reforma gerencial não obteve sucesso em consolidar um corpo burocrático comprometido com o interesse público. A adoção de programas de origem privada acabou por restabelecer a padronização do trabalho, além de focalizar mais a melhoria do serviço do que o julgamento moral e o aprendizado cotidiano (MARIA, 2000; PAULA, 2005).

De acordo com Paula (2005), essa aplicação do gerencialismo no setor público faz-se sob o argumento da eficiência de suas proposições, contudo esse modelo de gestão não tem se mostrado útil para lidar com a complexidade da vida política. O desenvolvimento de técnicas e programas administrativos sofisticados não é condição suficiente para uma gestão pública democrática, conclui a referida autora (PAULA, 2005).

Assim, no âmbito mesmo das instituições estatais irrompe-se continuamente as contradições que estão presentes na sociedade, e que o estado tenta resolver para preservar a estrutura social desigual que assegura seus aparatos e ações (Rey, 2008, p. 13). Lora & Lora (2002) ressaltam que um estudo do banco interamericano de desenvolvimento (BID) aponta que as reformas estruturais levadas a cabo (tributária, financeira e trabalhista – além da onda de privatizações e da abertura comercial) promoveram um crescimento econômico irrisório e passageiro em toda a América Latina. Tenório & Saravia (2006) completam afirmando que as reformas gerencialistas pioraram os índices de desenvolvimento, como o de distribuição de renda, e que tais reformas foram sugeridas pelo consenso de Washington.

Defendendo o avanço da administração pública, diferentemente do gerencialismo, que se constrói sobre conceitos econômicos como maximização do autointeresse, surge o novo serviço público que defende a ideia de administradores públicos a serviço de cidadãos.

### 2.1.5 Novo Serviço Público, a Gestão Social e a Gestão Societal

A teoria do novo serviço público emergiu em contraposição às teorias contemporâneas de administração pública, largamente aplicada em diversos países.

Denhardt e Denhardt (2003) apresentam dois movimentos anteriores que, de certa forma, contribuíram para o desenvolvimento do novo serviço público. De acordo com os autores, o primeiro movimento, *Old Public Administration* (Antiga administração pública), teve início em meados de 1900, com os estudos de Woodrow Wilson. Wilson acreditava que a administração pública deveria buscar, em primeiro lugar, a eficiência, e que tal eficiência só poderia ser alcançada se o governo fosse regido como uma organização privada (de acordo com os modelos da época). Com esse direcionamento, a *Old Public Administration* tem como principal característica, um modelo em que indivíduos eleitos formam um grupo que representa os interesses da população; tal grupo define quais são os interesses públicos, elabora políticas para a população e as leis que devem ser cumpridas para garantir a ordem e o bem estar público (DENHARDT; DENHARDT, 2003).

A visão crítica na obra de Arendt (2004) e de Ramos (1989), em relação à concepção do governo (que lida com interesses públicos) como uma organização de mercado (que é marcado por trocas que visam à satisfação de interesses privados), serve de base para a compreensão dos valores arraigados no novo serviço público. Arendt (2004), por exemplo, apresenta o modelo de sociedade predominante na antiguidade grega, de forma a resgatar a condição humana. Segundo a autora, na polis grega, existia uma forte distinção entre a esfera pública, caracterizada por aquilo que é comum aos cidadãos, e a esfera privada, caracterizada pelo que é próprio ao domínio da casa. Assim, enquanto a esfera privada diz respeito ao âmbito da casa, da família, num ambiente de alta hierarquia em que o homem, chefe da família, exercia o poder sobre os seus subordinados (mulher, filhos e escravos), a pública diz respeito às atividades comuns na vida política.

Na esfera pública, os cidadãos exerciam a sua vida política participando nos assuntos da polis. No entanto, para participar dela, era necessário vencer as necessidades da vida privada. Uma vez vencidas tais necessidades, o homem que participasse da vida pública era considerado livre e igual aos seus semelhantes (ARENDR, 2004). Para a autora, a extinção da diferença entre as esferas privada e pública, assim como a transferência das preocupações privadas para a política e a valorização da esfera privada como fenômeno social, são resultados de um sistema em

que a riqueza, que antes era limitada à propriedade privada, transforma-se na acumulação de capital e o privado passa a ter supremacia, invadindo o domínio político (ARENDRT, 2004).

Ramos (1984), em sua obra, escreve sobre a apropriação do político pelo privado, criticando o modelo que concebe a sociedade como mercado e que baseia todas as atividades da sociedade no sistema de trocas. Assim, o indivíduo, na sociedade de mercado, é observado como um ser que apenas reage aos estímulos recebidos e pauta seu comportamento na busca da realização dos interesses próprios.

Idealizar o homem como ser multidimensional implica admitir que ele também é dotado de uma natureza política, capaz de refletir sobre a realidade a sua volta, capaz de ser livre e de se ver como um “igual” (RAMOS, 1984). Com essa compreensão, Ramos (1989) desenvolveu a teoria da delimitação dos sistemas sociais, que, de certa forma e resguardadas as diferenças de contexto, distingue novamente as esferas pública e privada, delimitando o mercado como um enclave dentro da sociedade. Nessa perspectiva, Ramos (1989) e Arendt (2004) mostram que conceber o governo dentro dos padrões de mercado resulta numa distorção da esfera pública, com a sobreposição de interesses privados aos interesses públicos, o que não somente reduz a apreciação do homem a um ser unidimensional, como também deturpa toda a significação contida no exercício da liberdade e da expressão na construção do bem comum. A concepção do homem como ser capaz de refletir e de construir o bem comum coletivamente – tendo em vista sua natureza – e essa construção do bem comum como forma genuína de democracia é a ideia contida no modelo do novo serviço público. De acordo com esse modelo, o governo assume o papel de servir aos cidadãos, atuando como um mediador entre cidadãos e grupos comunitários, fomentando a criação de valores compartilhados. Para que isso seja possível, o governo deve possibilitar e criar oportunidades de diálogo, em que cidadãos e grupos comunitários possam ser ouvidos e possam contribuir para a construção das políticas públicas. Não somente o papel do governo se altera, como também o do administrador público. Para Denhardt e Denhardt (2003), o papel do administrador nesse contexto é o de engajar o cidadão no processo de participação. Para isso, faz-se necessário educar os cidadãos sobre a importância da democracia participativa.

O novo serviço público caracteriza-se por uma estrutura colaborativa, com lideranças compartilhadas e com o envolvimento colaborativo entre órgãos públicos, privados, organizações sem fins lucrativos e comunidade, visando ao estabelecimento de acordos

(DENHARDT; DENHARDT, 2003). Outro fator importante do modelo diz respeito à *accountability*, que, no cenário do novo serviço público, apresenta-se entre os coprodutores do bem comum, ou seja, órgãos públicos, privados, organizações sem fins lucrativos e comunidade são corresponsáveis pelas ações que praticam em conjunto e, dessa maneira, maiores serão as possibilidades de a ação alcançar um resultado positivo (ROBERTS, 2004).

Apresentamos a seguir, um quadro comparativo entre os modelos de administração pública, antiga administração pública, nova gestão pública e novo serviço público, que é apresentado por Denhardt e Denhardt (2003, p. 28).

Quadro 1 - Comparação de perspectivas: antiga administração pública, nova gestão pública e novo serviço público

	<b>Antiga Administração Pública</b>	<b>Nova Gestão Pública</b>	<b>Novo Serviço Público</b>
<b>Princípios teóricos e epistemológicos</b>	Teoria política e social intensificada por ciência social ingênua.	Teoria Econômica. Diálogo mais sofisticado, baseado na ciência social positivista.	Teoria Democrática com várias linhas de conhecimento, incluindo positivista, interpretativa e pensamento crítico.
<b>Racionalidade predominante e modelos de comportamento humano</b>	Modelo de racionalidade restrito ao “homem administrativo”.	Racionalidade técnica e econômica, caracterizada pelo “homem econômico”.	Racionalidade estratégica. Múltiplos tipos de racionalidade (política, econômica e racional).
<b>Concepções de interesse público</b>	O interesse público é politicamente definido como o expresso nas leis.	O interesse público representa a agregação dos interesses individuais.	O interesse público é resultado de um diálogo sobre valores compartilhados.
<b>A quem os servidores Públicos respondem</b>	Clientes e constituintes	Consumidores	Cidadãos
<b>Papel do governo</b>	“Remar” (estruturar e implementar políticas focando num único objetivo político pré-definido).	“Guiar” (atuando como um catalisador para liberar as forças do mercado).	“Servir” (negociar e intermediar os interesses entre cidadãos e grupos da comunidade, criando valores compartilhados).
<b>Mecanismos de alcance dos objetivos políticos</b>	Programas administrativos executados por meio de órgãos do governo.	Criação de mecanismos e de estruturas de incentivo para alcançar objetivos políticos por meio da	Criação de coalizão entre órgãos públicos, privados e organizações sem fim lucrativo para satisfazer

		atuação de órgãos privados e organizações sem fins lucrativos.	necessidades mutuamente existentes.
<b>Abordagem da accountability</b>	Hierárquica: Administradores públicos respondem aos políticos eleitos democraticamente.	Orientada para o Mercado: o acúmulo dos interesses pessoais irá resultar nos resultados desejados por um grupo de cidadãos (ou consumidores).	Multifacetada: servidores públicos devem respeitar a lei, os valores da comunidade, as normas políticas, os padrões profissionais, e os interesses dos cidadãos.
<b>Discrição administrativa</b>	Discrição limitada permitida por oficiais administrativos.	Ampla discrição para permitir alcance dos objetivos empreendedores.	Discrição necessária, porém restrita e responsável.
<b>Suposta estrutura organizacional</b>	Organizações burocráticas marcadas pela autoridade top-down.	Organizações públicas descentralizadas com controle primário de determinados órgãos públicos.	Estruturas colaborativas com lideranças compartilha das interna e externamente.
<b>Supostas bases de motivação dos servidores públicos</b>	Pagamento e benefícios, proteções.	Espírito empreendedor, desejo ideológico de reduzir o tamanho do governo.	Serviço público, deseje contribuir para a sociedade.

Fonte: Denhardt e Denhardt (2003, p. 28), adaptado pelo autor.



O novo serviço público que tem raízes no humanismo organizacional, e na nova administração pública, vem tomando forma por conta de revolucionários servidores públicos interessados e comprometidos com a sociedade a que servem. Buscam inspirar-se nas ideias propostas pelos autores para implantar um fazer diferenciado, equivale dizer, um novo gestor ético, responsável e comprometido. O trabalho destes gestores tem importância fundamental porque reflete um compromisso de tornar o mundo um lugar melhor, de construir uma sociedade preocupada e consciente em busca do bem comum. É a busca, de um fazer bem servindo, de um sentido maior de cidadania engajada, de uma sociedade harmônica, justa, e, mais feliz (DENHARDT; DENHARDT, 2003).

O esboço do novo serviço público descrito por Denhardt e Denhardt é uma alternativa para a velha administração pública e a nova gestão pública. Duas grandes dimensões servem de tema: Promoção do valor e dignidade do serviço público; e, democracia, cidadania, e interesse público como valores essenciais da administração pública.

Desta forma, partindo dos temas centrais, Denhardt (2003) elabora sete princípios-chave para o novo serviço público:

1. Servir cidadãos, não consumidores;
2. Perseguir o interesse público;
3. Dar mais valor à cidadania e ao serviço público do que ao empreendedorismo;
4. Pensar estrategicamente, agir democraticamente;
5. Reconhecer que a **accountability** não é simples;
6. Servir em vez de ‘dirigir’;
7. Dar valor às pessoas, não apenas à produtividade.

Diferentemente da nova gestão pública, que se constrói sobre conceitos econômicos como maximização do autointeresse, o novo serviço público se constrói sobre a ideia do interesse público, a ideia de administradores públicos a serviço de cidadãos e, de fato, totalmente envolvidos com eles (DENHARDT; DENHARDT, 2003).

Em relação à gestão social, Tenório (2010) escreve que a construção conceitual dar-se-ia por meio de um processo dialético negativo, sem pretensão de síntese conceitual, pois o termo ainda precisa transcender o espectro da gestão estratégica. Este marco conceitual “tem a pretensão somente de enfatizar a necessidade de que os gestores, qualquer que seja a configuração jurídica da organização, atuem sob uma

perspectiva na qual o determinante de suas ações deve ser a sociedade e não o mercado” (TENÓRIO, 2010).

Em seu texto mais recente, Tenório (2012) faz três suposições acerca da gestão social:

1. o conceito é subserviente à realidade não-republicana brasileira;
2. o conceito é uma utopia dada a sua pretensão antinômica ao de gestão estratégica; e
3. é um não-conceito, uma mediação entre a consciência e a realidade.

Em relação à primeira suposição, o autor argumenta que o Brasil ainda não é uma sociedade republicana, ainda não possui uma cultura decisória voltada para o bem comum, por isso os interesses particulares se sobrepõem aos interesses coletivos, inviabilizando a gestão social. A segunda suposição aponta para a hegemonia da racionalidade utilitária/gestão estratégica como referência para se tornar a gestão social uma utopia, pois a mesma não cabe em pressupostos instrumentais. A gestão social deve ser baseada em “[...] um conteúdo de permanente promoção da cidadania [...]” (TENÓRIO, 2012) em todas as esferas de decisão, públicas e privadas. As pessoas que serão afetadas pelas decisões devem participar delas. Assim, “[...] a sociedade deve ser o determinante da análise, [...] o bem-comum é a referência, a responsabilidade social é o compromisso, a república é o norte” (TENÓRIO, 2012).

Gestão social corresponde, então, ao modo de gestão própria às organizações atuando num circuito que não é originariamente aquele do mercado e do estado, muito embora estas organizações entretenham, em grande parte dos casos, relações com instituições privadas e públicas, através de variadas formas de parcerias para consecução de projetos. Este é o espaço próprio da chamada sociedade civil, portanto, uma esfera pública de ação que não é estatal (FRANÇA FILHO, 2008, p. 32).

Em síntese, a gestão social pode ser apresentada como a tomada de decisão coletiva, sem coerção, baseada na inteligibilidade da linguagem, na dialogicidade e no entendimento esclarecido como processo, na transparência como pressuposto, e na emancipação enquanto fim último (FRANÇA FILHO, 2008, p. 32).

No que tange ao tema administração pública societal, Paes de Paula (2005) enfatiza a necessidade de se estruturar um projeto político que repense o modelo de desenvolvimento brasileiro, a estrutura do aparelho do estado e o paradigma da gestão. Descreve que a vertente societal se inspira nas experiências alternativas de gestão pública realizadas no

âmbito do poder local no Brasil, como os conselhos gestores e o orçamento participativo.

Segundo Gohn (1995), alguns grupos também protagonizaram mobilizações pelos direitos de cidadania, como, por exemplo, os movimentos que protestavam contra o custo de vida, o desemprego, a repressão política e a opressão da mulher. Paralelamente, constituíam-se os primeiros centros populares, espaços criados por militantes políticos para facilitar sua atuação nas CEBs e nas bases comunitárias em atividades como as de assessores, educadores e organizadores da mobilização popular. A partir da década de 1980, esses centros populares também passaram a ser denominados organizações não-governamentais (ONGs).

Ferreira (1991) aponta que, na esteira desses movimentos, no início da década de 1980, surgiram as primeiras experiências que tentaram romper com a forma centralizada e autoritária de exercício do poder público, como, por exemplo, os mutirões de casas populares e hortas comunitárias de Lages, em Santa Catarina, as iniciativas de participação ocorridas no governo Franco Montoro, em São Paulo, e na administração de José Richa, no Paraná.

O tema da inserção da participação popular na gestão pública é o cerne dessa mobilização (Grupo de estudos sobre a construção democrática, 1999), e atingiu seu ápice em meados da década de 1980, momento da elaboração da constituinte, quando diferentes forças políticas ofereciam suas propostas para formular um novo referencial das relações entre estado e sociedade, cada qual fundamentada na sua visão de como deveria ser a construção da democracia no Brasil. Apesar de sua heterogeneidade, o campo movimentalista se centrava na reivindicação da cidadania e no fortalecimento do papel da sociedade civil na condução da vida política do país, pois questionava o estado como protagonista da gestão pública, bem como a ideia de público como sinônimo de estatal (KEINERT, 2000).

Uma concepção começou a se tornar predominante no âmbito desse campo, a saber: a implementação de um projeto político que procura ampliar a participação dos atores sociais na definição da agenda política, criando instrumentos para possibilitar um maior controle social sobre as ações estatais e desmonopolizando a formulação e a implementação das ações públicas.

Nesse contexto, multiplicaram-se pelo país, governos com propostas inovadoras de gestão pública, tais como as examinadas pelo programa *gestão pública e cidadania*, e também da construção de novos

canais de participação, como os fóruns temáticos voltados à discussão de questões variadas relacionadas com o interesse público, os conselhos gestores de políticas públicas e o orçamento participativo, que abrigavam diferentes experiências de participação social. Essas experiências foram construídas principalmente nos governos das frentes populares, que começavam a ganhar maior importância no cenário político. Ampliava-se assim a inserção do campo movimentalista, que passou a atuar nos governos municipais e estaduais por meio dos conselhos de gestão tripartite, comissões de planejamento e outras formas específicas de representação (JACOBI, 2000).

Durante a década de 1990 foi implementada a reforma gerencial do estado brasileiro, mas, no entanto, não havia no cenário político uma visão unívoca de reforma, pois também estava em curso um novo paradigma reformista: o estado-novíssimo-movimento-social, que rearticula o estado e a sociedade, combinando a democracia representativa e a participativa, ou seja, essa visão alternativa tenta ir além dos problemas administrativos e gerenciais, pois considera a reforma um projeto político e de desenvolvimento nacional (SANTOS, 1999).

Segundo Genro (1997), a esfera pública não-estatal não depende necessariamente do suporte da representação política tradicional, sendo constituída por milhares de organizações, locais, regionais, nacionais e internacionais que mediam a ação política direta dos cidadãos. Esse conceito de esfera pública não-estatal envolve a elaboração de novos formatos institucionais que possibilitem a co-gestão e a participação dos cidadãos nas decisões públicas. Nesse processo, as políticas e ações governamentais conferem identidade aos envolvidos, alteram o cotidiano da cidade e interferem na compreensão política de sua cidadania (GENRO, 1997).

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). Na sequência tratar-se-á sobre as ações e serviços públicos de saúde.

## 2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

As narrativas em torno da reforma sanitária brasileira localizam, como regra, a origem do movimento no contexto da segunda metade dos anos 1970, período que coincide com a criação do centro brasileiro de estudos de saúde (Cebes), em 1976; e, três anos depois, a criação da associação brasileira de pós-graduação em saúde coletiva (Abrasco)

(SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; RODRIGUEZ NETO, 1997; PAIM, 2008). No entanto, o processo de formação de atores e instituições identificados com mudanças radicais no sistema de saúde então vigente, também se relaciona com um conjunto de aspectos que vão do desenvolvimento dos cursos de medicina preventiva a partir da década de 1950 ao fortalecimento de uma visão contrária ao regime autoritário que via, na sua derrocada, a única forma de construção de um sistema de saúde eficiente e democrático (PAIVA; TEIXEIRA, 2013, p.21).

Segundo a interpretação de Scorel (1999), é importante ressaltar que o progressivo desenvolvimento de ações no campo da saúde com o objetivo de melhorar o atendimento e diminuir o gasto com recursos tendia a demandar quadros técnico-científicos nem sempre imediatamente disponíveis nas agências estatais. Essa escassez de competências propiciaria oportunidade de acesso aos postos da burocracia técnica estatal para um contingente de profissionais médicos de posições inovadoras, muitos dos quais de cunho progressista, que vinham gradativamente constituindo um movimento pela reforma do sistema de saúde, como parte do movimento de oposição ao regime. Dessas novas posições nas agências estatais, esses membros do nascente movimento sanitário brasileiro – orientados ideologicamente à esquerda e favoráveis à prestação estatal de serviços de saúde – procuraram introduzir mudanças progressivas nas bases de organização do sistema de saúde do país (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Uma das ações nesse sentido foi à criação do programa de interiorização de ações de saúde e saneamento, o Píass, lançado em agosto de 1976, e formalmente vinculado ao MS, caracterizava-se como uma iniciativa de investimentos que tinha em vista a expansão da rede de atenção primária de saúde em municípios do interior. Seus dois grandes propósitos foram:

- a) Aumentar o alcance da cobertura dos serviços médicos, especialmente nas áreas rurais;
- b) Viabilizar, com foco nos cuidados primários em saúde, a regionalização da atenção e da assistência médica, de forma descentralizada e hierarquizada (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Como um programa estratégico, o Píass não deixava de refletir uma aproximação da política de saúde brasileira aos princípios defendidos em âmbito internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, em âmbito regional, pela Opas, o que incluía a ênfase no aumento da cobertura dos serviços nas comunidades mais remotas, mediante o uso de

pessoal auxiliar, recrutado localmente e capacitado para esse fim (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; PIRES-ALVES, PAIVA, 2006).

Conjuntamente com essas ações concebidas e implementadas, o movimento da reforma sanitária brasileira avançava em seu processo de organização, alcançando maiores níveis de institucionalidade. Em julho de 1976, um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo, com o objetivo principal de editar um periódico especializado, instituiu o Cebes. A partir daí, saúde em debate tornar-se-ia um dos principais veículos de difusão do ideário do movimento, e o Cebes, uma de suas referências como entidade da sociedade civil (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; SOPHIA, 2012a, 2012b).

Ainda, dentro do mesmo contexto, em setembro de 1979, criava-se a Abrasco como forma de organização dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva. No mês seguinte, realizou-se o primeiro simpósio sobre política nacional de saúde, da câmara dos deputados, um evento que reuniu as principais lideranças das várias tendências do movimento.

As principais discussões ocorridas nesse encontro tomaram como base um texto produzido pelo Cebes e por pesquisadores do instituto de medicina social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que buscava sintetizar as principais reivindicações do movimento sanitário (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

De acordo com Luz (1991) a 8ª Conferência Nacional de Saúde reuniu, em Brasília, cerca de 4 mil pessoas para discutir a reforma sanitária e a instalação da assembléia nacional constituinte, um ano depois, que deveria incluir os princípios da reforma na nova Constituição Brasileira, sancionada em 1988 (LUZ, 1991). Foi então criado o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.

Assim, o SUS passou a integrar a Constituição Federal, e pode ser entendida, em primeiro lugar, como uma “política de estado”, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada constituição cidadã, de considerar a saúde como um “direito de cidadania e um dever do estado” (TEIXEIRA, 2011, p. 1).

A regulamentação do SUS sucedeu dois anos depois, pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (CRESS, 2011, p. 175).

De acordo com o Art. 7º da referida lei (Lei do SUS), as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo, ainda, aos seguintes princípios:

- a - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- b - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- c - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- d - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- e - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- f - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- g - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- h - participação da comunidade;
- i - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: - ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; - regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- j - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- k - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da união, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- l - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- m - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990a).

Também foi regulamentado pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “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” (BRASIL, 1990a).

Nestes quase vinte e seis anos de história do SUS foram desenvolvidas muitas ações e políticas que mudaram o cenário da saúde coletiva no Brasil.

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 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).

A rede de atenção à saúde (RAS) 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 (BRASIL, 2013).

Por meio do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) é realizado o encaminhamento a especialidades é feito através de agendamento de consultas nos hospitais públicos (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.

Os serviços de atenção primária são realizados nos Hospitais Universitários, embora a função desses hospitais seja prestar serviços de alta complexidade (MEDICI, 2001).

E descrito por Paim (2009), que a reflexão sobre modelos de atenção se desloca do senso comum para o campo técnico-científico. Impõe-se buscar certa precisão conceitual, para facilitar a compreensão e orientar as escolhas técnicas e decisões políticas na saúde. O modelo de atenção à saúde não significa algo exemplar e único. Tal como apresentado em alguns documentos e discursos, o modelo assistencial do Brasil é “hospitalocêntrico”.

As noções de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de

saúde vinculavam-se ao modelo piramidal, com os níveis de atenção primária, secundária e terciária dispondo de distintas tecnologias. A crítica que se realizou contra a concentração de recursos nos níveis secundário e terciário, sobretudo na assistência hospitalar (a quem os custos crescentes do setor saúde foram atribuídos), levou a se rotular de modelo hospitalocêntrico esta combinação de tecnologias centradas no hospital (PAIM, 2009).

Ainda, segundo o autor, no Brasil a noção de distrito sanitário trazia concepções distintas, até mesmo enfatizando o princípio da integralidade da atenção, na década de 1980, a expressão ‘modelos assistenciais’ referia-se às formas de organização dos serviços de saúde, envolvendo unidades com distintas complexidades tecnológicas relacionadas entre si nos diferentes espaços e populações. Portanto, não eram entendidos como exemplo ou padrão, nem como forma de organizar serviços restritos à atenção primária (PAIM, 2009).

Na reflexão sobre modelos de atenção à saúde no Brasil, Paim (2009) descreve que a integralidade, a efetividade, a qualidade e a humanização dos serviços de saúde constituem grandes desafios para as políticas de saúde. Nessa busca de alternativas, têm sido valorizadas propostas como oferta organizada, distritalização, ações programáticas de saúde, vigilância da saúde, estratégia de saúde da família, acolhimento e, mais recentemente, linhas de cuidado, projeto assistencial e equipes matriciais e de referência. A maioria dessas propostas tenta conciliar o atendimento à demanda e às necessidades da perspectiva da integralidade da atenção. Enquanto algumas valorizam a efetividades e a qualidade técnica, outras priorizam a satisfação das pessoas e a humanização dos serviços (PAIM, 2009).

Pode-se concluir que o modelo médico hegemônico, centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta), apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a afetividade, com a equidade, e as necessidades prioritárias em saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações. Já o modelo sanitarista (campanhas sanitárias, programas especiais, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, etc.), voltado para o atendimento de necessidade, têm enfrentado dificuldades para a promoção e a proteção da saúde, bem como na prestação de uma atenção com qualidade, integralidade, efetividade e equidade (PAIM, 2009).

A atenção básica é o carro chefe da construção do SUS, e o modelo hospitalocêntrico representa o fracasso dos demais níveis de assistência.

No entanto, é um mal necessário.

Dentro desse quadro, as Universidades Federais desempenham um papel importante como formadoras de profissionais na área de saúde, bem como nas mais variadas profissões. No tópico a seguir, versaremos sobre administração universitária.

## 2.3 ADMINISTRAÇÃO UNIVERSITÁRIA

Por apresentarem características peculiares que a diferenciam das demais organizações, as Universidades são instituições complexas, que desenvolvem um estilo próprio de estrutura, voltado para o ensino, pesquisa e extensão (COLOSSI, 1999).

O termo universidade está ligado a muitos outros, como cultura, ciência, ensino superior, pesquisa, autonomia. Todos devem conjuntamente ser compreendidos. Certas funções como as de qualificar os mais aptos para as diversas profissões, diferenciar o saber científico e o pré-científico, a cultura erudita e a popular, torna a universidade mais democrática tanto no sentido do poder interno, quanto no sentido de abri-la para camadas mais vastas da população, transformaram-se em problemas. Qual seu significado verdadeiro? A que e a quem ela serve? Que caminhos estão trilhando? Estas perguntas apresentam muitas respostas (WANDERLEI, 2003).

Conceitua-se Universidade como sendo um lugar privilegiado para conhecer a cultura universal e as várias ciências, para criar e divulgar o saber, mas deve buscar uma identidade própria e uma adequação à realidade nacional. Suas finalidades básicas são o ensino, a pesquisa e a extensão. Ela é a instituição social que forma, de maneira sistemática e organizada, os profissionais, técnicos e intelectuais de nível superior que as sociedades necessitam (WANDERLEI, 2003).

As Instituições Universitárias são sistemas que envolvem a tomada de decisões, em que cada pessoa participa consciente e racionalmente, escolhendo e decidindo entre alternativas mais ou menos racionais que são apresentadas de acordo com sua personalidade, motivações e atitudes. Os processos de percepção das situações e o raciocínio são básicos para a explicação do comportamento humano nas organizações: o que uma pessoa aprecia e deseja influencia o que se vê e interpreta, assim como o que se vê e interpreta influencia o que aprecia e deseja. Em outros termos, a pessoa decide em função de sua percepção das situações. Em resumo, as pessoas são processadores de informação, criadoras de opinião e tomadoras de decisão. (CHIAVENATO, 2003, p.348).

Em relação à tomada de decisão nas Universidades Federais, e,

consequentemente, nos HU's, prevalece a decisão colegiada, onde as decisões ocorrem por consenso e a autoridade profissional é baseada na competência, e não na hierarquia formal, o que leva a uma estrutura descentralizada com alto grau de autonomia interna e a um processo decisório de tempo consensual (SOUZA, 2010).

Em relação à autonomia das Universidades, de acordo com o Art. 207 da Constituição Federal de 1988, consta:

**Art. 207.** 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, 2017).

V - valorização dos profissionais da educação escolar, garantidos, na forma da lei, planos de carreira, com ingresso exclusivamente por concurso público de provas e títulos, aos das redes públicas; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006).

Outra característica das Universidades é a gestão democrática, conforme consta no Art. 206 da Constituição Federal, inciso VI. Com efeito, os principais dirigentes são eleitos pelas respectivas comunidades, como ocorre na escolha do cargo de diretores dos HU's. As eleições são convocadas por edital, e participam, além dos servidores, docentes e estudantes do Centro de Ciências da Saúde.

Nas Universidades, a política de gestão de pessoas é fundamentada na Lei nº 11.091/05, que institui o Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação e o Decreto nº 5.825/06, que estabelece as diretrizes para elaboração do Plano de desenvolvimento dos Integrantes do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-administrativos em Educação (BRASIL, 2005).

Para Tachizawa (2009), elementos como oportunidade de desenvolvimento, plano de carreira, bom ambiente de trabalho, comportamento social e valores éticos compatíveis aos dos trabalhadores e políticas de remuneração são características que conferem à organização um status de bom lugar para trabalhar, contribuindo para a retenção de talentos.

Surgem, neste contexto, novas abordagens, onde “o desafio lançado para a gestão de pessoas é como encarar cada pessoa considerando sua individualidade e como gerenciá-la dentro desse ambiente de diversidade” (DUTRA, 2002, p. 21). Para Godoy et al (2008,

p. 73), “uma empresa que tem em sua pauta estratégica a questão da diversidade contribui para o desenvolvimento de uma cultura mais igualitária e justa, um clima mais propenso a considerar as pessoas em sua totalidade, como seres únicos dotados de características singulares”.

Em continuidade, apresenta-se a trajetória histórica da Universidade ao longo dos tempos.

### **2.3.1 Trajetória Histórica da Universidade ao Longo dos Tempos**

Para Trindade (2000), numa retrospectiva da Instituição Universitária, é possível identificar quatro períodos:

- 1º Do século XII até o renascimento, ficou caracterizado como o período da invenção da universidade em plena idade média, constituída como o modelo da universidade tradicional, a partir das experiências precursoras de Paris e Bolonha, e da sua implantação em todo território europeu sob a proteção da igreja.
- 2º No século XV, época em que a universidade renascentista recebe o impacto das transformações comerciais do capitalismo e do humanismo literário e artístico, mas sofre também os efeitos da reforma e da contrarreforma.
- 3º A partir do século XVII, período marcado por descobertas científicas em vários campos do saber, e do iluminismo do XVIII, a universidade começou a institucionalizar a ciência.
- 4º No século XIX, implantou-se a universidade estatal moderna, e essa etapa, que se desdobra até os nossos dias, introduz uma nova relação entre estado e universidade.

Em sua trajetória histórica, pode-se perceber que as universidades evoluíram em muitos aspectos, destacando-se as oportunidades dadas através da expansão da educação brasileira, fruto de uma política pública que privilegiou essa expansão. A seguir traça-se um panorama sobre as instituições superiores no Brasil.

### **2.3.2 Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil**

Ao contrário das Américas Espanhola e Inglesa, que tiveram acesso ao ensino superior já no período colonial, o Brasil teve que esperar o final do século XIX para ver surgir às primeiras instituições culturais e científicas deste nível, quando da vinda da família imperial ao país. Já a primeira universidade surgiu somente em 1912 (SOUZA, 1991).

Portugal tinha apenas dois grandes objetivos quando aportou em terras brasileiras: suas prioridades eram a fiscalização e a defesa. Durante trezentos anos, as únicas iniciativas na área de educação vieram dos jesuítas, mais voltados para a catequese religiosa. Os altos funcionários da igreja e da coroa e os filhos dos grandes latifundiários tinham que ir à Europa para obter formação universitária, e o destino era principalmente Coimbra. Iniciativas isoladas, como o curso superior de engenharia militar no Rio de Janeiro, que surgiu no final do século XVII, não podem ser consideradas como o ingresso do Brasil no ensino superior já que, para todos os efeitos, era um estabelecimento português. (SOUZA, 1991).

Somente em 1808, com a vinda da família real, é que surgiu o primeiro interesse de se criar escolas médicas na Bahia e no Rio de Janeiro: em fevereiro de 1808 surge o colégio médico-cirúrgico da Bahia e, em abril do mesmo ano, a cadeira de anatomia é criada no hospital militar do Rio de Janeiro (SOUZA, 1991).

Em 1810, o Príncipe Regente assinou a carta de lei de 4 de dezembro, criando a academia real militar da corte, que, anos mais tarde, converter-se-ia na escola politécnica; o decreto de 23/2/1808, que instituiu uma cadeira de ciência econômica; e o decreto de 12/10/1820, que organizou a real academia de desenho, pintura, escultura e arquitetura civil, depois convertida em academia das artes (SOUZA, 1991).

A instituição de ensino superior configura-se a unidade de organização institucional autônoma no âmbito do ensino superior. No Brasil, uma instituição de ensino superior é a que promove educação em nível superior, regulamentados pela Lei Nº 9.394, de 1996, também conhecida como Lei Darcy Ribeiro, e que, no Art. 43, define 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 Oliveira (2001, p. 23), a emenda constitucional nº 1, de 1969, trata da educação como um dever do estado, em seu art. 176 que “a educação, inspirada no princípio da unidade nacional e nos ideais de liberdade e solidariedade humana, é direito de todos e dever do estado, e será dado no lar e na escola”, o que torna explícita a vinculação atual da educação como um dever do estado no art. 208, somada aos mecanismos jurídicos presentes na atual constituição, instrumentaliza o direito à educação de forma marcante a partir de 1988. O art. 206 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), trata dos princípios que regem este campo do ensino, que determina o seguinte:

I – Igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;

II – Liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber;

III – Pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas e coexistência de instituições públicas e privadas de ensino;

IV – Gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais;

V – Valorização dos profissionais do ensino, garantindo, na forma da lei, planos de carreira para o magistério público, com piso salarial profissional e ingresso exclusivamente por concurso público de provas e títulos;



- VI – Gestão democrática do ensino público, na forma da lei;
- VII – Garantia de padrão de qualidade (BRASIL, 1988).

Contudo, com as mudanças no meio acadêmico, passou-se a exigir uma maior profissionalização das universidades, antes focado apenas em construir conhecimento.

O Art. 52 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, as universidades são instituições pluridisciplinares de formação dos quadros profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano, que se caracterizam por:

- I – produção intelectual institucionalizada mediante o estudo sistemático dos temas e problemas mais relevantes, tanto do ponto de vista científico e cultural, quanto regional e nacional;
- II – 1/3 (um terço) do corpo docente, pelo menos, com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;
- III – 1/3 (um terço) do corpo docente em regime de tempo integral.

### **2.3.3 Papel das Universidades Federais**

A universidade existe para produzir conhecimento, gerar pensamento crítico, organizar e articular os saberes, formar cidadãos, profissionais e lideranças intelectuais (NOGUEIRA, 2004).

Descreve Nogueira (2004), que a crise se instalou no cotidiano da instituição universitária e está revirando seus fundamentos organizacionais, pedagógicos, culturais. Confunde-se com uma mudança paradigmática nas formas de explicação do mundo, nos hábitos e comportamentos intelectuais, no modo de trabalhar e conceber o trabalho, nos modelos seguidos para organizar atividades técnicas, administrativas e educacionais. Além disso, repercute os procedimentos que têm sido adotados pelos governos no campo da reforma do estado, que seguem um sentido perigosamente hostil à comunidade política e à vida pública, ao mesmo tempo em que cortejam perigosamente o mercado (NOGUEIRA, 2004).

As principais funções das Universidades Federais na atualidade estão atreladas ao ensino, consubstanciado na forma de apropriação, pelos estudantes, do conhecimento historicamente produzido pela humanidade;

a pesquisa, que remete à produção de novos conhecimentos a partir de problemas emergentes da prática social; e a extensão, a qual significa a intervenção nos processos sociais e identificação de problemas da prática que demandam novas pesquisas (MAZZILLI, 2011).

De outra forma, Lamas (2006) descreve que a Universidade tem como encargo a criação, estoque e distribuição de conhecimentos, competências e tecnologias. A criação de conhecimento é assumida pelo ensino (estudo) e investigação; o estoque de conhecimento é assumido pelo pessoal docente e investigador e a distribuição é efetuada por intermédio de conferências, seminários, da docência; e, por fim, a transferência é realizada por meio da formação de quadros para a sociedade, formada ao longo da vida, da realização de práticas dos alunos nas empresas, na colocação dos alunos no mercado de trabalho, na investigação direcionada para necessidades concretas do mundo empresarial ou da sociedade em geral (LAMAS, 2006).

Quando se põe em questão o seu papel, o caráter da Universidade pública é visível. Com a responsabilidade de transformar e ainda, a busca constante dessa transformação, se apresenta como socialmente referenciada:

Essa relação interna ou expressiva entre universidade e sociedade é o que explica, aliás, o fato de que, desde seu surgimento, a universidade pública sempre foi uma instituição social, isto é, uma ação social, uma prática social fundada no reconhecimento público de sua legitimidade e de suas atribuições, num princípio de diferenciação, que lhe confere autonomia perante outras instituições sociais (CHAUI, 2003, p.5).

Na próxima seção aborda-se a administração dos Hospitais Universitários Federais.

## 2.4 ADMINISTRAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS – HU'S

Os hospitais tornaram-se organizações altamente complexas, o que implica na utilização de instrumentos econômicos, gerenciais e financeiros para sua administração, possibilitando, assim, melhor controle dos gastos e do custo da atenção médico-hospitalar, com ganhos de eficiência e efetividade, melhoria constante na qualidade dos serviços oferecidos e na satisfação dos clientes. (ALVES, 1997).

A seguir, descreve-se um breve relato da evolução histórica dos hospitais.

### 2.4.1 Evolução Histórica dos Hospitais

O termo hospital tem suas origens no vocábulo *hospes*, cujo significado era convidado ou hóspede. Por muito tempo, derivações dessa palavra, como por exemplo *hospitalis* (ser hospitaleiro) e *hospitium* (lugar em que hóspedes eram recebidos), compartilharam com outras, como *nosocomium* (lugar ou asilo de enfermos), a responsabilidade por denominar o local em que pessoas com alguma enfermidade eram acolhidas para tratamento (SALLES, 2004).

Ainda, na interpretação de Salles (2004), apesar das controvérsias sobre a origem dos primeiros hospitais, parece evidente que foi a partir da era cristã que os serviços de assistência foram impulsionados, estruturados e ampliados.

Considerando esse ponto de partida, é possível observar, com frequência, o reconhecimento do Império Bizantino (ou Império Romano), cuja capital era Constantinopla, como o local em que se criaram os primeiros hospitais (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008). Tal fato aparece como consequência de um decreto emitido pelo imperador Constantino, que extinguiu as *asclepieias* (organizações que prestavam assistência aos doentes) e estimulava a abertura de hospitais cristãos, que se espalharam por toda a região. Desses primeiros hospitais até os dias de hoje, a instituição hospital sofreu inúmeras mudanças conceituais e organizacionais, em resposta não apenas às mudanças sociais e políticas, mas também às mudanças no e sobre o conhecimento médico (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

O Quadro 2 sintetiza algumas dessas mudanças que marcam a história da instituição hospital.

Quadro 2 - Alguns marcos da história dos hospitais

<b>Papel central</b>	<b>Momento</b>	<b>Características</b>
Cuidar da saúde	Séc. IV ao VII	Pequenas construções para o abrigo de doente
Cuidar do espírito	Séc. X ao XVII	Hospitais vinculados a ordens religiosas
Isolar doentes	Séc. XI	Refúgio de doentes que ameaçavam a coletividade

Cuidar dos mais carentes	Séc. XVII	Instituições filantrópicas e do estado
Curar e ensinar doença	Séc. XVIII ao XIX	Medicalização do hospital; assistência-ensino
Curar, ensinar e buscar a cura	Sec. XX	Natureza biológica da doença; assistência-ensino-pesquisa
Curar, ensinar e buscar a cura e melhoria do sistema de saúde.	Séc. XX e XXI	Ensino-pesquisa-assistência Abordagem biológica e social da saúde Humanização e interdisciplinaridade da assistência.

Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir de Braga Neto; Barbosa; Santos, 2008).

Para Braga Neto, Barbosa, Santos (2008, p. 683), vivencia-se a formação de um novo modelo de hospital, que agora se integra a uma rede diversificada de serviços de saúde, com ação mais restrita, ou seja, voltada para o atendimento dos casos mais graves e intensivos de saúde. Em contrapartida, aumentam suas responsabilidades com o sistema de saúde, fazendo parte de suas atribuições também o desenvolvimento da educação permanente, a formação de profissionais especializados, treinamento em gestão em saúde e ainda servir como espaço para desenvolvimento de pesquisa e avaliação de novas tecnologias em saúde.

Como participantes desse processo de formação de profissionais ligados as áreas da saúde. Na sequência apresenta-se os Hospitais Universitários Federais.

#### **2.4.2 Os Hospitais Universitários Federais**

Também chamados de hospitais-escola ou de ensino, os Hospitais Universitários Federais, são centros de atendimento hospitalar mantidos pelas universidades em parceria com o Ministério da Educação e Saúde, com o objetivo de participar das atividades de formação nas mais diversas áreas da saúde, como medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, além de colaborar no desenvolvimento de pesquisas e de investigação (BRASIL, 2014b).

Os Hospitais Universitários Federais são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde, que prestam efetivos serviços à sociedade, com aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias (BRASIL, 2014b).

Como uma instituição pública e gratuita, os HU's mantêm os atendimentos a população somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se centro de referência em muitas especialidades e de alta complexidade (PLANO 2012/2006).

Os hospitais são vistos como instituições modernas que se expandiram por várias partes do mundo, e uma administração mais profissionalizante se faz necessária para a gestão dos mesmos. Inicialmente, só existiam cursos em nível de especialização, porém esses serviram de parâmetro para realização do curso de graduação. Autores da América Latina, como Ortiz 1972, Malagón-Londoño, Moreira e Laverde 1996, Zikmund e Barquin 1992, são unânimes em afirmar que em seus respectivos países, os cursos de administração hospitalar foram criados com o objetivo de preparar os profissionais para atuar nos serviços de saúde e eliminar o empirismo. Como consequência, o administrador hospitalar integra o elenco de profissionais da área da saúde, e tem a oportunidade de utilizar os conhecimentos adquiridos na vida acadêmica, tendo como responsabilidade maior proporcionar o equilíbrio financeiro aliado ao crescimento da organização.

Segundo Malik e Teles (2001), no Brasil, a maioria dos dirigentes dos hospitais são médicos e enfermeiras que aprenderam a coordenar o hospital no dia-a-dia. Os autores afirmam que existe uma carência de cursos de administração para a área de saúde. Faz-se necessário, portanto, cursos profissionalizantes que poderão auxiliar o administrador a contrabalançar o dilema técnico-financeiro que tanto afligem os gestores das empresas de prestação de serviços em saúde.

Zikmund e Barquin (1992) afirmam que os médicos e as enfermeiras são preparados para a realização de tarefas técnicas, prestando serviço direto ao paciente. Ocorre que, quando esses profissionais ocupam cargos hierárquicos mais elevados, que exigem conhecimento na área administrativa, na maioria das vezes, a sua atuação fica aquém da sua qualidade técnica.

Ainda, segundo o mesmo autor, a maioria dos hospitais é dirigida por médicos que frequentaram cursos de especialização para obtenção dos conhecimentos da técnica da administração e organização de empresa, e que para essa direção é requerido um profissional com conhecimento em administração hospitalar e habilidades para acompanhar o avanço da ciência médica e a conexão com outras profissões (ZIKMUND; BARQUIN, 1992).

Sendo parte importante da saúde pública brasileira, os Hospitais Universitários formam uma rede de socorro regional por todo o país,

sendo o setor das Universidades Federais que possui um contato mais profundo com a sociedade em geral.

Os Hospitais Universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014b). Apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento. Todos desempenham papel de destaque na comunidade onde estão inseridos (BRASIL, 2014b).

Buscando-se uma compreensão sobre a ideia de estrutura organizacional, Hatch (2006) concebe uma definição bastante ampla, de forma sistêmica, como o relacionamento entre as partes de um todo organizado. De modo mais específico, Stoner e Freeman (1999, p. 230) definem estrutura como a "forma pela qual as atividades de uma organização são divididas, organizadas e coordenadas". Na mesma direção, Mintzberg (2003, p.10), afirma que a estrutura organizacional pode ser entendida como "a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e como é feita a coordenação entre essas tarefas". Por sua vez, Bowditch e Buono (2011, p.167) admitem que a estrutura organizacional possa ser definida como "padrões de trabalho e disposições hierárquicas que servem para controlar ou distinguir as partes que compõem uma organização".

Ao abordar a teoria estruturalista, Hatch (2006) defende que quanto mais se repelir as interações entre os indivíduos da estrutura formal, maior é a possibilidade de se desenvolver laços de amizade. Adverte a autora que, havendo necessidade de reestruturação da organização, esta dependerá que os indivíduos mudem seus padrões de interação. Nesse sentido, as pessoas devem ser vistas não só como ocupantes de cargos e executantes de tarefas, mas deve-se admitir que os indivíduos sofrem e geram impactos na estrutura de uma organização. Com o mesmo olhar, Daft (2008) define estrutura organizacional como o conjunto de tarefas formais designadas a indivíduos e departamentos ou de outro modo, o desenho dos sistemas para garantir a efetiva coordenação entre pessoas e departamentos. Por sua vez, Wagner III e Hollenbeck (2009, p.327), afirmam que a estrutura é "uma rede relativamente estável de interdependências entre as pessoas e as tarefas que compõem a organização".

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. Apresenta, ainda, quatro tipos de estruturas:

- a) A estrutura funcional: É representada por meio de uma hierarquia vertical, onde, 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 à 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 (DAFT, 2008).

Para Gonçalves (1998), a estrutura funcional, em que cada unidade, serviço ou departamento está voltado unicamente para suas próprias atividades, é ultrapassada, e 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.

Neste contexto, os hospitais de ensino apresentam uma tripla missão: ensino, pesquisa e assistência, com características organizacionais, que, na análise de Malik (2003), as contradições entre a lógica de ensino, pesquisa e assistência, geram conflitos na captação e alocação de recursos, estes cada vez mais escassos. Na percepção do autor, estes conflitos, são gerados, pela autoridade administrativa versus acadêmica (MALIK, 2003).

Na tentativa de buscar soluções para os problemas enfrentados pelos HU's, o governo busca alternativas através da criação de programas, que trataremos na sequência.

## 2.5 PROGRAMA NACIONAL DE REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS – REHUF

Buscando solucionar as questões financeiras e a queda no desempenho dos HU's que foi criado o programa de reestruturação dos hospitais de ensino do Ministério da Educação no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, através das portarias interministeriais (MEC e MS) nº 1006/2004 e 1702/2004. Tais normas estabelecem o termo de referência para contratualização dos hospitais de ensino com o gestor municipal do SUS e objetiva instrumentalizar a implementação do processo de reestruturação da política nacional da atenção hospitalar, novo modelo de financiamento e o acompanhamento, avaliação da atuação do ensino, pesquisa, assistência e gestão (BRASIL, 2004d, 2004e).

A referida portaria interministerial estabelece o novo modelo de financiamento e alocação de recursos por meio de orçamentação mista do custeio do hospital (BRASIL, 2004c). A partir desta portaria, o representante do hospital de ensino e o gestor do SUS estabelecem, pelo plano operativo anual (POA), as metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, gestão, ensino e pesquisa. Tais metas devem ser acompanhadas pelo conselho gestor da instituição e pela comissão de acompanhamento de contrato do governo federal.

A gestão das ações e programas desenvolvidos por esses hospitais vem sendo executada com um grau de precariedade muito grande, tendo os HU's enfrentado muitos desafios ao longo do tempo, tais como : falta de recursos humanos, problemas nos modelos de gestão, financiamento da produção dos serviços e investimentos em equipamentos e estrutura física (ABRAHUE, 2003).

O MS é responsável pelo financiamento da prestação de serviço de média e alta complexidades e procedimentos estratégicos baseados na tabela SUS. Atualmente o MEC é responsável pelo financiamento da folha de pagamento dos servidores disponibilizado pelas IFES para desempenho de suas atividades nos HU's. Contudo o total disponibilizado não é suficiente para a manutenção das atividades dessas instituições, sendo necessária a contratação de pessoal através de outros vínculos de trabalho (fundações de apoio, cooperativas, terceirizadas) sendo utilizado para pagamento de pessoal recurso provenientes da assistência.

Criado através do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, o REHUF tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os Hospitais Universitários Federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde (BRASIL, 2010a).



O REHUF orienta-se pelas seguintes diretrizes aos Hospitais Universitários Federais:

- a Instituição de mecanismos adequados de financiamento, compartilhados entre as áreas da educação e da saúde;
- b Melhoria dos processos de gestão;
- c Adequação da estrutura física;
- d Recuperação e modernização do parque tecnológico;
- e Reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e
- f Aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde (BRASIL, 2010a).

Uma das normativas do decreto regulamentar do REHUF, é que as Universidades Federais devem apresentar aos Ministérios da Educação e da Saúde seus planos de reestruturação dos HU's. Cinco elementos fundamentais devem ser contemplados nesses planos de reestruturação:

- 1 Um diagnóstico situacional da infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos;
- 2 A especificação das necessidades de reestruturação da infraestrutura física e tecnológica;
- 3 A análise do impacto financeiro previsto para o desenvolvimento das ações de reestruturação do hospital;
- 4 A elaboração de diagnóstico da situação de recursos humanos; e
- 5 Uma proposta de cronograma para a implantação do respectivo plano de reestruturação, vinculando-o ao desenvolvimento de atividades e metas (BRASIL, 2010a).

Dentre as ações elencadas pelo decreto para realizar tais diretrizes, estão à reforma de prédios e construção de unidades hospitalares novas e implantação de processo de melhoria de gestão de recursos humanos. Ainda de acordo com o discurso da norma legal, cabe aos ministérios da saúde, da educação e do planejamento orçamento e gestão elaborarem conjuntamente, grupo de parâmetros que contribua para a definição dos quadros de lotação de pessoal, à luz da capacidade instalada e das plataformas tecnológicas disponíveis (BRASIL, 2010a).

Essa política do Governo Federal sugere claramente um suposto alinhamento entre as estruturas físicas e tecnológicas dos Hospitais

Universitários e a questão da contratação de pessoal para suprir adequadamente essa expansão. Sobre essa polêmica, Sodré et al. (2013, p. 366) defendem que:

Atualmente, os HUF's apresentam quadros de servidores insuficientes, instalações físicas deficientes e subutilização da capacidade instalada para alta complexidade, reduzindo assim a oferta de serviços à comunidade. Essa conjuntura tem implicado fechamento de leitos e serviços, bem como em contratações de mão de obra terceirizada (situação considerada ilegal pelo tribunal de contas da união). Dados do MEC mostram que em 2008, 1.124 leitos foram desativados nessas instituições sob a justificativa de escassez de pessoal.

Diante deste contexto, o Governo Federal apresenta a EBSEH como a única opção para a salvação dos HU's Federais, e pressiona os reitores das IFE's a assinarem o contrato de adesão à mesma.

## 2.6 ADMINISTRAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PELA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH

Debatidos entre os últimos atos do ex-presidente Lula, a saúde e a educação pública se veem em meio a discussões sobre como devem ser geridos os Hospitais Universitários Federais. Por conta disso, o governo encaminha MP ao congresso nacional, sugerindo a criação da EBSEH, que trataremos a seguir.

### 2.6.1 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH)

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 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 de 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, com prazo de duração indeterminado” (BRASIL, 2011).

Sob o discurso da ineficiência da gestão pública e o alto custo dos Hospitais Federais, decorrentes da burocracia da legislação brasileira, a EBSEERH é apontada pelo governo como "única" solução para salvar os HU's federais, e tem ganhado espaço e adesão junto às Universidades Federais. A criação da empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSEERH) integra um conjunto de ações empreendidas pelo Governo Federal no sentido de recuperar os hospitais vinculados às Universidades Federais.

A EBSEERH tem como missão, garantir as condições necessárias para que os Hospitais Universitários Federais prestem assistência de excelência no atendimento às necessidades de saúde da população, de acordo com as orientações do Sistema Único de Saúde (SUS) e ofereçam as condições adequadas para a geração de conhecimento de qualidade e formação dos profissionais dos diversos cursos das universidades as quais pertencem. Como visão, a empresa almeja ser referência na gestão de Hospitais Universitários Federais (BRASIL, 2011).

Na sequência, apresenta-se as competências da EBSEERH.

#### 2.6.1.1 Competências da EBSEERH

A EBSEERH é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação caracterizada, no Artigo 1º da Lei 12.550, como “personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, com prazo de duração indeterminado” (BRASIL, 2011).

O artigo 2.º da referida lei, estabelece que a EBSEERH têm o seu capital social integralmente sob a propriedade da união, com recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento federal, bem como pela incorporação de qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro (BRASIL, 2011).

A EBSEERH tem por finalidade, de acordo com o Artigo 3.º da Lei nº 12.550, 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 EBSEERH 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).

As competências da EBSEERH estão descritas no Artigo 4º da Lei, que são:

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;

VI - exercer outras atividades inerentes às suas finalidades, nos termos do seu estatuto social (BRASIL, 2011).

No que concerne o artigo 6.º da lei, 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 EBSEH, 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 EBSEH (BRASIL, 2011).

O Artigo 7.º da Lei estabelece que os servidores titulares de cargo efetivo em exercício nas IFES ou instituição congênere que exerçam atividades relacionadas ao objeto da EBSEH poderão ser a ela cedidos para a realização de atividades de assistência à saúde e administrativas, assegurando que os direitos e vantagens dos servidores serão correspondentes a entidade de origem (BRASIL, 2011).

Com relação aos recursos da EBSEH, 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).

Em relação ao regime de pessoal, o artigo 10º da Lei nº 12.550, descreve que 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 11º da Lei nº 12.550, na implantação da EBSEH na gestão dos hospitais universitários, está autorizada a contratar, mediante processo seletivo simplificado pessoal técnico e administrativo por tempo determinado (BRASIL, 2011).

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

No Art. 16º. Da Lei, a partir da assinatura do contrato entre a EBSEH e a instituição de ensino superior, a EBSEH disporá de prazo de até 1 (um) ano para reativação de leitos e serviço inativos por falta de pessoal.

A EBSEH está sujeita à fiscalização dos órgãos de controle interno do poder executivo e ao controle externo exercido pelo Congresso Nacional, com auxílio do TCU, conforme o artigo 14, da Lei nº 12.550 (BRASIL, 2011).

O procedimento de contratualização com a EBSEH dá-se a partir da manifestação das universidades pela contratação, sendo em seguida iniciado o processo de caracterização das unidades hospitalares com o dimensionamento dos serviços e das demandas de contratação de pessoal para posterior realização dos concursos públicos admissionais. Uma vez assinado o termo de adesão e contrato entre a instituição e a EBSEH, o trabalho de dimensionamento do quadro de pessoal necessário é finalizado, juntamente com o respectivo plano de reestruturação da unidade (BRASIL, 2014a). Cabe ainda registrar que a Lei de criação da EBSEH estabeleceu que a empresa disporá de prazo de até um ano para reativação de leitos e serviços inativos devido à falta de pessoal, contado da assinatura do contrato com a IFES, dispositivo que não foi cumprido pela empresa no HU/UFSC.

A EBSEH possui órgãos de administração e de fiscalização de acordo com o quadro 3:

Quadro 3 - Órgãos de administração e fiscalização

<b>ÓRGÃOS DE ADMINISTRAÇÃO</b>	<b>ÓRGÃOS DE FISCALIZAÇÃO</b>
1 - Diretoria Executiva 2 - Conselho de Administração 3 - Conselho Consultivo	1 - Conselho Fiscal 2 - Auditoria Interna

Fonte: Estrutura da EBSEH – Elaborado pelo Autor (2016).

O Colegiado Executivo, formado pelo superintendente e pelos gerentes da unidade hospitalar, é responsável pela direção e administração de todas as atividades da unidade, em consonância com as diretrizes, coordenação e monitoramento da empresa e, no que for pertinente ao ensino e à pesquisa, de acordo com as necessidades e orientações da universidade a qual a unidade hospitalar é vinculada (BRASIL, 2014a).

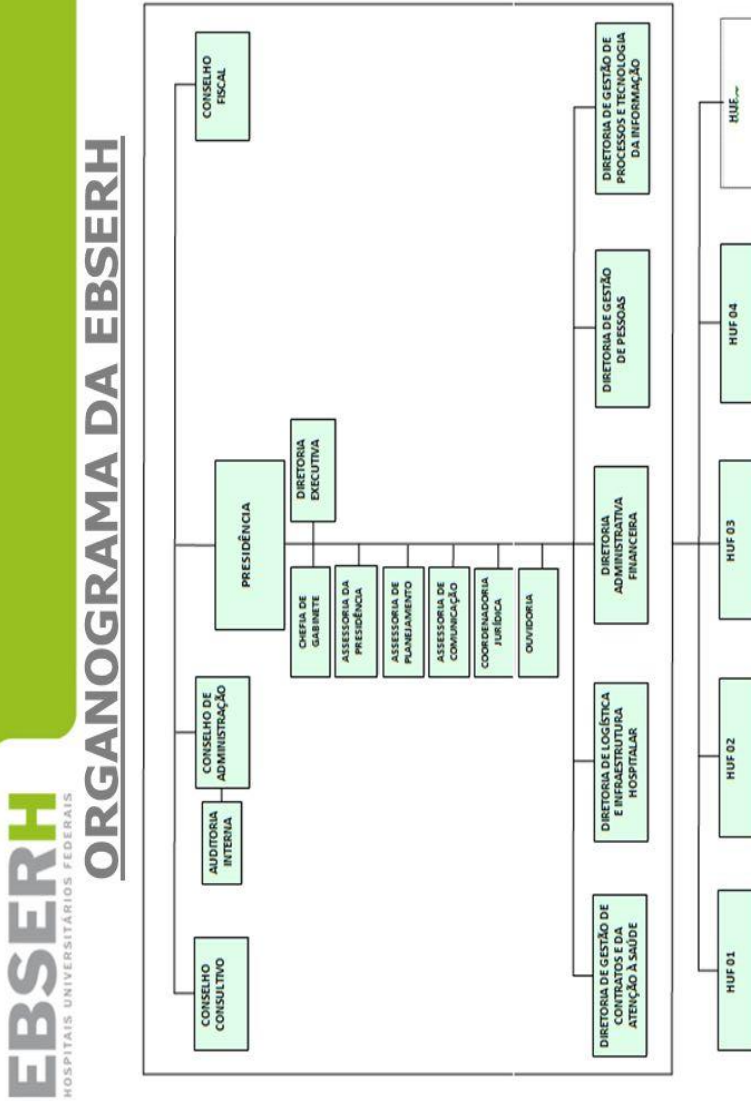
Precisamente quanto à relação da EBSEH com os HU's e as IFES com ela contratualizadas, o regimento interno da empresa, em seu Capítulo IV, traz também informações relevantes acerca da estrutura de governança das unidades hospitalares administradas pela empresa – seus

“clientes”, tal como constatamos no *site* institucional da empresa - as quais merecem aqui ser citadas (BRASIL, 2014a).

De acordo com o regimento, as filiais da EBSEH são administradas por um colegiado executivo composto pelo superintendente do hospital, um gerente de atenção à saúde, um gerente administrativo e um gerente de ensino e pesquisa, quando se tratar distintamente de hospitais universitários ou de ensino (BRASIL, 2014a). Esses cargos são de livre nomeação. No caso dos hospitais universitários, o superintendente é selecionado e indicado pelo Reitor e aprovado pela empresa, preferencialmente do quadro permanente da instituição contratante. Já, no caso das gerências, estas são ocupadas por indivíduos selecionados por uma comissão composta por membros da diretoria executiva da EBSEH e pelo superintendente da unidade hospitalar (BRASIL, 2014a).

A estrutura organizacional da EBSEH, figura 1, está disposta em um organograma, de forma hierárquica, os quais estão distribuídos os órgãos de fiscalização e comissões para que se estabeleça o cumprimento de suas competências legais a fim de integrar o conjunto de ações estipuladas pelo governo federal com os hospitais universitários federais.

Figura 1 - Organograma EBSEH



Fonte: Institucional EBSEH (BRASIL, 2014a).



Neste contexto de desafios, os hospitais universitários federais – HUF são vinculados ao Sistema Único de Saúde, com foco no ensino, pesquisa e na assistência ao paciente. Estão integrados às Universidades Federais e oferecem serviços complexos, com tecnologia de ponta e gratuitos na área da saúde. Constituem campo de aprendizado e formação de diversos profissionais na área da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, dentista, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros). Eles são centros de referência em diversas especialidades e tem como objetivo o atendimento terciário, ou seja, de alta complexidade, e por esse motivo, atraem pessoas de diversas regiões do Brasil que não tem esse acesso em suas cidades e estados (PLANO, 2006).

Em relação ao novo modelo de gestão para os HU's federais através da EBSEH, no que diz respeito à renovação dos modelos administrativos da gestão universitária, considerando a autonomia como princípio acadêmico-administrativo para melhorar a racionalidade administrativa, a eficiência na alocação dos recursos, na qualificação de pessoal, Catani, Dourado e Oliveira (2001) sugerem que os interesses em estudos que tratem da organização e gestão acadêmica pautem-se na necessidade de modernização-modelação institucional requerida pelos gestores, no sentido de formular sistemas de informação associados a políticas que tornem mais ágeis e eficientes o trabalho. Além disso, os referidos autores indicam a importância de ações no âmbito de cada instituição, para tornar a gestão mais profissional e a estrutura acadêmica cada vez mais funcional, vinculado à formulação de um modo de produzir que fosse mais eficiente socialmente, mas que não exima essas instituições de uma reorganização interna do trabalho.

Heidemann (2014) escreve que, para se compreender e lidar com as novas realidades dos tempos atuais, ou seja, a EBSEH como novo modelo de gestão para os Hospitais Federais, cria-se instrumentos para enfrentar com êxito assombrosos desafios que se anteveem, como o processo de governança pública, que se refere ao modo pelo qual são tomadas as decisões na sociedade e ao modo como os cidadãos e grupos interagem na formulação de propósitos públicos e na implementação de políticas públicas.

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



### 3 METODOLOGIA

Metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, ocupando um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas. (MINAYO, 2001).

Roesch (2005, p. 125) escreve que a metodologia tem por finalidade descrever “como o projeto será realizado”, distinguindo-se entre o delineamento da pesquisa, técnicas de coleta de dados a serem utilizadas. Inicia-se aqui, portanto, com a caracterização e a classificação da pesquisa, buscando-se explicar o seu delineamento. Na sequência, são especificados aspectos referentes à delimitação do estudo, isto é, sobre sua população, amostra e sujeitos. Após, são trazidos detalhes sobre técnicas e instrumentos projetados para a coleta e análise dos dados.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo pode ser caracterizado, quanto à sua abordagem, como sendo de caráter qualitativa. Para Flick (2009), às ideias centrais que orientam a pesquisa qualitativa diferem daquelas da pesquisa quantitativa. Os aspectos essenciais da pesquisa qualitativa consistem na escolha adequada de métodos e teorias convenientes; no reconhecimento e na análise de diferentes perspectivas; nas reflexões dos pesquisadores a respeito de suas pesquisas como parte do processo de produção de conhecimento; e na variedade de abordagens e métodos.

Quadro 4 - Uma lista preliminar de aspectos da pesquisa qualitativa

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1 - Apropriabilidade de métodos e teorias</li><li>2 - Perspectivas dos participantes e sua diversidade</li><li>3 - Reflexividade do pesquisador e da pesquisa</li><li>4 - Variedade de abordagens e de métodos na pesquisa qualitativa</li></ol> |
|--|

Fonte: Adaptado de Flick, 2009.

Ainda, segundo o autor, o perfil da pesquisa qualitativa não é mais definido por eliminação, mas ela contém várias características específicas. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa “usa o texto como material empírico (ao invés de números) parte da noção da construção social das realidades em estudo, está interessada nas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano em relação ao estudo” (FLICK, 2009).

### 3.2 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Segundo Vergara (2007), uma pesquisa pode ser classificada quanto aos seus fins e quanto aos meios usados para alcançá-los. No que tange aos seus fins, este estudo classifica-se como uma pesquisa descritiva. E, quanto aos meios, trata-se de um estudo multicaso, uma pesquisa de campo, bibliográfica e documental.

A pesquisa descritiva tem como objetivo descrever características de uma determinada população ou de um fenômeno e de estabelecer relações entre variáveis (GIL, 2007). Nesta pesquisa, faz-se a descrição de como está sendo feita a gestão dos HU's da UFSM e da UFSC, após a chegada da EBSEH.

Segundo Yin (2001), o estudo de caso pode ser restrito a uma ou a várias unidades, caracterizando-o como único ou múltiplo. Tais unidades poderão ser definidas como indivíduos, organizações, processos, programas, bairros, instituições, comunidades, países e, até mesmo, eventos. O estudo de casos múltiplos, segundo Yin (2001), tem provas mais convincentes, sendo visto como mais robusto.

A lógica de utilização do método de estudo de multicasos diz respeito, conforme aponta Yin (2001, p. 69), à replicação e não amostragem, ou seja, não permite generalização dos resultados para toda a população, mas sim a possibilidade de previsão de resultados similares (“replicação literal”) ou a de produzir resultados contrários por razões previsíveis (“replicação teórica”), de modo semelhante ao método de experimentos.

Para Triviños (1987, p. 136), nos estudos de multicasos, não existe “[...] necessidade de perseguir objetivos de natureza comparativa, o pesquisador pode ter a possibilidade de estudar dois ou mais sujeitos, organizações etc.". Esses estudos visam a analisar um objeto de estudo de maneira singular, mesmo que, posteriormente, tenham sido observadas semelhanças com outros casos, retratando a realidade de forma completa e profunda. No caso da presente pesquisa, foram analisados os HU's Federais de Santa Maria e de Santa Catarina, com objetivo de compreender a EBSEH a partir de sua implantação nesses HU's .

Segundo Vergara (2007), a pesquisa de campo procede à observação de fatos e fenômenos exatamente como ocorrem no real, à coleta de dados referentes aos mesmos e, finalmente, à análise e interpretação desses dados, com base numa fundamentação teórica consistente, objetivando compreender e explicar o problema pesquisado.

Finalizando, tanto a pesquisa bibliográfica como a documental, estão relacionadas à coleta de dados. A pesquisa documental, segundo Gil

(1999), é muito semelhante à pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes: enquanto a bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições de diversos autores, a documental vale-se de materiais que não receberam, ainda, um tratamento analítico, podendo ser reelaboradas de acordo com os objetos da pesquisa. Segundo Vergara (2007), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído, principalmente, de livros e artigos científicos e é importante para o levantamento de informações básicas sobre os aspectos direta e indiretamente ligados à nossa temática. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de fornecer ao investigador um instrumental analítico para qualquer outro tipo de pesquisa, mas, também, pode esgotar-se em si mesma.

### 3.3 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA: UNIVERSO E CATEGORIAS DE ANÁLISE

O universo da pesquisa corresponde ao “agregado de todos os elementos que possuem determinadas características” que são de interesse da pesquisa (GRESSLER, 2004).

No presente estudo, o universo é formado pelos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina que aderiram a EBSERH.

Neste contexto, definem-se como sujeitos da pesquisa, que participaram por meio de entrevista semi-estruturada, os respondentes constantes dos quadros 5 e 6.

Quadro 5 – Respondentes da Pesquisa, por meio de entrevista semi-estruturada – HU/UFSM

Cargos e funções	Gestão Central	Atenção à saúde	Ensino e Pesquisa	Administrativa	Total
Superintendente	1	-	-	-	01
Gerente	-	1	1	1	03
Auditor	1	-	-	-	01
Chefe de Divisão	-	05	-	-	05
Total de Respondentes					10

Fonte: Elaborado pelo Autor (2016).

Quadro 6 – Respondentes da Pesquisa, por meio de entrevista semi-estruturada – HU/UFSC.

Cargos e funções	Total
Superintendente	01
Diretores	04
Chefe de Gabinete	01
Chefe de Divisão	04
Total de Respondentes	10

Fonte: Elaborado pelo Autor (2016).

Esta escolha justifica-se pelo fato de serem estes sujeitos participantes da gestão dos HU's da UFSM e da UFSC que aderiram à EBSEERH, e que se dispuseram a ser entrevistados.

Com vistas a se buscar fazer um comparativo entre as mudanças que ocorreram nos HU's Federais de Santa Maria e de Santa Catarina após adesão a EBSEERH, buscaram-se informações que atendessem os objetivos da pesquisa. Para tanto, foram elencadas as seguintes categorias de análise:

- a) Adesão à EBSEERH pelos HU's da UFSM e da UFSC;
- b) Estrutura e funcionamento dos HU's da UFSM e da UFSC, antes da adesão à EBSEERH;
- c) Estrutura e funcionamento dos HU's da UFSM e da UFSC, após a adesão à EBSEERH;
- d) Mudanças ocorridas nos HU's da UFSM e da UFSC após a adesão à EBSEERH, no contexto das teorias de administração pública, de administração universitária e do sistema único de saúde.

O quadro 07, a seguir, mostra os objetivos da pesquisa e respectivas categorias de análise.

Quadro 7 - Objetivos e Categorias de Análise

OBJETIVOS	CATEGORIAS DE ANÁLISE
a) Descrever como ocorreu a adesão e a implantação Hospitais Universitários da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina à EBSEERH;	- Adesão à EBSEERH pelos HU's da UFMS e UFSC
b) Conhecer a estrutura e o funcionamento do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina.	- Estrutura e funcionamento dos HU's antes e após a adesão à EBSEERH
c) Compreender as mudanças ocorridas nos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina após a adesão à EBSEERH, no contexto das teorias de administração pública, de administração universitária e do sistema único de saúde.	- Mudanças ocorridas nos HU's da UFMS e da UFSC após a adesão à EBSEERH, no contexto das teorias de administração pública, universitária e do sistema único de saúde

Fonte: Elaborado pelo Autor. 2017.

Na seção seguinte, são apresentados as técnicas e instrumentos de coleta e análise de dados e sujeito da pesquisa.

### 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS E SUJEITOS DA PESQUISA

Segundo Bandeira (2004), no projeto de pesquisa, o pesquisador deverá descrever detalhadamente o método que usará para coletar seus dados. Basicamente ele pode adotar como método de coleta de dados a utilização de documentos, a observação de comportamentos ou então a informação dada pelo próprio sujeito, seja oralmente (entrevistas) ou de forma escrita (questionários auto-administrados).

No caso da presente pesquisa, optou-se pela entrevista, por ser, segundo Minayo (2001), o procedimento mais usual no trabalho de campo. Por meio dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos autores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de fatos relatados pelos autores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (MINAYO, 2001).

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, levantada por meio de entrevista semiestruturada feita com os superintendentes, gerentes,

auditor, diretores, chefe de gabinete e chefes de divisão, dos HU's de Santa Maria e da UFSC (Apêndice A), e documental, analisando as atas do Conselho Universitário da UFSM, no período de março de 2012 a novembro de 2013, e no sistema moodle da UFSC de 2016, a análise das informações coletadas é delineada com base no conteúdo, que compreende uma prática mais objetiva no exame das respostas obtidas nas entrevistas (TRIVIÑOS, 1987).

Respeitando o desejo dos entrevistados em externar todo o seu conhecimento no tocante a temática abordada, o tempo de duração das entrevistas realizadas foi bastante diferenciado, sendo possível a coleta de informações preciosas para a construção desse trabalho. Após contextualizar o teor da pesquisa, foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido (Vide apêndice B), a cada um dos entrevistados, em duas vias, em que uma das vias retornou devidamente assinada. Autorizada pelos gestores entrevistados, foi realizada gravação das falas de cada um dos entrevistados.

As entrevistas foram tabuladas e analisadas, utilizando-se a análise qualitativa, mediante a definição dos temas, dando destaque à fala dos entrevistados referente aos roteiros da entrevista, objetivando descrever, analisar e compreender as informações coletadas em toda sua dimensão, considerando toda manifestação dos entrevistados, no intuito de contribuir para a compreensão do caso estudado, pois, de acordo com Triviños (1987), a pesquisa qualitativa, é o tipo de técnica que emprega, de preferência, a entrevista semiestruturada, o questionário aberto, o método clínico, a análise de conteúdo e não estabelece separações marcadas entre a coleta de informações e a interpretação delas. Ainda, segundo o autor, não é possível analisar as informações tal como elas se apresentam, sendo necessário organizá-las, classificá-las, e, o que é mais importante, interpretá-las dentro do contexto amplo, para distinguir o fundamental (TRIVIÑOS, 1987).

Para Minayo (2001), pode-se apontar três finalidades para a análise da coleta: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando ao contexto cultura da qual faz parte a pesquisa.

O período da coleta de informações ocorreu entre os meses de novembro de 2016 e março de 2017. Foram agendados os encontros com os sujeitos integrantes da amostra, e enviado por email às informações referentes à pesquisa. No HU de Santa Maria, as entrevistas foram agendadas entre 16 e 18/11/16, tendo o pesquisador se deslocado até aquela



cidade. No HU da UFSC, as entrevistas foram realizadas de dezembro/16 a março/17.

Inicialmente, todos foram altamente receptivos em relação ao tema do estudo, e prontamente manifestaram interesse em participar da entrevista. Porém, alegando não ter sido a pesquisa apresentada no comitê de ética do HU/UFSC, dois dos que seriam entrevistados naquele Hospital, não quiseram participar, e um deles preferiu enviar por email as respostas.

Segundo Triviños (1987), o tamanho da amostra não é fixo, podendo diminuir ou aumentar, de acordo com as necessidades estabelecidas no desenvolvimento do estudo, mas se recomenda que o número de sujeitos não seja inferior a cinco. Portando, registra-se que, o número dos sujeitos da pesquisa estava estabelecido em 10 em cada hospital, porém, os respondentes do HU/UFSC ficaram em 08, dentro do que consta na literatura estudada.

O quadro 08, a seguir, contém as categorias de análise, os sujeitos da pesquisa e o instrumento de coleta de dados.

Quadro 8 - Categorias, fatores de análise e instrumento de coleta de dados

<b>OBJETIVOS</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUJEITOS</b>	<b>INSTRUMENTOS DE COLETA</b>
a) Descrever como ocorreu a adesão e a implantação dos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina à EBSEERH;	Adesão à EBSEERH pelos HU's da UFSM e da UFSC	Superintendentes, gerentes, diretores, auditor, chefes de divisão, chefe de setor, chefes de unidades e chefe de gabinete.	- Pesquisa documental
b) Conhecer a estrutura e o funcionamento do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina.	- Estrutura dos HU's da UFSM e da UFSC antes da adesão à EBSEERH - Estrutura dos HU's da UFSM e da UFSC após a adesão à EBSEERH	Superintendentes, gerentes, diretores, auditor, chefes de divisão, chefe de setor, chefes de unidades e chefe de gabinete.	- Pesquisa documental - Entrevista semiestruturada (roteiro – apêndice A).
c) Compreender as mudanças ocorridas nos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina após a adesão à EBSEERH, no contexto das teorias de administração pública, de administração universitária e do Sistema Único de Saúde.	- Mudanças ocorridas nos HU's da UFSM e da UFSC após a adesão à EBSEERH, no contexto das teorias de administração pública, de administração universitária e do sistema único de saúde.	Superintendentes, gerentes, diretores, auditor, chefes de divisão, chefe de setor, chefes de unidades e chefe de gabinete.	- Pesquisa documental - Entrevista semiestruturada (roteiro – apêndice A).

Fonte: Elaborado pelo Autor (2016).

O quadro 09 apresenta a relação entre objetivos específicos, fatores de análise e questões aplicadas no roteiro de entrevistas e questionários com os respondentes da pesquisa.

Quadro 9 – Relação entre objetivos específicos e questões aplicadas na pesquisa de campo

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Fatores de Análise</b>	<b>Questões</b>
Descrever como ocorreu a adesão e a implantação hospitais universitários da universidade federal de Santa Maria e da universidade federal de Santa Catarina à EBSEERH.	- Adesão à EBSEERH pelos HU's da UFSC e da UFSC.	a- Como ocorreu todo o processo desde o início das discussões até a decisão final do Conselho Universitário em relação à adesão à EBSEERH nos HU's da UFSC e da UFSC.
Conhecer a estrutura e o funcionamento do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina anterior a EBSEERH	- Estrutura dos HU's da UFSC e da UFSC antes da adesão à EBSEERH  - Estrutura dos HU's da UFSC e da UFSC após a adesão à EBSEERH	Discorra sobre a estrutura dos HU's da UFSC e da UFSC anterior a EBSEERH, especialmente em relação a: a) Estrutura Física b) Estrutura tecnológica c) Estrutura organizacional.  Discorra sobre o funcionamento dos HU's da UFSC e da UFSC anterior a EBSEERH, especialmente em relação a: a- Relacionamento com o SUS b- Atendimento a comunidade c- Política de pessoal d- Atendimento ao ensino, pesquisa e extensão e- Tomada de decisão f- Autonomia

		<p>g- Escolha dos seus dirigentes</p> <p>h- Quantitativos de leitos fechados ou desativados.</p>
<p>Compreender as mudanças ocorridas nos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina após a adesão à EBSEERH, no contexto das teorias de administração pública, de administração universitária e do sistema único de saúde</p>	<p>- Mudanças ocorridas nos HU's da UFSCM e da UFSC após a adesão à EBSEERH, no contexto das teorias de administração pública, de administração universitária e do sistema único de saúde.</p>	<p>Discorra sobre a estrutura dos HU's da UFSCM e da UFSC após a adesão a EBSEERH, especialmente em relação a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a-Estrutura Física</li> <li>b-Estrutura tecnológica</li> <li>c-Estrutura organizacional</li> </ul> <p>Discorra sobre o funcionamento dos HU's da UFSCM e da UFSC após a adesão á EBSEERH, em relação a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a- Relacionamento com o SUS</li> <li>b- Atendimento a comunidade</li> <li>c- Política de pessoal</li> <li>d- Atendimento ao ensino, pesquisa e extensão</li> <li>e- Tomada de decisão</li> <li>f- Autonomia</li> <li>g- Escolha dos seus dirigentes</li> <li>i- h - Quantitativos de leitos fechados ou desativados.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelo Autor 2016.

Na sequência, será apresentada a análise dos dados da presente pesquisa.

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

Após a definição e a coleta dos dados que responderão a pergunta de pesquisa, Roesch (2009, p. 266) escreve que, é necessário realizar 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 ação”. (ROESCH, 2009).

Busca-se, portanto, neste capítulo, apresentar as respostas aos objetivos específicos da presente pesquisa, que são: descrever como ocorreu a adesão e a implantação dos referidos HU's à EBSEH; conhecer a estrutura e o funcionamento do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina antes da adesão à EBSEH; compreender as mudanças ocorridas nos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina após a adesão à EBSEH no contexto das teorias de administração pública, de administração universitária e do Sistema Único de Saúde, caracterizando a Universidade Federal de Santa Maria e o Hospital Universitário de Santa Maria, e também a Universidade Federal de Santa Catarina e o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina Polydoro Ernani de São Thiago.

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

Nesta seção são apresentadas as características da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina e de seus respectivos Hospitais Universitários.

#### **4.1.1 Caracterização da UFSM**

A fundação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), projeto ambicioso de um visionário chamado Dr. José Mariano da Rocha da Filho, originou uma fonte infinita de benefícios para a cidade de Santa Maria e sua população. O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) foi um desses benefícios, e no decorrer de sua história estendeu a qualidade e o alcance de seus serviços para boa parte da região central do estado do Rio Grande do Sul (HFSM, 2011).

A UFSM é uma Instituição Federal de ensino superior constituída como autarquia especial vinculada ao ministério da educação. A atual estrutura, determinada pelo estatuto da universidade, aprovado pela

Portaria Ministerial n. 801, de 27 de abril de 2001, e publicado no Diário Oficial da União, em 30 de abril do mesmo ano, estabelece a constituição de oito unidades universitárias: Centro de Ciências Naturais e Exatas, centro de Ciências Rurais, Centro de Ciências da Saúde, Centro de Educação, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Centro de Tecnologia, Centro de Artes e Letras e Centro de Educação Física e Desportos (HFSM, 2011).

A UFSM está localizada no centro geográfico do Estado do Rio Grande do Sul, distante 290 km de Porto Alegre. O município de Santa Maria é o pólo de uma importante região agropecuária que ocupa a parte centro-oeste do estado. No município, formou-se um importante pólo de prestação de serviços com destaque para a educação em todos os níveis, Universidade Federal de Santa Maria, colégio agrícola de Frederico Westphalen e o Colégio Técnico Industrial de Santa Maria (UFSM, 2009).

A área territorial total da UFSM é de 1.837,36 hectares, nos quais as edificações perfazem 273.150,92 m<sup>2</sup> de área construída no campus, além de 22.259,41 m<sup>2</sup> em edificações no centro do município. Possui, ainda, edificações nos municípios de Frederico Westphalen (CAFW e CESNORS -Frederico Westphalen e Palmeira das Missões), com 24.148,01 m<sup>2</sup> de área, sendo que a área total construída da UFSM, até dezembro de 2008, é de 319.558,34 m<sup>2</sup> Em convênios e comodatos com o Ministério da Ciência e Tecnologia, por meio do INPE, mantém instalações e programas de ciências espaciais no seu campus central e em área especial na cidade de São Martinho da Serra à 40 km da sede (UFSM, 2013).

A UFSM possui ainda, em sua estrutura, dois restaurantes universitários; biblioteca central e setoriais, hospital-escola; hospital de clínicas veterinárias; farmácia-escola; museu educativo; planetário; usina de beneficiamento de leite; orquestra sinfônica (UFSM, 2016).

#### **4.1.2 Caracterização do HU/UFSM**

Segundo Lampert (1997), a necessidade de um hospital escola surgiu com a criação do curso de medicina, em 1954. Por intermédio da lei 3958/61, a UFSM obteve autorização para executar as obras do Hospital Regional de Tuberculose, que se iniciaram em 1959. Então, foi criado o Hospital Universitário Setor Centro (HUSC) que surgiu de uma estrutura (fase inicial) de construção localizada em um terreno cedido pelo Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo (HCAA) abandonada por anos devido à falta de déficit de recursos financeiros. A obra era do estado e foi financiada pelo serviço nacional de combate à tuberculose, já que se

destinava à instalação do hospital regional de fisiologia (LAMPERT, 1997).

Em 1962, a referida obra foi doada à UFSM. Com o aproveitamento da área construída e com as adaptações realizadas, ela serviria de hospital escola aos alunos da faculdade de medicina. Nesse período, essas instituições tinham como objetivos principais o ensino e a pesquisa clínica (OLIVEIRA, 1985).

Antes da fundação do HUSM, foram criados: o HCAA, em 1898, destinava-se a atender pacientes pobres; o Hospital Militar da Guarnição de Santa Maria, em 1924, para militares e seus familiares; a casa de saúde, em 1931, destinada a atender a classe ferroviária e seus familiares e; o Hospital da Brigada Militar, em 1953, atendendo aos profissionais e familiares da corporação (PROCHNOW, 2004).

O HCAA foi o primeiro campo de estágio para os alunos do curso de medicina e de farmácia e funcionou de 1957 a 1987, quando o convênio com a universidade foi interrompido. Os recursos materiais e financeiros eram poucos e limitados. O departamento de clínica médica, ao qual a enfermagem era subordinada, também não liberava recursos suficientes, nem para serviços essenciais como manutenção e higiene. Não havia serventes, a limpeza dos ambulatórios era feita pelas próprias enfermeiras, no final de semana. Os recursos financeiros, até os anos de 60 eram provenientes exclusivamente do Ministério da Educação e Cultura, que sustentava tão complexa instituição com custos cada vez mais crescentes (MOREIRA, 1970).

De outubro de 1981 a julho de 1982, ocorreu a transferência do HUSC para o Campus Universitário, no Bairro Camobi, e passou a chamar-se Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM. Primeiramente, ocorreu a mudança dos ambulatórios e das clínicas para o campus; no dia 13 de julho de 1982, foram transferidos os pacientes internados; no dia 14 de julho do mesmo ano, aconteceu a transferência do laboratório de análises clínicas e demais equipamentos. A partir do dia 18 de julho de 1982, iniciaram-se as internações no HUSM. O Berçário foi a última unidade transferida do HUSC. Para a transferência dos equipamentos, dos mobiliários e dos pacientes, a UFSM teve o apoio das Unidades do Exército Brasileiro sediadas na cidade (HUSM, 1981).

A transferência para o campus, e consequente desativação do HUSC, deu-se por determinação do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e da reitoria da UFSM, pois não era possível manter duas estruturas hospitalares em funcionamento por causa da escassez de verbas,

do quadro de pessoal reduzido e da falta equipamentos necessários (HUSM, 1981).

Com a Resolução 003/94, de 30 de março de 1994, do Conselho Universitário, o HUSM passou a ser órgão integrante da administração central da UFSM e deixou de ser subordinado ao Centro de Ciências da Saúde (HUSM, 2000).

Desde a sua fundação, em 1970, o Hospital Universitário de Santa Maria, é referência em saúde para a região centro do Rio Grande do Sul. Sendo um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria, a instituição atua como hospital-escola, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde (HUSM, 2000).

#### **4.1.3 Caracterização da UFSC**

Sancionada pelo então presidente da República Juscelino Kubitschek de Oliveira, em 18 de dezembro de 1960, a Lei nº 3.849 federalizou a Universidade do Rio Grande do Norte e criou a Universidade Federal de Santa Catarina. Entre os artigos desta lei, constava o Art. 3º, que afirmava que as duas universidades teriam personalidade jurídica e gozariam “de autonomia didática, financeira, administrativa e disciplinar, na forma de lei”. Importante destacar que antes de vigorar a referida lei, existiam na Ilha algumas instituições de ensino superior, tais como: a Faculdade de Direito (1932, localizada na Rua Esteves Júnior, 11); Faculdade de Ciências Econômicas (1943, localizada na Avenida Hercílio Luz, 47); Odontologia (1946, localizada na Rua Esteves Júnior, 93); Farmácia e Bioquímica (1946, localizada na Rua Esteves Júnior, 1); filosofia (1952, localizada na Trindade); Medicina (1957, localizada na Rua Ferreira Lima); e Serviço Social (1958, localizada na Rua Victor Konder, 53) (UFSC, 2010).

No entanto, ao ser constituída como Universidade Federal de Santa Catarina, contou com as seguintes faculdades: Direito, farmácia e Odontologia (posteriormente separadas), Filosofia, Medicina, Engenharia e Serviço Social na qualidade de agregada. Segundo Ferreira Lima (1980), em seu livro UFSC: sonho e realidade 1980, a Faculdade de Engenharia sequer existia, mas fora escrita na mensagem determinada pelo despacho presidencial visando à criação da universidade. O pedido pela faculdade de engenharia foi inserido nessa mensagem de última hora, por insistência do primeiro reitor. A “Faculdade de Agricultura” foi solicitada, mas o pedido fora negado (UFSC, 2010).



Atualmente, a UFSC é composta por onze centros universitários: Centro de Ciências Agrárias; Centro de Ciências Sociológicas; 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. A UFSC ainda tem quatro *campi*: o de Araranguá, que oferece cursos nas áreas de Engenharia, Saúde e Computação; o de Curitibanos, que oferece cursos de graduação nas áreas de Ciências Agrárias e Ciências da Saúde; o de Joinville, que oferece sete cursos de Engenharia e um bacharelado interdisciplinar; e o de Blumenau, instalado em 2014, que oferece cursos de Engenharia e Licenciaturas em Ciências Exatas. Em relação ao ensino básico, estão vinculados a UFSC, o Colégio de Aplicação e o Núcleo de Desenvolvimento Infantil (UFSC, 2015).

A UFSC possui mais de 30 mil estudantes matriculados em 103 cursos de graduação presenciais e 14 cursos de educação à distância. Quanto à pós-graduação, a UFSC disponibiliza mais de 7 mil vagas para cursos *stricto sensu*: são 63 mestrados acadêmicos, 15 mestrados profissionais e, 55 cursos de doutorado. Nos 32 cursos de especialização, são mais de 6 mil alunos a distância e 500 em cursos *lato sensu* presenciais. São aproximadamente 5.500 professores e técnicos que atuam em atividades cujos resultados são referência no Brasil e exterior. (UFSC, 2015).

#### **4.1.4 Caracterização do HU/UFSC**

A construção de um hospital de clínicas foi idealizada pelos professores da faculdade de medicina, na gestão do primeiro reitor da Universidade Federal de Santa Catarina, professor João David Ferreira Lima. Além de buscar atender à carência de leitos hospitalares que atingia Florianópolis, havia a preocupação com a qualidade do ensino das profissões da área da saúde, impulsionando a UFSC a enfrentar a construção de seu próprio hospital (SÃO THIAGO, 1983).

No ano de 1963, o Governo do Estado de Santa Catarina doou o terreno onde hoje está localizado o HU/UFSC, quando ocorreu a visita do consultor hospitalar professor Odair Pacheco Pedroso (HU/UFSC).

A construção do HU/UFSC iniciou-se em 2 de janeiro de 1968, e foi paralisada em 22 de março de 1971, devido à contensão de despesas públicas realizada pelo Governo de Emílio Garrastazu Médici, presidente militar na época.

Após estudantes de medicina da UFSC pressionarem o Governo Federal, toda a estrutura de concreto do hospital de 10.800m<sup>2</sup> abandonada e coberta por vegetação, teve sua construção retomada em 1976 (SÃO THIAGO, 1983).

Inaugurado em 02 de maio de 1980, com 22.000m<sup>2</sup> de área construída, na gestão do Reitor Prof. Gaspar Erich Stemer, inicialmente, foi chamado de Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Santa Catarina, disponibilizando 103 leitos para internações (HU/UFSC).

Primeiramente foram instalados os leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente, foram ativados o centro cirúrgico, a clínica cirúrgica I e a UTI adulto e finalmente, em 1996, a maternidade (HU/UFSC).

O Atendimento prioritário de ambulatório consolidou-se ao longo dos anos seguintes permitindo que o hospital completasse sua estruturação em quatro grandes áreas básicas: Clínica médica, cirúrgica, pediatria e toco-ginecologia (HU/UFSC).

A toco-ginecologia, o centro obstétrico e as unidades de neonatologia foram implantadas em outubro de 1995, após longo período de preparação de recursos humanos, equipamentos e técnicas de intervenção buscando alcançar elevados índices de modernização técnica e humanização do atendimento. Atualmente, a maternidade do HU já é reconhecida nacionalmente como centro de excelência em assistência obstétrica (HU/UFSC).

Outra característica importante do HU é o seu atendimento de emergência funcionando ininterruptamente, atendendo adultos e crianças em áreas separadas, que atingem a média de 400 pacientes/dia. Tendo em vista a demanda da população que não consegue atendimento nos postos e unidades municipais/estaduais, e que vê o HU como centro de atendimento público e gratuito de elevado nível de competência técnica, atendimento humanizado, e resolutividade, a procura ultrapassa os limites de atendimento (HU/UFSC).

Atuando nos três níveis de assistência, o básico, o secundário e o terciário, o HU é também referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades. Seu corpo clínico é constituído de professores dos departamentos do Centro de Ciências de Saúde que utilizam o HU como centro de ensino e de pesquisa; os médicos e demais profissionais da enfermagem, farmácia e bioquímica, nutrição, serviço social, odontologia, psicologia e engenharia biomédica, possuem elevados índices de qualificação e titulação, aliados ao grande interesse na pesquisa

e prática clínicas, conferem ao HU grande força e prestígio social e comunitário (HU/UFSC).

O HU/UFSC oferta serviços de média e alta complexidade, conforme as metas contratualizadas com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC), e, entre eles, pode-se citar:

- a) O RAU – Termo de pactuação da rede de atenção às urgências, que determina que o HU/UFSC prestará atendimento de urgências e emergências, 24h/dia, 7 dias/semana;
- b) O termo de pactuação da rede cegonha, firmado entre a SES e a UFSC, que determina o funcionamento do HU/UFSC no atendimento de urgência e emergência obstétrica, 24h/dia, 7 dias/semana, sendo referência em gestação de alto risco e atenção ao recém nascido.

Na sequência, são descritas a estrutura e o funcionamento dos HU's da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina antes e após a adesão à empresa brasileira de serviços hospitalares – EBSEH.

## 4.2 A ADESAO À EBSEH PELO HU DA UFSM E DA UFSC

Após a primeira tentativa do Governo Federal em criar a empresa brasileira de serviços hospitalares – EBSEH, através da MP 520 de 31/12/2010 (BRASIL, 2010), medida que foi rejeitada pelo Congresso Nacional, foi oficialmente criada a empresa, através da Lei nº 12.550/2011 (BRASIL, 2011). Depois de oficializado a criação da EBSEH, teve início as tratativas no Conselho Universitário da UFSM, em relação à adesão ou não a referida empresa, através do processo 031/12. Na UFSC, O Conselho Universitário, em 25 de setembro de 2012, decidiu criar um grupo de estudos sobre a EBSEH. Mas somente em 15 de julho de 2013 foi instituído. Na sequência serão apresentados as tratativas relacionadas a adesão no HU/UFSM e na UFSC.

### 4.2.1 Adesão à EBSEH pelo HU/UFSM

Por solicitação do reitor da UFSM, em 23 de março de 2012, na 733ª reunião do Conselho Universitário da Universidade Federal de Santa Maria realizada, deu-se início a discussão para análise da contratação da empresa brasileira de serviços hospitalares – EBSEH.

Foram realizadas reuniões nos centros, e os membros do diretório

acadêmico do curso de enfermagem do Centro de Ciências da Saúde se manifestou contrário, solicitando que fosse ampliada a discussão sobre a assinatura ou não do contrato com a EBSEERH. Por conta disso, o reitor determinou que fosse realizada uma visita “in loco” no HU para levantamento das necessidades de material humano e equipamentos, além de uma definição jurídica quanto aos contratados terceirizados, via fundação de apoio (CONSU/UFSM).

Membros do conselho se manifestaram dizendo que havia a necessidade de buscar junto ao Ministério Público mais informações quanto à legalidade do processo, e as alternativas em relação à parte orçamentária para que o HU continuasse com as portas abertas, já que, não existia nenhuma garantia, para este fim, aos hospitais que não aderissem a empresa.

Ainda sobre a discussão da aprovação da contratação da EBSEERH, os conselheiros se reuniram novamente e o debate foi sobre os 132 funcionários contratados pela fundação de apoio; sobre como a empresa ainda não está totalmente formada; como na visão dos técnico-administrativos em educação, a empresa fere a autônômica universitária e mais argumentos para a não contratação e a defesa dos funcionários pelo seu lugar de trabalho e a qualidade dele. Surgiu a questão do HU como hospital escola ou agente social para atendimento da população, e novamente a preocupação com a garantia na qualidade de formação, envolvendo ensino, pesquisa e extensão. Houveram alguns argumentos defendidos por apenas um dos conselheiros, questionando que:

“não é a privatização dos Hospitais Universitários, mas sim, instrumentos mediadores, para se pensar a situação da realidade da saúde dentro das universidades e, especificamente, dos hospitais”. (Ata 733ª, p. 08, do CONSU).

Ao final da reunião, alguns conselheiros ainda permaneciam insatisfeitos em relação à contratação da EBSEERH, mas, em a votação, a comissão deu o parecer de “APROVADO” as tratativas para análise do contrato com a empresa, com 39 votos a favor e 5 votos contra (CONSU/UFSM).

Na 755ª reunião do Conselho Universitário da UFSM, realizada em 25/10/2012, foi levantado à necessidade de um posicionamento definitivo sobre a adesão ou não em contratar a EBSEERH para fazer a gestão do HU/UFSM. Entre os conselheiros ainda existia muitas dúvidas sobre a empresa, principalmente na questão do HU continuar a ser totalmente

público, sem risco de ter alguns serviços privatizados. Por conta disso, foi autorizada uma ampla discussão junto à comunidade universitária para uma posição definitiva sobre o tema (CONSU/UFSM).

Na 756ª reunião do Conselho Universitário da UFSC, realizada em 29/11/2013, foram repassadas as informações referente á minuta do contrato para análise dos conselheiros, antes de um posicionamento definitivo em relação à adesão, pois, já havia sido autorizado pelo CCS os devidos encaminhamentos para abertura de negociação com a EBSEH. Após aprovação da minuta, foi enfatizado que, os órgãos maiores de saúde da região aprovam a vinda da EBSEH e pedem que a UFSC faça à adesão à empresa. Essa aprovação foi baseada no fato de constar no estatuto da empresa que os HU's Federais continuarão a ser 100% SUS. Consta registrado ainda na referida ata que, não houve consenso nos demais centros, e entre os conselheiros, em relação à adesão ou não à empresa (CONSU/UFSC).

No dia 28/12/2014, a comissão de legislação e regimento da UFSC, através do processo 23081.004522/2012-75, deu parecer que o Conselho Universitário da UFSC pode homologar o “*Ad referendum*” do Magnífico Reitor que firma o contrato de adesão à EBSEH (ANEXO 3).

Diante da análise documental realizada, referente às tratativas para a adesão à EBSEH pelo HU/UFSC, mesmo realizado debates junto à comunidade universitária, que se manifestava contrária à assinatura do contrato, em uma decisão que fere a gestão democrática determinada pela Constituição Federal para as universidades, o reitor decidiu pela adesão do HU/UFSC à EBSEH,

Destaca-se a seguir, o histórico das negociações para a adesão à EBSEH pelo HU da UFSC.

#### **4.2.2 A adesão à EBSEH pelo HU da UFSC**

Depois de oficializado a criação da EBSEH, através da lei nº 12.550/2011, uma empresa pública de direito privado vinculada ao Ministério da Educação, deu-se continuidade ao processo de discussão acerca da adesão ou não do HU/UFSC a empresa.

Dando ênfase ao processo democrático da UFSC, o Conselho Universitário, em 25 de setembro de 2012, decidiu criar um grupo de estudos sobre a EBSEH. Mas somente em 15 de julho de 2013, a comissão foi designada. Inicialmente era formada por:

- a) Uma acadêmica do curso de serviço social;
- b) Um acadêmico do curso de medicina;

- c) O coordenador do curso de graduação em medicina;
- d) A diretora de enfermagem do HU;
- e) Duas servidoras técnico-administrativas em educação do HU;
- f) Um servidor técnico-administrativo em educação da UFSC;
- g) Dois docentes do centro socioeconômico;
- h) A vice-reitora da UFSC (gestão 2012-2016);
- i) Um representante da federação das indústrias do estado de Santa Catarina;
- j) O diretor do centro de ciências da saúde;
- k) Uma representante do fórum catarinense em defesa do SUS e contra as privatizações (MOODLE UFSC).

O Grupo criado para desenvolver o estudo acerca da EBSEH 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 EBSEH e os impactos de uma eventual implementação; organização dos debates/ discussão sobre o plebiscito (MOODLE UFSC).

A comissão elaborou dois relatórios 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 HU’s pelo Brasil em relação à EBSEH; elementos de cooperação técnica do programa EBSEH de pesquisas clínicas estratégicas para o SUS (Epecsus); ofício nº 056597.2014-51 da consulta da UFSC ao MEC sobre a contratação de trabalhadores para o HU (MOODLE UFSC).

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

Conforme o cronograma ocorreram sete debates institucionais sobre a EBSEH, ocorridos entre 04 de novembro a 25 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 ampla discussão sobre a gestão do Hospital Universitário pela EBSEH (MOODLE UFSC).

No 1º debate institucional, ocorrido no dia 04 de novembro de 2014, às 19 horas, no auditório da reitoria da UFSC, participaram da mesa: Profª Roselane Neckel, Reitora da UFSC à época, como moderadora; Profª Maria de Lourdes Rovaris, vice-diretora do HU/UFSC; Prof. José Arimatéia Dantas Lopes, Reitor da Universidade Federal do Piauí (UFPI); Dr. João Pedro Carreirão Neto e Sra. Simone Hagemann representando o fórum catarinense de defesa do SUS e contra as privatizações; Dr. Maurício Pessutto e Dr. André Bertuol, representando o Ministério Público Federal (MPF).

No 2º debate institucional, realizado no dia 10 de novembro de 2014, às 15 horas, no auditório da reitoria da Universidade Federal de Santa Catarina, participaram da mesa: Profª Isabela Back, vice-diretora do CCS/UFSC; Prof. Carlos Alberto Justo da Silva, diretor geral do HU/UFSC; Dr. Luis Vicente Borsa Aquino, coordenador de planejamento da presidência da EBSEH; Prof. Virmondes Rodrigues Júnior, ex-diretor da Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Prof. Nelsom Albuquerque de Souza e Silva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro; e representando o fórum catarinense em defesa do SUS e contra as privatizações, Srª Simone Hagemann.

No 3º debate institucional, realizado no dia 13 de novembro de 2014, às 09 horas, no auditório do Hospital Universitário/UFSC, participaram da mesa as seguintes autoridades: Prof. Carlos Alberto Justo da Silva, diretor do HU/UFSC; Profª Maria de Lourdes Rovaris, vice-diretora do HU/UFSC; Sr. Celso Fernando de Araújo, diretor de atenção à saúde da EBSEH; Sra. 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 4º debate institucional, realizado no dia 14 de novembro, às 14 horas, no auditório do Centro de Comunicação e Expressão da Universidade Federal de Santa Catarina, participaram da mesa: Profª 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 5º 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, participaram da mesa: Prof. Ubaldo César 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 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 6º debate institucional, realizado no dia 18 de novembro de 2014, às 14 horas, no auditório do Centro de Ciências Agrárias da UFSC, participaram da mesa: Prof. Pedro Luiz Manique Barreto, vice-diretor do centro de Ciências Agrárias (CCA), como moderador do debate; representado a direção geral do HU/UFSC: Prof. Carlos Alberto Justo da Silva e a Prof<sup>a</sup> Maria de Lourdes Rovaris; Prof. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro, 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 7º debate institucional, realizado no dia 25 de novembro de 2014, às 19 horas, no auditório Garapuvu do centro de eventos da UFSC, participaram da mesa: Prof. Carlos Alberto Justo da Silva e Prof<sup>a</sup> Maria de Lourdes Rovaris, representando a direção do HU/UFSC; 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.

Em cada debate institucional, foram apresentados pela direção geral do HU/UFSC, o diagnóstico situacional do HU/UFSC, contendo histórico do HU/UFSC; plano de reestruturação (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, bem como, eram apresentados os problemas que a adesão à empresa poderiam trazer para o HU/UFSC (MOODLE UFSC).

Buscando subsídios que fortalecessem as prerrogativas para aderir ou não a empresa, foi realizado pela Universidade Federal de Santa Catarina, no dia 29 de abril de 2015, consulta pública, com duas chapas, favoráveis à adesão/sim e contrários à adesão/não, com voto universal e resultados estratificados das votações da comunidade universitária da UFSC, representada pelos docentes, servidores técnicos administrativos e discentes da Universidade, além de estudantes maiores de 16 anos do Colégio de Aplicação, questionando os favoráveis ou contrários à EBSEH. 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 (UFSC, 2015).

No quadro 10, apresenta-se a apuração da consulta pública realizada junto a comunidade universitária, HU/EBSEH.

Quadro 10 - Apuração da Consulta Pública HU/EBSEH

<b>Consulta Pública HU/EBSEH</b>	<b>Totais</b>	<b>%</b>
Eleitores aptos a votar	42314	
Compareceram/Votaram	8838	20,89%
Faltaram/não votaram	33476	79,11%
<b>Contrários à adesão/Não</b>	<b>6171</b>	<b>69,82%</b>
<b>Favoráveis a adesão/Sim</b>	<b>2550</b>	<b>28,85%</b>
Total de votos nominais	8721	98,68%
Branco	48	0,54%
Nulos	69	0,78%
Total Apurado	8838	100,00%

Fonte: Moodle UFSC 2015, adaptado pelo autor 2017.

Através da apuração setorial realizada, constata-se que houve uma votação expressiva dos profissionais do HU/UFSC contrários a adesão do HU à EBSEH.

Em nova reunião do CUn, 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/UFSC e a empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSEH), no espaço físico integrado, da Universidade Federal de Santa Catarina. Naquela ocasião, o relator fez a leitura do parecer, recomendando o início das tratativas para 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 invadiram a sessão com palavras de ordem contra a adesão à EBSEH. Por questões de segurança, a sessão foi suspensa (Ata CUN/UFSC, 2015).

No dia 1º de dezembro de 2015, a reunião do Conselho Universitário da UFSC foi realizada no Centro de Ensino da Polícia Militar, para não haver interrupções. Uma atitude inédita dentro da UFSC tomada pelo presidente do conselho. 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 CUN/UFSC, 2015). Na reunião realizada no Centro de Ensino da Polícia Militar, o relator do processo, o relator de vista e vinte e sete membros do Conselho Universitário não estavam presentes, por considerarem um desrespeito à autonomia universitária, realizar a reunião fora do âmbito da universidade (SINTUFSC, 2015).

O contrato de gestão do HU/UFSC pela EBSEH foi assinado em 16 de março de 2016, com duração de 10 anos, podendo ser prorrogado através de termo aditivo. Nele definiram-se ações a serem desenvolvidas nos primeiros dezoito meses de vigência do contrato firmado entre a EBSEH e a Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, para gestão do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, nos termos do artigo 6º da Lei nº 12.550/2011. Destaca-se que, no art. 16º da lei 12.550 de 15/12/2011, a empresa tem o prazo de 12 meses para reabertura dos leitos fechados do hospital contratado.

Diante de todo levantamento realizado sobre o processo democrático de discussão acerca da adesão a EBSEH pelo HU/UFSC, é notório que a comunidade do HU e da UFSC mostrou-se bem dividida em relação à adesão à EBSEH. A comunidade universitária se manifestou claramente contrária à adesão em consulta pública realizada, onde 69,82% dos que votaram se posicionaram contrários à adesão do HU à EBSEH. Destacava-se o fato de ainda não estar muito claro se a adesão à EBSEH não seria uma forma velada em tornar o HU/UFSC privatizado, bem como, se as funções gratificadas não seriam ocupadas por cargos políticos.

Em ato autoritário e nada democrático, na visão desse pesquisador, onde nem mesmo o relator do processo original e o relator do processo de vistas, além de 27 membros do conselho não estavam presentes, no dia 1º de dezembro de 2015, a reunião do Conselho Universitário foi realizada

no Centro de Ensino da Polícia Militar, para não haver interrupções por parte dos manifestantes contrários à adesão, e aprovou as tratativas para a contratação do HU/UFSC a EBSEH.

Apresenta-se, na sequência, a estrutura e o funcionamento dos Hospitais Universitários da UFSM e da UFSC antes e após a adesão à EBSEH.

#### 4.3 A ESTRUTURA E O FUNCIONAMENTO DOS HU'S DA UFSM E DA UFSC, ANTES E APÓS A ADESAO À EBSEH

Visando atender o objetivo específico b) Conhecer a estrutura e o funcionamento do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina antes e após adesão à EBSEH, a presente seção foi estruturada da seguinte forma: a estrutura e o funcionamento do HU/UFSM e do HU/UFSC, antes da adesão à EBSEH e a estrutura e o funcionamento do HU/UFSM e da UFSC após a adesão à EBSEH.

##### **4.3.1 A estrutura e o funcionamento do HU da UFSM, antes da adesão à EBSEH**

Na pesquisa realizada no HU da UFSM, buscando conhecer a estrutura e o funcionamento do referido HU anterior à EBSEH, foram investigados os seguintes fatores: Estrutura física; estrutura tecnológica; estrutura organizacional; relacionamento com o SUS; atendimento à comunidade; política de pessoal; atendimento ao ensino, pesquisa e extensão; tomada de decisão; autonomia; escolha dos dirigentes; quantitativo de leitos fechados ou desativados.

###### 4.3.1.1 Estrutura do HU/UFSM antes da Adesão à EBSEH

###### a) Estrutura Física

No roteiro de entrevista elaborado, na primeira pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre a estrutura do HU/UFSM antes da adesão à EBSEH, em relação à estrutura física.

O entrevistado I discorre que a estrutura física do HU/UFSM veio em um constante desgaste desde a sua fundação. Muitas áreas necessitavam de manutenção e ampliação, e sempre patinavam na questão de recursos até final de 2009, início de 2010. Com a criação do REHUF, programa criado pelo governo para reestruturar os HU's em relação à

defasagem estrutural, tecnológica e de pessoal, a partir do qual as duas primeiras começaram a ser supridas, foi proporcionado melhoria estrutural em todo hospital.

“Então o nosso marco sempre é em torno de 2011, 2012, com o advento do REHUF, onde iniciaram os investimentos em infraestrutura e tecnologias” (Entrevistado 1).

Os entrevistados 2 e 3 descrevem que não mudou muito, sendo uma estrutura com 50 anos de idade, um hospital vertical, nos moldes dos hospitais da década de 60. Uma parte horizontal construída para área ambulatorial e a parte vertical para as unidades de internação. Não houve nenhuma ampliação física antes de 2013. Relata que, com a precarização dos anos, os hospitais encolheram um pouco no quantitativo de leitos, e áreas foram utilizadas para outras finalidades, acabaram criando situações bastante limitadas, como a falta de espaço, e crescimento sem planejamento. Sobre o assunto, os entrevistado 2 e 3 dizem que:

“A estrutura permanece inalterada o que nós temos é otimização dos espaços. Nós tínhamos muitos espaços físicos que eram espaços de leitos ocupados para outras atividades. Com a precarização dos anos, os hospitais encolheram um pouco no quantitativo de leitos então aquelas áreas foram utilizadas para outras finalidades, como salas de equipe.” (Entrevistado 2).

“Dependíamos muito da universidade para desenvolver novos projetos. Dependíamos da estrutura da pró-reitoria administrativa, e entrávamos na fila com toda a universidade. Estávamos sempre disputando recursos com outros centros de ensino”. (Entrevistado 3).

Para os entrevistado 4, 5, 6, e 7, estava bastante deficitária e precária, por ser um hospital já antigo, com falta de espaço físico para suprir a todo o crescimento gradativo, e foi sendo realizadas adaptações, para atender as necessidades ao longo dos anos, porém, é inadequada para suprir as demandas existentes.

“É um hospital antigo, que teve um crescimento de atendimento muito grande nos últimos anos e a estrutura física não acompanhou esse aumento. Existe uma falta de espaço físico para todas as áreas de assistência e ensino”.(Entrevistado 4).

“A estrutura física era insuficiente e inadequada para as demandas assistenciais, de ensino e de pesquisa atuais”. (Entrevistado 5).

“O HU/UFSM possui uma estrutura de aproximadamente 45 anos e teve de ser adaptado para otimizar seus espaços, como por exemplo, o último andar estava prevista “clausuras” e se transformou em unidades de internação. Muitas alterações foram realizadas no decorrer destes anos com recursos do MEC ou do próprio hospital”. (Entrevistado 6).

“A estrutura física do HU era deficiente. Algumas melhorias foram feitas, mas ainda permanece com necessidades de ampliação interna”. (Entrevistado 7).

Percebe-se, pelos relatos colhidos, que a estrutura física do HU/UFSM apresentava desgaste natural do prédio, com instalações necessitando de manutenção. Muitas áreas foram sendo adequadas para atender as necessidades hospitalares, por não haver sido realizada ampliações físicas e estruturais.

#### b) Estrutura Tecnológica

Na segunda pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre a estrutura tecnológica do HU/UFSM, antes da adesão à EBSEH.

O entrevistado 1 relata que havia uma dependência total do setor de planejamento e estrutura da Universidade, onde, o HU caía na fila de toda a Universidade para projetos, licitações, e recursos, o que complicava muito a aquisição de novas tecnologias.

“Isso é um fator complicador, porque as Universidades cresceram muito também em número de cursos, ampliaram o número de vagas, criaram cursos novos, pós-graduação também novas, aumentou muito a demanda da Universidade por essas estruturas administrativas, das quais nos dependíamos”. (Entrevistado 1).

Os entrevistados 2 e 3 descrevem que o HU/UFSM já possuía um quantitativo de máquinas que atendiam praticamente as principais necessidades do hospital. Relatam que houve um grande incremento

tecnológico que coincidiu com a implantação do AGHU, que 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, adquirido pelo MEC. O desenvolvimento do AGHU iniciou em 2009, como parte integrante do programa nacional de reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), do Ministério da Educação.

“Tivemos um grande incremento que coincidiu, não foi com a chegada da EBSEH, foi com a implantação do AGHU, que é o aplicativo de gestão que iniciou antes da EBSEH. A implantação do aplicativo de gestão foi uma aquisição do MEC anterior a EBSEH”. (Entrevistado 2).

“Não havia recursos disponíveis para investimentos tecnológicos. Conseguimos uma pequena melhoria com o REHUF, que veio antes da EBSEH”. (Entrevistado 3).

Os entrevistados 4 e 5 relatam que apresentavam deficiências, defasagens e eram insuficientes para suprir as necessidades do HU em relação à assistência, de ensino, de pesquisa e de inovação tecnológica. Não conseguiam acompanhar a todo crescimento do hospital.

“Estrutura tecnológica também com bastante deficiência em relação a equipamentos, tecnologias de serviço. Muito associado á falta de espaço e pessoal para fazer frente a essas demandas ”. (Entrevistado 4).

“A estrutura tecnológica do HUSM não recebeu os investimentos necessários ao longo dos últimos anos, estando defasada e insuficiente para as necessidades assistenciais de ensino, de pesquisa e de inovação tecnológica. No entanto, o projeto REHUF permitiu, a partir de 2010, algumas melhorias neste sentido, mas ainda muito aquém das demandas atuais”. (Entrevistado 5).

Para os entrevistados 6 e 7, tanto os equipamentos médicos quanto os de informação estavam bem precários. Relatam que havia muita dificuldade em conseguir algum recurso, mas, foram adquiridos

equipamentos de grande porte, como: ressonância, medicina nuclear, acelerador nuclear e outros.

“Grande era a dificuldade de se conseguir algum recurso para aplicar em investimentos e aquisição de equipamentos. Dependíamos de recurso do MEC, emendas parlamentares etc. Levava muitos anos até se concretizar. Mesmo assim, durante os anos tivemos vários investimentos com aquisição de equipamentos de grande porte como ressonância, medicina nuclear, acelerador nuclear e tantos outros”. (Entrevistado 6).

“E estrutura tecnológica do hospital estava muito precária, principalmente em relação aos equipamentos médicos e de tecnologia da informação”. (Entrevistado 7).

Observa-se, analisando os relatos dos entrevistados, que existia no HU/UFSM equipamentos de grande porte, como ressonância magnética, tomógrafo, medicina nuclear, em quantidade suficiente para o atendimento das necessidades de assistência e de ensino. O AGHU, aplicativo de gestão para os hospitais, adquirido pelo MEC, proporcionou mais agilidade nas ações administrativas no HU.

### c) Estrutura Organizacional

Na terceira pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre a estrutura organizacional do HU/UFSM antes da adesão à EBSEH.

Todos os entrevistados (1 a 7) comentaram que as funções gratificadas antes da EBSEH era a mesma de toda a Universidade, nos mesmos moldes dos centros de ensino. O HU era subordinado a essa estrutura organizacional, e, por meio de seu organograma previa direções, coordenações e chefes de setores. O HU possuía um diretor geral, um diretor administrativo, um diretor de enfermagem e vice, um diretor de ensino e pesquisa, e um diretor clínico. Relatam que havia dificuldade em se montar toda a estrutura organizacional, tendo em vista a remuneração praticamente simbólica paga as funções gratificadas, e era uma grande dificuldade em agregar pessoas para essas funções. Destacam-se as falas dos entrevistados 1, 2, 3, 5, 6 e 7:

“Nós tivemos muita dificuldade de preencher estes cargos, porque eles eram muito mal remunerados,

praticamente simbólicos. Algumas funções gratificadas eram 100 reais, 200 reais, 300 reais. Então, as gratificações eram muito baixas e nós tínhamos dificuldades de preencher os cargos de chefias”. (Entrevistado 1).

“Nós tínhamos a estrutura prevista pela universidade, porque nós éramos subordinados a essa estrutura organizacional, que previa direções, coordenações e chefes de setores”. (Entrevistado 2).

“O que acontecia daí para baixo, nas coordenações e nos serviços, nos tínhamos muita dificuldade de agregar pessoas pelo valor das funções gratificadas. Assumir um serviço como o da nutrição, por exemplo, cujo valor é de R\$200,00 com quase 100 pessoas, com funcionamento de 24 horas, ninguém queria assumir”. (Entrevistado 3).

“O HU mantinha uma estrutura organizacional conforme o organograma da universidade, mas era inadequada, pois, nem sempre conseguíamos pessoas para o preenchimento das funções pelo valor baixo que eram pagos de gratificações”. (Entrevistado 5).

“Toda a estrutura gerencial do hospital dependia dos cargos da estrutura da universidade. Estrutura defasada, com remunerações para chefias insignificantes que não atraíam nenhum servidor”. (Entrevistado 6).

“As chefias recebiam gratificações irrisórias. Parte da estrutura organizacional existente era dependente da reitoria da UFSM. Não existia Setor de orçamento e finanças, setor de administração, nem divisão de gestão de pessoas. Assim, a emissão de empenhos, liquidação, pagamentos, licitações, contratos e folha de pagamento eram feitos da reitoria”. (Entrevistado 7).

Percebe-se, após análise das entrevistas realizadas, que a estrutura organizacional do HU/UFSM seguia o organograma da Universidade, tendo em vista que o hospital era um órgão suplementar dela, com direções, coordenações e chefes de setor. Existia dificuldade no preenchimento das vagas comissionadas devido ao valor irrisório pago a essas funções.



#### 4.3.1.2 Funcionamento do HU/UFSM antes da adesão a EBSEERH

##### a) Relacionamento com o SUS

Na quarta pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSM antes da adesão à EBSEERH, em relação ao relacionamento com o SUS.

O entrevistado 1 discorre que, de longa data, o HU já havia optado por ser 100% SUS. Havia uma compreensão de integração e da hierarquização do sistema, e do referenciamento. Relata ainda que, faltavam profissionais para suprir toda a carência da comunidade em relação a muitas especialidades médicas e tratamentos.

“Eu diria que a relação com o SUS precisava melhorar. Precisávamos ter um contingente de profissionais maior para atender a demanda tão pressionada pelo Sistema, e isso, de certa forma, melhoraria a relação entre o gestor com o SUS”.  
(Entrevistado 1).

Descreve o entrevistado 2 que o HU/UFSM, devido a toda conjuntura regional, vem desde a década de 90 sendo incorporado como a unidade assistencial do SUS. Nessa década foi fechado na cidade um grande serviço de oncologia, e todo o atendimento veio para dentro do HU, que passou a responder fortemente ao SUS, sendo um dos primeiros hospitais a contratualizar com o SUS.

“Não teve muita decisão ou vontade institucional, pois o hospital passou a responder fortemente ao SUS. Nós somos um dos primeiros hospitais que contratualizou com o SUS, e já estamos inseridos no sistema, no mínimo há duas décadas”.  
(Entrevistado 2).

Relatam os entrevistados 3, 4, 5 e 7 que o relacionamento com o SUS assim como é hoje, era muito bom. Havia contratos de metas, e dentro do cenário da região, o sistema via o HU como sendo muito importante. Os valores pagos pela tabela SUS eram baixos, mas os contratos de metas contribuíram para o aumento dos recursos. O HU/UFSM era 100% SUS, sendo referência para os 46 municípios da região, com contratualizações realizadas com o gestor estadual e municipal.

“Na realidade, o nosso gestor é anual, não é a prefeitura de Santa Maria, é nível de estado. Nós

tínhamos contratos de metas antes da EBSERH. A relação do hospital com o gestor era boa, pois havia um entendimento da importância do hospital no cenário de saúde da região”. (Entrevistado 3).

“Hospital 100% SUS, referência em alta e média complexidade para 46 municípios da região central. Eram realizadas pactuações de serviços e atendimentos com o estado e município”. (Entrevistado 4).

“Relacionamento através de contratualização pactuada com o gestor estadual e municipal, porém com inúmeras dificuldades”. (Entrevistado 5).

“Não era diferente do relacionamento existente hoje, que já era 100% gratuito e cujo gestor já era a secretaria estadual de saúde”. (Entrevistado 7).

O entrevistado 6 relata que havia uma defasagem muito grande em relação aos valores pagos pelo sistema, com tabelas desatualizadas, o que não sustentava o hospital com pronto socorro de portas abertas. Ressalta-se que ainda não houve qualquer reajuste na referida tabela.

“Creio ter sido um dos maiores entraves da gestão. Com tabelas defasadas, aumento de produção hospitalar e uma contratualização unilateral aquém das demandas e da oferta de serviços, o faturamento do SUS é insuficiente para sustentar os custos do hospital. A defasagem está em torno de 43 % e os recursos do SUS não sustentam um hospital universitário de nível terciário, com pronto socorro de portas abertas para a região”. (Entrevistado 6).

Percebe-se, através dos relatos, que o relacionamento do HU/UFSM com o SUS iniciou-se desde a década de 90, havendo uma compreensão dos gestores sobre a importância de ser o hospital integrado à rede, devido à necessidade de especialidades médicas da região. O HU/UFSM foi um dos primeiros a ter atendimentos contratualizados junto ao gestor SUS.

#### b) Atendimento a comunidade

Na quinta pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSM antes da adesão à EBSERH, em relação ao atendimento à comunidade.

Respondendo à questão, os entrevistados 1 e 2 relatam que os

Hospitais Universitários foram sendo precarizados ao longo do tempo, principalmente na década de 90 até o ano 2000, acarretando em diminuição de ofertas de consultas e exames, colocando a comunidade em geral, em dificuldade para conseguir atendimento. Essa situação ficou ainda mais difícil, principalmente pela falta de pessoal, bem como, a terceirização de muitos cargos extintos pelo Governo Federal.

“Havia todo um problema em relação ao atendimento na emergência. Vinham pacientes de todos os lugares da cidade, buscando atendimento, e, na grande maioria, não se qualificavam como emergencial. A falta de estrutura das UPAS e o fato de termos uma emergência portas abertas, não nos permitia dar um atendimento de qualidade a comunidade”. (Entrevistado 1).

Os entrevistados 3, 4 e 5 descrevem que havia uma boa oferta de consultas, exames e internações, mas, elas não atendiam à comunidade em sua totalidade. Havia carências de especialidades e de vagas para internações.

“Tínhamos em torno de 11.000 mil consultas por mês antes da EBSERH, e em torno de 900 internações antes da EBSERH”. (Entrevistado 3).

“Eram oferecidos diversos serviços e ambulatórios de especialidades a comunidade, além de projetos de extensão com objetivo em áreas específicas”. (Entrevistado 4).

“Não obstante as limitações, o atendimento sempre foi considerado bom, com avaliação positiva dos usuários. Apesar das inúmeras dificuldades, o atendimento à comunidade sempre foi bem avaliado pela imensa maioria dos usuários, de acordo com pesquisas de opinião e satisfação. A queixa maior sempre foi em relação à dificuldade de acesso e não ao atendimento em si. Uma vez tendo acessado o HUSM, o atendimento é considerado resolutivo pelos usuários, na sua maioria”. (Entrevistado 5).

Os entrevistados 6 e 7 relatam que o atendimento sempre foi 100% SUS, com atendimento de referência em várias especialidades, mas que, nem sempre, conseguiam atender toda a demanda, pois existia um número ainda pequeno de especialidades, profissionais e o quantitativo de leitos era menor.

“Sempre atendemos 100% SUS toda comunidade da região, mas, com menos oferta de leitos, de consultas e de cirurgias. Atendimento de referência regional em várias especialidades, porém, nem sempre conseguimos atender a tudo”. (Entrevistado 6).

“O relacionamento com a comunidade já era 100% gratuito, mas tinha menos atendimentos à população, pois, o número de especialidades, profissionais e leitos era menor”. (Entrevistado 7).

Constata-se pelos relatos dos entrevistados que o atendimento a comunidade passou por um período bem problemático, entre os anos de 1990 e 2000, devido à precarização dos HU's, onde houve uma diminuição significativa na oferta de exames, consultas e internações, se agravando ainda mais com a falta de profissionais nas mais diversas áreas do hospital. Avalia-se que a comunidade sempre foi muito bem assistida em suas necessidades pelo HU, não obstante as limitações existentes.

### c) Política de Pessoal

Na sexta pergunta feita, foi solicitado, aos entrevistados, que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSM, em relação à política de pessoal, antes da adesão à EBSEH.

Os entrevistados 1, 2, 3, 5 e 7 relatam que todos os HU's Federais enfrentam problemas em relação à política de pessoal. Há uma grande dificuldade em relação à reposição de pessoal por afastamentos para tratamentos de saúde, aposentadorias, e a saída para muitos hospitais, foi o fechamento de unidades e bloqueio de leitos, além da contratação de funcionários através das fundações. Essa modalidade onerava o orçamento do HU que já era curto, para pagamento de salários e encargos, além do aumento para contratação de funcionários terceirizados para categorias extintas.

“Era apenas a política de aprovação funcional, porque reposição não havia, nós dizemos assim, como cola de cavalo, para trás e para baixo. Não havia, nós ficamos anos sem concurso público, anos sem reposição de pessoal e só ia diminuindo, fecha aqui, fecha ali”. (Entrevistado 1).

“A questão de problemas com o pessoal foi durante muito tempo, a grande discussão nacional dentro do serviço público. Muitos cargos foram instintos, sendo terceirizados, e servidores contratados por

fundações para suprir as necessidades”.(Entrevistado 2).

“Antes da adesão a EBSEH, nós vivíamos numa situação onde o governo não repunha as vagas dos estatutários, então se aposentava o médico, enfermeiro ou alguém da área da saúde, o hospital através da fundação fazia uma contratação de uma pessoa para suprir aquela lacuna. Isso era pago com o orçamento do hospital, de custeio, e então com o passar do tempo isso vai tomando cada vez mais o recurso que era destinado para compra de material, equipamento, manutenção. Tivemos um período com 400 pessoas contratadas pela fundação, e isso tomava uma boa parte do orçamento”. (Entrevistado 3).

“Ao longo do tempo, muitos servidores foram se aposentando e outros se afastando para tratamento de saúde e a universidade não conseguia fazer as devidas reposições, o que trouxe um grande problema em relação aos atendimentos ofertados aos usuários”. (Entrevistado 5).

“Antes da adesão, era muito mais difícil substituir pessoal aposentado. O regime era apenas RJU, terceirizados e alguns eram contratados pela fundação de apoio à tecnologia e ciência – FATEC na área médica, de enfermagem e de nutrição. Não existia divisão de gestão de pessoal dentro do HU, a folha de pagamento era feita pela reitoria”. (Entrevistado 7).

Descreve o entrevistado 4 que o HU era totalmente dependente da reitoria para concursos e reposições, e que quase não existiam. Relata ainda que, pra suprir a carência de profissionais, foi preciso a contratação de pessoal por meio das fundações, bem como, serviços terceirizados.

“Política de pessoal estava vinculada a da Universidade para os servidores. Tínhamos contratos precarizados de profissionais da saúde com fundações e terceirizados”. (Entrevistado 4).

Já o entrevistado 6, ressalta que eram oferecidos incentivos a qualificação e planos de cargos e salários que conseguiam manter muitos talentos em atividade.

“Era a mesma política das instituições públicas federais, com incentivos a qualificação que incrementava os vencimentos, e plano de cargos e salários que conseguiram manter muitos talentos em atividade”. (Entrevistado 6).

É possível afirmar, pelos relatos dos entrevistados, que esse era um dos grandes problemas enfrentados pelo HU/UFSM. Havia uma dependência total da reitoria em relação às reposições por aposentadoria, mortes ou por outros afastamentos, bem como, as questões ligadas à capacitação de pessoal. Ressalta-se que toda a dificuldade em haver a reposição de pessoal forçou o hospital a efetivar contratações via Fundações, fato esse que onerou as questões orçamentárias já escassas.

#### d) Atendimento ao ensino, pesquisa e extensão

Na sétima pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSM antes da adesão à EBSEERH, em relação ao atendimento ao ensino, pesquisa e extensão.

Os entrevistados 1, 2 e 4 relatam que era feito de forma precária. Não haviam recursos específicos para projetos, e as coisas funcionavam sem um retorno bem definido de publicações, e, dos resultados de pesquisas realizadas, por exemplo.

“Fazendo uma análise das estruturas de ensino e pesquisa de todos os hospitais federais, tem dos 45, os dados estão prontos. Por que esse meu interesse? Porque havia uma fragmentação muito grande, alguns hospitais tinham uma direção de ensino e pesquisa, alguns tinham uma coordenação, outros não tinham nada, alguns tinham gabinete de projeto, outros tinham comitê ético e outros não tinham”. (Entrevistado 1).

“No nosso hospital havia, por exemplo, a sala do professor fulano de tal, montadinha 365 dias no ano, para receber o professor fulano de tal para dar aula, fazer sua cirurgia, seu atendimento e ensinar para seus alunos. Quando ele decidiu ocupar aquela sala o hospital tinha que prover a estrutura de pessoal, equipamento, material, cuidar do paciente, enfim. E se ele decidiu em um, dois, três meses não ocupar a sala ela ficaria fechada, o que era uma realidade muito perversa no meu ponto de vista. Aqui no nosso hospital, isso de longa data a gente vem trabalhando para desconstruir essa

prática perversa”. (Entrevistado 2).

“Tinha uma diretoria de ensino, pesquisa e extensão que realiza atividades por meio de projetos, com incentivo a pós graduação e graduação, com liberação da carga horária de trabalho, total ou parcial, conforme a necessidade”. (Entrevistado 4).

Para os entrevistados 3 e 7 existia uma visão muito voltada às necessidades dos professores, focada apenas ao ensino, e os pacientes chegavam ao HU de acordo com as necessidades da academia.

“O foco principal era a academia, e os pacientes chegavam ao nosso hospital de acordo com a necessidade de ensino, por conta do enxugamento do sistema único no país”. (Entrevistado 3).

“O ensino era o foco, e as ofertas aos pacientes era proporcionada pelas necessidades acadêmicas existentes”. (Entrevistado 7).

O entrevistado 5 descreve que a estrutura era insuficiente para fazer a gestão, além da parte de apoio didático que não supria as necessidades das demandas.

“Esforço e prioridade para o atendimento das demandas de ensino, pesquisa e extensão dos centros acadêmicos e cursos da UFSM, com inserção de grande número de cursos de graduação e pós graduação (especialização, residências em saúde, mestrados e doutorados), apesar da estrutura física e organizacional insuficiente para gestão do ensino, da pesquisa e da extensão. Estrutura de apoio didático insuficiente para as demandas. Estrutura para desenvolvimento da pesquisa clínica e inovação tecnológica incipiente”. (Entrevistado 5).

O entrevistado 6 preferiu, por motivos pessoais, não emitir nenhuma opinião sobre o tema.

Observa-se pelos relatos colhidos que existia uma diretoria específica para a área de ensino e pesquisa, porém, não havia muito controle, especialmente em relação às pesquisas, não havendo, basicamente, nenhum retorno para o hospital. Relata-se que a preocupação maior estava ligada ao ensino, onde havia uma ligação direta do que eram ofertadas, em relação às especialidades médicas, as necessidades acadêmicas.

#### e) Tomada de decisão

Na oitava pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSM antes da adesão à EBSEH, em relação à tomada de decisão.

Os entrevistados 1, 2, 3 e 5 discorrem que, na antiga estrutura, havia uma dependência dos reitores da universidade, em relação às tomadas de decisões externas, e nas que impactavam no dia-a-dia, existia um colegiado formado pelos diretores do HU/UFSM. Esse colegiado reunia-se frequentemente para a tomada de decisões macro políticas institucionais.

“Nós sempre recebemos bastante autonomia dos nossos reitores e olha que passei por três ou quatro reitores. Havia um respeito muito grande, uma colaboração muito grande”. (Entrevistado 1).

“Claro que alguma decisão que impacta externamente, uma decisão, por exemplo, sobre a contratualização, quem assinava era o reitor pelo hospital, junto com o diretor geral do HU”. (Entrevistado 2).

“Na minha opinião, não pode uma gestão de um hospital, ter autonomia a ponto de tomar decisões que contrariem o interesse da universidade. Eu uso muito essa frase ‘o hospital é da universidade’. (Entrevistado 3).

“As decisões tomadas dentro do HU dependiam muito do aval da reitoria, apesar de serem primeiramente decididas pelo colegiado e em vários níveis de governança”. (Entrevistado 5).

O entrevistado 4 relata que eram realizadas de forma compartilhada entre as diretorias, sendo após encaminhada ao reitor para definições.

“Como tinha uma estrutura organizacional mais horizontal as decisões eram compartilhadas e discutidas nos diferentes níveis hierárquicos antes de serem formalizadas pela reitoria”. (Entrevistado 4).

O entrevistado 6 não quis tecer nenhum comentário, alegando questões pessoais.

Para o entrevistado 7 era realizada em conjunto com a reitoria e, em algumas situações, de forma autônoma pelo hospital.



“As decisões eram tomadas, muitas vezes, em conjunto com a reitoria e, algumas, de forma autônoma”. (Entrevistado 7).

É possível afirmar, por meio das entrevistas realizadas, que existia um grande apoio dos reitores em relação às necessidades do hospital, apoiando e colaborando nas decisões mais impactantes para a Instituição. Ressalta-se, também, que a tomada de decisão que impactava o dia a dia, era definida em reunião do colegiado formado pelos diretores do HU/UFSM.

#### f) Autonomia no HU/UFSM antes da adesão à EBSEH

Na nona pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSM antes da adesão à EBSEH, em relação à autonomia.

Os entrevistados 1, 2 e 5 relatam que era preciso acatar a regulamentação da Universidade, por ser o HU/UFSM, um órgão suplementar da Instituição, e, por isso, era necessário discutir com o reitor sobre o planejamento do HU.

“Quando vinculado como órgão suplementar da universidade nós temos que acatar a regulamentação da universidade “. (Entrevistado 1).

“Os Hospitais sempre foram das Universidades, onde o nosso era um órgão suplementar da universidade, onde, a não ser as decisões internas, as restantes era preciso discutir com o reitor e com o conselho universitário”. (Entrevistado 2).

“Nossa autonomia se baseava nas determinações vindas da reitoria, pois, o HU era um órgão suplementar da instituição”. (Entrevistado 5)

Para o entrevistado 3, era muito limitada. Havia uma dependência quase que total do hospital à reitoria. Relata que, os processos de compras, por exemplo, iniciavam no HU e terminavam nos setores da Universidade, onde os empenhos eram gerados.

“Antes esses empenhos eram gerados na universidade, eles se somavam aos empenhos do restante da universidade, por exemplo, se tinham urgência na compra de um determinado medicamento ou material, eu estava sujeito a rotina

da universidade, pegava um processo para falar com um e outro, mas dependia de um processo da universidade”. (Entrevistado 3).

Relata o entrevistado 4 que havia mais autonomia, e, em sua visão, as decisões eram tomadas pelas respectivas chefias e após com a direção.

“Direção, coordenações e chefias com maior autonomia nas decisões. As decisões eram tomadas pelas respectivas chefias e coordenações e após, discutidas com a direção”. (Entrevistado 4).

O entrevistado 6 relata que o Hospital era diretamente vinculado à reitoria, com cooperação nos processos e resolução de problemas. Relata ainda que o HU era bom comprador e, também, bom pagador.

“Antes da adesão à EBSEERH estávamos diretamente vinculados a reitoria da Universidade. As relações inter-relacionais eram próximas e muito colaborativas, havendo muita cooperação nos processos internos e resolução de problemas. Estavam mais próximos do Hospital. Nossos processos de compras e pagamentos eram realizados via Universidade que mantinha um cronograma de processos licitatórios e de pagamentos bastante em dia. Éramos bons compradores e bons pagadores”. (Entrevistado 6).

Para o entrevistado 7, ela basicamente não existia, necessitando do auxílio da reitoria nas questões financeiras e nas mais diversas atividades.

“O HU necessitava do auxílio da reitoria em diversas atividades. As licitações, os empenhos e os pagamentos de fornecedores e de funcionários do HU eram realizados pela reitoria da UFSM”.(Entrevistado 7).

Percebe-se nas falas dos entrevistados que havia uma limitação das ações, por ser o HU um órgão suplementar da UFSM, e dependia de suas determinações para posicionamentos institucionais. Já em relação às situações setoriais do HU, as diretorias e demais chefias possuíam autonomia para as decisões do dia a dia.

#### g) Escolha dos dirigentes do HU/UFSM antes da adesão à EBSEERH

Na décima pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSM, antes da adesão à

EBSERH, em relação à escolha dos seus dirigentes.

Todos os entrevistados informaram que a escolha dos dirigentes era feita por meio de eleição. Era constituída uma chapa, que continha um diretor geral, um diretor de ensino e pesquisa, um diretor de enfermagem e vice, um diretor administrativo e um diretor clínico.

“Antes da chegada da EBSERH, existia uma chapa completa onde o regimento previa que deveria conter um diretor geral, diretor clínico, uma diretora de enfermagem e vice, diretora administrativo e diretor de ensino e pesquisa. Essa era a chapa que disputava a consulta interna de quatro em quatro anos”. (Entrevistados 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7).

Fica evidente, na fala dos entrevistados, que existia uma eleição direta, que, conforme o estatuto da instituição, os servidores do hospital elegiam uma chapa constituída de diretor geral, diretor clínico, diretor de enfermagem e vice, diretor administrativo e diretor de ensino e pesquisa, para um período de 4 anos. Essa escolha era referendada pelo reitor, de uma forma bem democrática.

#### h) Quantitativo de leitos fechados ou desativados no HU/UFSM antes da adesão à EBSERH

Na décima primeira pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSM, em relação aos quantitativos de leitos fechados ou desativados, antes da adesão à EBSERH.

Relataram os entrevistados 1, 2, 3 e 6 que foi realizado um dimensionamento de 320 leitos, em que, destes, 20 eram leitos domiciliares. Com toda a deficiência de pessoal, foram fechados ou bloqueados cerca de 50 leitos hospitalares.

“Não houve fechamento de clínicas ou enfermarias, o que houve foram bloqueios de leitos hospitalares, num total de 50 leitos, devido a toda deficiência de pessoal”. (Entrevistado 1, 2, 3 e 6).

Para os entrevistados 4 e 5, foram fechados um número significativo de leitos, mas não souberam precisar quantos.

“Tinha leitos fechados, não sei informar o quantitativo, principalmente por falta de profissionais da área da saúde”. (Entrevistado 4 e 5).

Para o entrevistado 7, não houve fechamento ou desativação de unidades no hospital.

“Não houve fechamento ou desativação de leitos, pois a FATEC cobria a falta de pessoal”. (Entrevistado 7).

Diante dos assuntos da pesquisa apresentados, descreve o entrevistado 8 desconhecer como era a questão física, tecnológica, de pessoal, relacionamento com o SUS, atendimento a comunidade, escolha dos dirigentes, tomada de decisões e quantitativo de leitos fechados antes da adesão à EBSEH, pois, seu cargo passou a existir após à adesão.

Constata-se pelo que fora relatado nas entrevistas realizadas, que nem todos os sujeitos respondentes sabiam qual número exato de leitos fora fechado. Mas, segundo levantou-se, girava em torno de 50 leitos fechados ou desativados.

Diante das análises realizadas, enfatiza-se o que cita Rodrigues (2011, p. 25), em que a eficácia das políticas públicas depende do grau de eficiência da gestão, o que, por sua vez, implica não apenas a qualidade dos gestores para exercer seu ofício público, mas também um ambiente de atuação que favoreça a governança democrática e a responsabilização política. O sucateamento do HU/UFSC, proporcionado pela falta de investimentos do Governo Federal em infraestrutura, equipamentos, materiais, e, principalmente em material humano, levou os gestores a decidirem por ações vistas como salvadoras para que as portas do hospital continuassem abertas, como a contratação de pessoal por fundações, bloqueio de leitos, redução no quantitativo de exames e consultas ofertadas a comunidade, além de ajustes nos contratos junto ao gestor SUS, proporcionaram o funcionamento do HU/UFSC, mesmo que de forma reduzida em muitas áreas, mantendo o atendimento a comunidade e às atividades ligadas ao ensino.

#### **4.3.2 A Estrutura e o Funcionamento do HU da UFSC, antes da adesão à EBSEH**

Da mesma forma, como ocorreu em relação ao HU/UFSC, foram definidos para a pesquisa no HU/UFSC os seguintes fatores: Estrutura física; estrutura tecnológica, estrutura organizacional; relacionamento com o SUS; atendimento a comunidade; política de pessoal; atendimento ao ensino, pesquisa e extensão; tomada de decisão; autonomia; escolha dos dirigentes; quantitativo de leitos fechados ou desativados.

#### 4.3.2.1 Estrutura do HU/UFSC, antes da adesão à EBSERH

##### a) Estrutura física do HU/UFSC antes da adesão à EBSERH

No roteiro de entrevista elaborado, na primeira pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre a estrutura do HU/UFSC antes da adesão a EBSERH, em relação à estrutura física.

O entrevistado 1 discorre que está muito deficitária, principalmente em relação a necessidade de mudança de todo o telhado. Relata que existem vazamentos em toda a estrutura que tem provocado inundações em muitas unidades e corredores. Relata ainda que existe uma urgência, que é em relação ao atendimento de normas estabelecidas pelos bombeiros e vigilância sanitária para o HU, onde, muitas obras, reformas e ampliações precisam ser realizadas, para o atendimento das exigências.

“Nós entendemos que não adianta fazer as reformar internas se não tiver recuperado todo o telhado, porque tivemos problemas na cirúrgica 2 com inundação, comprometendo as portas, paredes, então em relação as obras, elaboramos esse ano o plano diretor estratégico do HU e ali contemplamos todas as obras necessárias para atendimento ao bombeiro e vigilância sanitária, mas de concreto, já que o plano foi na verdade uma atividade realizada por um grupo concreto do HU”. (Entrevistado 1).

Ainda relata o entrevistado 1, que foram realizadas reformas em várias unidades de internação, com recursos vindos do REHUF de 2010, e que, ainda existem áreas a serem construídas, como a ala de queimados, por exemplo.

“Desde o nosso plano de reestruturação de 2010, nós elaboramos um plano em resposta ao REHUF, Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários. Nós já temos estabelecido um cronograma. Já reformamos a clínica médica 1 e 2 com recursos do REHUF, e agora temos que reformar a clínica médica 3 que está fechada. Tem aquela unidade de isolamento que também pretendemos fazer alguma coisa de recuperação nela e depois temos algumas obras que estão elencadas como a reforma de pediatria”. (Entrevistado 1).

Para o entrevistado 2 os problemas apresentados eram recorrentes,

devido ao projeto arquitetônico inicial já ter mais de 50 anos, e as obras foram sendo realizadas sem serem adequadas à legislação vigente.

“Ele é fruto de uma concepção arquitetônica da época e apresenta todas as questões do regramento jurídico que foi mudando ao longo dos tempos, que determinavam, naquela época, o tamanho dos quartos por exemplo. Hoje os quartos são maiores e não previa ter acompanhantes, agora temos, a nossa própria questão de incêndio, mudou toda a regulação de incêndio e sanitária. Porque uma coisa é você fazer uma obra desde o início, outra é você ter que ir fazendo reformas para readequação as novas legislações” (Entrevistado 2).

Ainda, segundo o entrevistado 2, toda essa questão relacionada ao projeto arquitetônico do HU/UFSC ser antigo, faz com que o hospital esteja aberto sem os devidos alvarás. O que existe hoje são alvarás liberados para áreas específicas, já adequadas às legislações vigentes.

“Hoje em dia nos precisamos ter uma readequação progressiva a nova legislação sanitária, um dos motivos, por exemplo, de hoje o nosso hospital não ter alvará sanitário. Nenhum dos Hospitais de Florianópolis tem, pois todos são construções antigas. Quer dizer, nós não temos como esticar os quartos, e para redefinir de acordo com a legislação, você tem que transformar dois quartos em um, e isso diminui a capacidade. Muitas áreas que fomos fazendo reformas no Hospital, implicaram em várias reduções do que eram oferecidas a população. Então as vezes você tem que pegar duas áreas para transformar naquilo que a legislação diz que é uma área só, e isso acaba tendo reflexo inclusive na oferta de serviços, e é feito com muita dificuldade. Então, resumindo, há uma grande demanda para ir readequando o Hospital a nova legislação sanitária, por exemplo, só para ver a questão de aprovação do alvará de incêndio o custo é de alguns milhões de reais”. (Entrevistado 2).

Descreve o entrevistado 3 que, apesar de todas as dificuldades existentes, em comparação com outras instituições, o HU tem uma boa estrutura. Relata que, por conta das novas regras impostas pelo corpo de bombeiros e vigilância sanitária, em relação a adaptações físicas necessárias,

há uma grande dificuldade de realizá-las, pela forma como o HU foi projetado.

“Nós temos inúmeros problemas por conta das novas regras de Vigilância Sanitária, do Corpo de Bombeiros e que temos tido muita dificuldade em nos adaptar. Tem vários setores que precisam de reforma, algumas que a gente realmente não vinha conseguindo fazer apenas com o auxílio da associação de amigos do HU e com outras iniciativas”. (Entrevistado 3).

Os entrevistados 4, 5, 7, 8, 9 e 10 relatam que ela é relativamente boa, mas que vem apresentando desgastes ao longo dos anos. Foram realizados “remendos”, principalmente no telhado, onde está o grande problema, e que precisa ser trocado com a maior brevidade possível. Ainda, segundo os entrevistados, por conta do projeto arquitetônico do HU ser muito antigo, existe uma grande dificuldade em adequar as instalações físicas, para atender as exigências do corpo de bombeiro e vigilância sanitária.

“Conforme exige o Corpo de Bombeiros, não poderemos pensar em nenhuma outra obra sem ter isso resolvido, que são as construções de torres de fuga, de incêndio, fazendo a cada dois blocos uma torre, o que custa em torno de 2.800.000 a 3.000.000 reais cada uma. Precisamos atender também a Vigilância Sanitária, porque a construção se iniciou em 1967, parou em 1973 e foi retomada em 1976 e o hospital foi inaugurado em 1980, de lá para cá a legislação sanitária mudou muito, então precisamos regularizar o hospital perante a vigilância. Hoje nós não temos um alvará de funcionamento da Vigilância Sanitária, temos pontual, como por exemplo, para o transplante de córnea itinerante oftalmológico temos, mas o alvará geral do hospital não temos. Porque não adianta também arrumar tudo como pedem e continuar chovendo dentro do hospital”. (Entrevistado 4).

“A estrutura física do HU está aquém de suas necessidades. O desgaste natural do prédio que já tem 37 anos; o aumento de suas demandas, impostas principalmente pelo processo de contratualização e, as novas exigências do Corpo de Bombeiros e Vigilância Sanitária, são fatores que se destacam como

responsáveis pela necessidade de melhoria nas instalações e no prédio, além da necessidade de novas construções. Outro fator importante está relacionado à falta de investimento no setor e a falta de gestão”. (Entrevistado 5).

“ Nossa estrutura física é muito antiga e já sofre com desgastes naturais por conta disso. Ainda temos toda a dificuldade em relação as exigências feitas pela vigilância sanitária e corpo de bombeiros, em relação as adaptações para que o HU consiga os devidos alvarás. De mais urgente o que precisa ser feito é a troca do telhado, pois, vem apresentando muitas infiltrações e vazamentos”. (Entrevistado 7).

“Nosso hospital foi construído em 1967, e já vem apresentando desgastes naturais que precisam passar por reformas. Temos ainda toda a questão ligada às exigências da legislação vigente da Vigilância Sanitária, os quais precisamos cumprir para termos os alvarás de funcionamento”. (Entrevistado 8).

“A direção do HU tem feito todos os esforços para conseguir adaptar a estrutura física do hospital as exigências da Vigilância Sanitária e Corpo de Bombeiros, mas, por ser uma construção muito antiga, são muitas as dificuldades encontradas. Já foram realizadas adaptações nos banheiros, e temos verba para trocar todo o telhado.” (Entrevistado 9).

“Nos colocaram numa situação de termos água dentro de um centro cirúrgico, água dentro de um centro endoscópico, água dentro de um centro de esterilização, só porque a gente não tinha dinheiro nem se quer para o nosso telhado, que é algo básico. Então a estrutura física, com todas as dificuldades que nós temos, e isso você trabalha aqui, sabes que os baldes estão pelos corredores e assim por diante. Nós funcionamos, não sei se você sabe, sem alvará, o hospital não tem alvará. Não tem o alvará por quê? Por conta de inadequações especialmente estruturais, de estrutura física. Quer dizer, vem aqui a vigilância sanitária, agora mesmo nós acabamos de responder um processo para o Ministério do Trabalho, de que não tinha banheiros individuais, para homens e mulheres. Nós temos unidades aqui de assistência que só tem um banheiro realmente para



mulheres e para homens, ainda que a gente tente justificar isso dizendo que a nossa estrutura é antiga, só se nós fecharmos quartos, diminuir leito, para poder adaptar. emergência pediátrica, emergência adulto, todas as unidades de intervenção. As nossas torneiras não são adequadas, eles querem torneiras todas que não tem o comando manual, isso significa, nós fizemos o levantamentos e são mais de 160 torneiras com controle de pedal ou sensor. Não é só pela questão do patrimoniamento, mas a questão estrutural e de encanamento”. (Entrevistado 10).

O entrevistado 6 discorre que havia necessidade em relação ao telhado, pois, haviam infiltrações e vazamentos, e que já há orçamento disponibilizado para a devida troca.

“Existe sim o atendimento a uma solicitação do HU/UFSC relacionada a verbas para troca do telhado do Hospital, que foi atendida para ocorrer no primeiro semestre de 2017, na estação mais propícia em função do clima. Essa era uma demanda antiga da instituição e, pretende-se com isso, resolver um problema crônico de alagamentos que ocorrem na instituição quando das chuvas”. (Entrevistado 6).

Percebe-se, pelas falas dos entrevistados, que a situação do HU/UFSC em relação à estrutura física vinha se deteriorando com o passar do tempo, por conta de toda ausência de investimentos governamentais para as devidas reformas e ampliações, principalmente em relação às exigências da vigilância sanitária e corpo de bombeiros. Nota-se a preocupação em relação à troca urgente de todo o telhado do hospital que apresenta sérios problemas de infiltrações.

#### b) Estrutura Tecnológica do HU/UFSC antes da adesão à EBSEH

Na segunda pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre a estrutura do HU/UFSC antes da adesão à EBSEH, em relação à estrutura tecnológica.

Os entrevistados 1, 2, 3, 4, 6 e 9 descrevem que o hospital enfrentou desafios e passou por um longo processo de ajustes, por causa de todo o avanço tecnológico, principalmente em relação a tecnologia de informação. Discorrem que, com a chegada do núcleo de engenharia

clínica no HU, foi possível estabelecer critérios para a aquisição de equipamentos tecnológicos para atender toda a necessidade do HU. Relatam que o HU apresentava uma boa situação tecnológica assistencial, como, por exemplo, por meio de investimentos em equipamentos endoscópicos e duodenoscópicos.

“Como estamos tendo muitos problemas de custeio, não só nós, mas todos os hospitais, o maior recurso que vem nós realmente estamos usando como custeio, e também temos um recurso que vem pelo estado que é de R\$150.000 por mês, que é para dar incentivo a contratualização, e que efetivamente esse valor no ano também investimos em equipamentos”. (Entrevistado 1).

“Acredito que no ponto de vista tecnológico em si, nós estamos relativamente bem. Por exemplo, fora questões pontuais onde precisamos transformar todos os nossos raio-x em digitais, metade do parque instalado é com capacidade digital. Nós precisamos readequar nosso tomógrafo, que veio para suprir nossa demanda de emergência. Temos uma estrutura de hemodinâmica, que é uma das melhores que já vi, se não é até uma das melhores do estado”. (Entrevistado 2).

“A estrutura tecnológica do hospital do ponto de vista assistencial, tecnologia visando à assistência, equipamentos, monitores, temos uma situação boa no meu entendimento. Nossas UTI's, centros cirúrgicos, possuem equipamentos bons e qualificados, assim como nossos materiais, e isso tudo por conta de muita organização da instituição. A proposta das comissões, tipo a própria comissão permanente de materiais assistenciais que sempre qualificou a nossa compra e, mesmo com todas as dificuldades, nós conseguimos manter bons equipamentos, como respiradores nas UTI's e torres de vídeo. Eu considero que nosso parque tecnológico para a proposta e o tamanho do hospital, ele é bom e adequado, e comparo sempre com outros hospitais onde trabalho, principalmente com o do estado, então vemos que é diferente”. (Entrevistado 3).

“Temos investido dentro da nossa capacidade financeira em equipamentos de endoscopia,

duodenoscopia, engenharia clínica muito atuante, com uma empresa terceirizada, que é a Technocare”.. (Entrevistado 4).

“Nosso hospital tem muitas necessidades em relação à parte tecnológica, e que algumas conseguimos atender, quando havia disponibilidade de recurso para tal. Houve um grande avanço também com a contratação da empresa terceirizada para cuidar da parte de engenharia clínica”. (Entrevistado 6).

“Em relação a equipamentos médicos hospitalares, tínhamos uma estrutura tecnológica muito boa, em comparação a outros hospitais da região. Por conta dos recursos escassos e a falta de pessoal, muitas coisas foram impedidas de serem melhoradas.” (Entrevistado 9).

Discorre o entrevistado 5 que, mesmo passando por um processo de adequação, e melhorias, ainda faltava muito para ter uma qualidade em tecnologia que atendesse toda a necessidade do HU.

“Evoluímos bastante nessa área, mas ainda falta muito para termos no HU, tecnologias de ponta que venham a suprir toda a nossa demanda”. (Entrevistado 5).

Para o entrevistado 7, atendia as necessidades primárias do Hospital, mas necessitava de mais investimentos. Relata que o HU recebeu um tomógrafo para os exames de emergência, mas não era de boa qualidade e já está com problemas.

“Em relação à tecnologia, o HU se adequava conforme a liberação de recursos, mas, o que possuía atendia as necessidades primárias, O tomógrafo que recebemos, por exemplo, não era de boa qualidade, e já está com problemas”. (Entrevistado 7).

O entrevistado 8 relata que, apesar de todos os esforços realizados para adequar o HU nessa área, de forma que atenda as necessidades, ainda estava muito aquém para um hospital de ensino.

“Apesar de todo esforço da administração, ainda estamos muito aquém para um hospital de ensino”. (Entrevistado 8).

O entrevistado 10 descreve que existiam equipamentos de ponta no laboratório e centro endoscópico, além de um tomógrafo básico, que supria as necessidades emergenciais, mas, por conta de problemas de manutenção, foi deixado de lado aguardando a chegada de um novo. Relata que, por conta das dificuldades financeiras, muitos equipamentos tecnológicos deixaram de ter manutenção preventiva, por não ter contrato vigente.

“O HU até conta com alguns equipamentos de ponta dentro do centro endoscópico, o próprio laboratório tem equipamento, mas o que tivemos de gravidade nesse período, foi uma grande defasagem de renovação do nosso parque tecnológico, porque faz quatro anos que praticamente não renovamos nada, não tem nada e agora nos últimos dois anos, com toda essa crise que se abateu e por n motivos. Nós tivemos que cancelar todos nossos contratos de manutenção, o que significa isso? Como podemos trabalhar e manter bem nossos equipamentos, ter uma eficiência dentro dessa perspectiva se nós não temos manutenção? Manutenção é uma questão preventiva, justamente para não acontecer. Quer dizer, você consegue ter alguns equipamentos que tem um tempo de vida útil. Nosso tomógrafo quebrou, e era inviável o conserto. Claro que não era o que gostaríamos de ter, mas era o que tinha licitação na época aberta e nos permitiram esse recurso para que pudéssemos comprar”. (Entrevistado 10).

Constata-se, com base no que fora relatado pelos entrevistados, que, em relação à estrutura tecnológica voltada à assistência, os equipamentos médicos eram de boa qualidade e com capacidade digital instalada. As UTI's, o centro cirúrgico e o centro endoscópico são referências em relação à tecnologia apresentada, além de haver um tomógrafo de pequeno porte para atender as emergências.

#### c) Estrutura organizacional do HU/UFSC antes da adesão à EBSERH

Na terceira pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre a estrutura organizacional do HU/UFSC antes da adesão à EBSERH.

Os entrevistados 1 e 5 descrevem que seguiam a cartilha da reitoria. Era uma estrutura dependente da Universidade, com um organograma

com mais de 100 cargos de chefias, o que levou, além de outros, a não implantação do plano 2012, que necessariamente passaria por uma nova estrutura organizacional. Discorrem, ainda, mesmo o organograma do HU ao longo do tempo ter passado por duas revisões, ele ainda é insuficiente para atender com eficiência, eficácia e efetividade as necessidades da instituição.

“Havia muita dependência da UFSC, por sermos um órgão suplementar, mas recebíamos muito apoio dos reitores”. (Entrevistado 1).

“O organograma do HU/UFSC foi desenvolvido em 1980, devido à sua inauguração, e passou por uma revisão em 1996, outra em 2013, mas ainda é insuficiente para atender com eficiência, eficácia e efetividade as necessidades da instituição. É um organograma verticalizado, e como tal, dificulta, significativamente, a necessária integração entre as áreas. Além disso, há uma mistura de atividades de diferentes natureza dentro da mesma estrutura, dificultando, sobremaneira, a gestão. Exemplo disso, é o serviço de comunicação, que está junto com telefonia, recepção e transportes. Além da inoperância que este equívoco provoca, a falta de uma assessoria de comunicação no HU tem provocado grandes prejuízos a gestão como um todo”. (Entrevistado 5).

Para o entrevistado 2, necessitava passar por um processo de modernização, priorizando a diminuição dos custos de gestão, atualmente alto e fora dos parâmetros internacionais.

“A estrutura organizacional do HU carece ainda de uma modernização, temos uma estrutura onde os custos de gestão são muito altos perto daquilo que são parâmetros internacionais de custos de gestão que você tem no Hospital, quanto deve estar previsto para ser o custo de gestão dessas unidades. Então os custos são divididos por todos os custos do Hospital, qualquer custo é dividido pelo seu conjunto e temos custos de administração. Porque ainda temos uma cadeia hierárquica de gestão com muitas instancias, e essas não obedecendo a gestão por processo. Acredito que precisa ser dinamizado e reestruturado”. (Entrevistado 2)”.

O entrevistado 3 relata que o modelo era fragmentado, hierarquizado e Taylorista, e que isso lhe proporcionava angústia em relação à resolução dos problemas apresentados.

“Isso sempre foi uma angustia para mim. Se tínhamos um problema na medicina por exemplo, numa área, e era relacionado a uma outra área, o problema era trazido e a única chefia em comum que esses grupos tinham era o diretor geral, o único que era a cabeça do chapéu e o caminho era muito longo”. (Entrevistado 3).

Para o entrevistado 4, ela era composta por uma hierarquia vertical, com decisões centradas na direção, com domínio hegemônico do médico na gestão. Discorre ainda o entrevistado 4 que, uma das dificuldades organizacionais está no setor de custos, que necessita ser melhor estruturado.

“Se você olhar o organograma, na área médica está bem concentrada a maioria das gratificações e no levantamento feito no plano de desenvolvimento estratégico, o que tivemos um resultado pior foi na área financeira. Hoje não dá para pensar num Hospital que não tenha o custo de cada procedimento na mão, em que o gestor na hora de tomar a decisão, tem que olhar também para os benefícios sociais que aquele procedimento vai fazer, mas também para quanto custa, para quando for tratar com o gestor, na secretaria municipal da saúde, poder falar que o meu custo é x. Hoje não temos um setor de custos, é um geral que ocupa ainda o faturamento, precisando ainda estruturar o setor de custos e trabalhar muito essa questão. Já começamos uma parceria com o setor de contabilidade da universidade, trouxemos um professor da área de custos aqui para dentro”. (Entrevistado 4).

Para os entrevistados 6, 7, 9 ela era parte integrante do organograma da UFSC, pois, o Hospital é um órgão suplementar da UFSC. Relatam ainda que, a estrutura era bastante verticalizada, o que dificultava as ações dentro da instituição.

“Por sermos um órgão suplementar da UFSC, seguíamos o mesmo modelo estrutural de organograma, de forma verticalizada e que

dificultava muito as ações dentro do HU”. (Entrevistado 6).

“A estrutura organizacional do HU seguia o modelo de organograma da UFSC, de forma verticalizada, onde as ações eram muito independentes, sem uma integração maior entre as áreas”. (Entrevistado 7).

“A estrutura organizacional do HU está baseado no modelo vertical, composto pelo diretor geral, vice diretoria, diretores de área, coordenadores, chefes de divisão, de serviço e de seção. Os códigos de chefias tem a mesma nomenclatura utilizada pela UFSC.” (Entrevistado 9).

O entrevistado 8 relata que era uma estrutura desatualizada, embasada num regimento interno que necessitava ser revidado.

“Nossa estrutura organizacional estava bastante desatualizada, necessitando passar por uma revisão urgente, que proporcionem uma agilidade maior nas ações dentro do HU”. (Entrevistado 8).

Para o entrevistado 9, era baseado no modelo vertical, composto pelo diretor geral e vice, diretores de área, coordenadores, chefes de divisão e de seção, mantendo as mesmas nomenclaturas da estrutura da UFSC.

“A estrutura organizacional do HU está baseado no modelo vertical, composto pelo diretor geral, vice diretoria, diretores de área, coordenadores, chefes de divisão, de serviço e de seção. Os códigos de chefias tem a mesma nomenclatura utilizada pela UFSC.” (Entrevistado 9).

O entrevistado 10 relata que existia um organograma composto por diretor geral, vice-diretor e, abaixo, as quatro diretorias. Discorre que os trabalhos eram realizados de forma individualizada pelos serviços existentes.

“Temos uma estrutura organizacional que funciona com o diretor geral, o vice-diretor e abaixo quatro diretorias. A diretoria administrativa, médica, enfermagem, de apoio assistencial e diagnóstico complementar, com a estrutura de apoio. Hoje nós trabalhamos de forma individualizada. Temos serviço de nutrição, serviço de radiologia, serviço

de farmácia, e outros, além das chefias de cada diretoria, seguindo os moldes do organograma da UFSC”. (Entrevistado 10).

É possível afirmar, pelos relatos colhidos, que a estrutura organizacional do HU/UFSC era composta por um diretor geral e vice-diretor, diretor de administração, diretor de medicina, diretor de apoio assistencial e diretor de enfermagem. Constata-se que seguia o modelo de organograma de toda a Universidade, verticalizado, o que dificultava as ações dentro da Instituição, por não haver uma integração entre os serviços.

#### 4.3.2.2 Funcionamento do HU/UFSC antes da adesão à EBSEH

##### a) Relacionamento do HU/UFSC com o SUS antes da adesão à EBSEH

Na quarta pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSC antes da adesão à EBSEH, em relação ao relacionamento com o SUS.

Os 10 entrevistados relataram que o HU sempre foi 100% SUS, realizando a contratualização com o estado, sendo as consultas e exames agendados pelo SISREG, a partir do ano de 2010. O SISREG é um sistema de regulação do Ministério da Saúde, através do município, e hoje passou novamente ao estado.

“Desde 2004 o HU é considerado um componente hospitalar da rede. O SAMU já sabe qual é o perfil que o HU atende e efetivamente já traz aquele paciente que tem aquele perfil e aqui recebemos mais pacientes crônicos, pois temos um perfil mais de clínica médica e cirúrgica na nossa emergência”. Em termos de rede, temos termo de pactuação com duas redes temáticas, que são priorizadas pelo ministério da saúde, que é a rede cegonha, e de urgência. Por exemplo, hoje quando uma gestante chega na atenção básica, ela consegue saber que a referência para ter o bebê é o HU. Não necessariamente ela é obrigada a ter aqui, e mesmo pelos SISREG ela já consegue agendar uma visita ao HU e também a rede de urgência. Temos leitos na retaguarda de UTI, além de termos a porta aberta e ter pactuado com a rede leitos de UTI adulto e também para a rede cegonha”. (Entrevistado 1).

“Nós somos um dos primeiros Hospitais



Universitários que já trabalhava o SISREG, que é o sistema de regulação do atendimento via Sistema Único de Saúde. Então o hospital passou aquela fase que as pessoas tinham a carteirinha, que eram atendidas como se o hospital fosse uma instituição privada para as pessoas que conseguiam acessá-la. Ela apresentava dificuldade no processo de informação porque, na medida que eram os próprios especialistas que controlavam quem atendiam, e muitas vezes esse atendimento não refletia as reais demandas de saúde da população, acabávamos formando alunos de uma forma inadequada, porque não se formava dentro da lógica de demanda do sistema. Então foi uma contratualização que hospital fez a mais de 10 anos. Praticamente hoje em dia o hospital tem e é regularizada por lei a ter 100% de sua capacidade atendida pelo sistema único de saúde”. (Entrevistado 2).

“Nosso hospital tem uma história muito forte consolidada de inserção do SUS. O HU é contratualizado já há muito anos, então já tem essa parceria com o gestor estadual e municipal, temos uma relação muito próxima com os gestores de ofertar os serviços do HU. O HU é 100% SUS e atende a uma demanda do estado de Santa Catarina e isso é bem claro para a instituição e para o grupo gestor. A secretaria de estado em contrapartida também conta com o HU e o considera em seu planejamento, então acho que essa relação é muito boa e fruto de um trabalho de muitos anos das gestões anteriores que vem trabalhando sempre em parceria, em prol da inserção do HU no SUS”. (Entrevistada 3).

“Acho que o sistema é muito bom, mas precisa melhorar as relações de trabalhar em rede. Aqui vem muito paciente que não deveria vir, mas sim para a UPA, postos de saúde. A saúde da família tem que funcionar, e isso a prefeitura que tem que fazer, vindo para o HU só o que é de urgência e emergência”. (Entrevistado 4).

“O HU se relaciona com a SES, que é o gestor do SUS em Santa Catarina. O relacionamento é por meio da assinatura do contrato de gestão, que o HU

assina anualmente. Este relacionamento teve início em 2004 com o processo de contratualização, onde o HU tem que cumprir metas quantitativas e qualitativas e em contra partida recebe um recurso fixo/mensal por suas produções”. (Entrevistado 5). “O HU/UFSC é um hospital 100% público, atende exclusivamente pelo SUS. Neste sentido tem sua capacidade de produção contratualizada e disponibilizada para os gestores estaduais e municipais de saúde”. (Entrevistado 6).

“O HU estabelece uma contratualização, neste momento com a secretaria estadual de saúde, onde se pactua os exames, consultas e outros procedimentos que serão realizados, ficando acordado os valores que serão repassados. Alguns procedimentos não pactuados são encaminhados em separado para serem cobrados. As agendas de consultas, exames e procedimentos são enviadas anualmente para a SES, responsável pelo gerenciamento junto ao SISREG”. (Entrevistado 7).

“Por sermos um hospital com atendimento exclusivo pelo SUS, tínhamos ações baseadas no que era contratualizado com o gestor SUS estadual e municipal, de forma bastante respeitosa”. (Entrevistado 8).

“O HU presta uma assistência totalmente pública gerida pelas políticas do sistema único de saúde. A gestão financeira é executado através do convênio entre o ministério da saúde e a secretaria de estado da saúde de Santa Catarina, ocorrendo pactos contratuais de metas quanti-qualitativas, que vão ao encontro das necessidades de prestação de serviços de saúde à comunidade catarinense. Desta forma, os procedimentos de média complexidade são fixados anualmente, enquanto que os procedimentos de alta complexidade são de acordo com a produção apresentada, tendo um teto mínimo de atendimento “. (Entrevistado 9).

“Essa instituição é uma instituição de ensino e vai ser sempre uma instituição de ensino. Ela é SUS e vai ser sempre SUS. Nunca se falou dentro dessa instituição que tivesse um leito se quer que não fosse SUS. Isso é uma cultura tão forte, que não

existe qualquer estrutura que consiga mudar, pelo menos aqui no nosso HU. Existe uma questão do SUS, não somos nós em relação ao SUS, nós somos o SUS, estamos cada vez mais envolvidos na rede. Temos um gestor e assim que vai continuar sendo. Quando a gente faz todos os nossos convênios da secretaria em momento algum ali deixa de ser vislumbrada a essência do hospital na rede, estamos o tempo inteiro tentando trabalhar os dispositivos que a rede oferece de como é que funciona. Claro que enfrentamos muitas dificuldades, por quê? Porque a rede não está bem construída, vejamos como exemplo a emergência, com superlotações, classificações de verde e azul, que são os menos graves, se nós tivemos postos eficientes, UPAs eficientes, ele não viria pra cá, porque esse paciente nem era para estar aqui. O que vem nessa emergência pode ser uma urgência, que é de pronto atendimento, uma dor de barriga eu vou ao posto de saúde. Na rede, nós temos que cobrar do município, mais efetividade, mais controle, tem de fato um terciário, um atendimento especializado. Mas a gente até entende que a população não consegue resultado, vai para uma porta de emergência. Ninguém pode tirar da população essa angústia, porque ela ainda enfrenta uma dificuldade muito grande nas suas unidades básicas. Nós formamos alunos dentro da rede, e para termos uma construção sólida, abraçando o SUS, temos que formar pessoas que pensem nisso também para poder reforçar o que temos como meta". (Entrevistado 10).

É possível afirmar pelos relatos colhidos que, em relação ao relacionamento do HU/UFSC com o SUS, era regulamentado por lei e tinha 100% de sua capacidade atendida pelo sistema, através das contratualizações feitas junto ao gestor estadual. Registra-se também que, em termos de rede temática que são priorizadas pelo Ministério da Saúde, existia pactuação realizada com a rede cegonha e de urgência.

#### b) Atendimento do HU/UFSC antes da adesão à EBSERH

Na quinta pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSC antes da adesão à

EBSERH, em relação ao atendimento à comunidade.

Discorrem os entrevistados 1, 2, 3, 5 e 10 que ele era um reflexo do Sistema Único de Saúde, e acabava expondo as coisas boas e ruins do sistema. Relata ainda que a comunidade sempre buscou e encontrou no HU bons profissionais. Por conta disso, frequentemente se formavam longas filas externas no dia de abertura de agendas de consultas para diversas especialidades médicas. Eram ofertadas consultas, exames e atendimentos em várias especialidades, o que promovia uma grande procura por atendimento no HU. Era ofertada, à comunidade, em torno de 10.000 consultas/mês, além de mais 1.000 consultas/mês de multiprofissionais no ambulatório.

“O HU desde sua fundação sempre foi uma referência para a comunidade local e para outros municípios. Por ser um hospital escola e ter em seu quadro, profissionais muito bem qualificados, a procura por atendimento sempre foi muito grande e, na medida do possível, sempre conseguimos atender nossa população”. (Entrevistado 1).

“Hoje em dia o SUS trabalha muito fortemente através da regulação com a universalidade de atenção, mas ainda tem muita dificuldade de trabalhar a integralidade e o cuidado de atenção. Um exemplo prático disso, quando nossos pacientes saem do HU, nós mandamos retornar aqui, quando o que seria o correto, seria para as suas unidades básicas de saúde e elas que os solicitariam uma nova consulta, retorno se necessário. Isso tem gerado um problema. Muitas vezes os nossos profissionais que estão lá não acreditam muito nisso, acham que o paciente vai ficar sem assistência, e acabam remarcando pelo Hospital as reconsultas. Temos todo dia uma montoeira de solicitação de encaixes, uma serie de indivíduos com acesso ao sistema, conhecem o hospital, conhecem quem os tratou e pedem para encaixarmos, e acabamos fazendo toda uma logística de encaixe para aqueles que faltaram, mas enquanto houver essas questões assim, mostra que ainda há uma necessidade de adequação. O HU como um hospital desse tipo acaba tendo filas muito grandes, e elas quando são enormes acabam levando uma imagem de falta de gestão, porque tem gente na fila esperando 1, 2 anos por um

procedimento cirúrgico. Hoje em dia o papel da HU é uma ressalva dessas dificuldades todas que temos, mas em compensação, pela pesquisa de opinião, das pessoas que são tratadas e lá estão, elas refletem um grau de satisfação entre bom e ótimo de mais de 75%. Então mostra que o serviço reflete um pouco a falta de capacidade de atender todas as demandas do sistema, e aquilo que a gente consegue atender, nós fazemos com um alto grau de satisfação.”. (Entrevistado 2).

“Somos referências de alta complexidade em algumas áreas e o HU tem uma produção de média complexidade bem grande, principalmente nos serviços não só hospitalares, no sentido de internação hospitalar, mas nos ambulatoriais também. Atendemos consultas, procedimentos, diagnósticos, exames de média e alta complexidade para o estado, isso tudo é ofertado à comunidade”. (Entrevistado 3).

“O atendimento é realizado via atenção básica de saúde, onde o paciente depois de referenciado, é atendido e faz seu tratamento, até o momento em que ele é contra referenciado, ou seja, o seu retorno para o posto de saúde”. (Entrevistado 5).

“Nossa comunidade sempre foi muito bem atendida no HU, mesmo com toda deficiência de infraestrutura que temos e falta de profissionais em muitas áreas. Conseguimos acabar com as longas filas que se formavam para marcações de retornos, onde, após sair da consulta, o paciente já entra numa lista de espera aguardando vaga”. (Entrevistado 10).

Para o entrevistado 4, baseado em uma pesquisa de satisfação realizada, ele era muito bom. Relata que a grande dificuldade dos pacientes era de conseguir entrar no hospital pela procura ser bem maior do que a oferta, e que existia um nível de resolutividade muito bom aos pacientes aqui atendidos.

“Temos uma pesquisa de satisfação junto aos usuários e tivemos um resultado muito positivo, onde nós ficamos muito satisfeitos com a pesquisa, dando para perceber que a dificuldade do usuário é entrar no hospital, pelo que te falei, da procura ser

muito maior que a oferta e das dificuldades que o sistema tem. Nós temos um nível de resolatividade bom, claro que queremos melhorar”. (Entrevistado 4).

Para os entrevistados 6, 7 e 9, eram feitas através de agendamentos e encaixes de consultas e exames, internamente e via postos de saúde. Relatam que, através de uma avaliação feita junto aos pacientes, o grau de satisfação ficou acima de 80% em relação a bom e ótimo.

“O HU/UFSC atende a comunidade Florianopolitana e catarinense exclusivamente pelo SUS, antes e após a adesão à EBSEH. A comunidade catarinense percebe o HU como um importante ponto da rede de atenção. As avaliações realizadas, de satisfação do público com a assistência prestada, estão acima de 85%, dos que consideram a assistência prestada boa ou ótima”. (Entrevistado 6).

“O HU sempre foi uma referência para a comunidade em relação ao atendimento, seja de consultas quanto de exames. Temos uma equipe de profissionais muito qualificada, o que proporciona um alto índice de satisfação dos pacientes atendidos no HU”. (Entrevistado 7).

“Do ponto de vista da qualidade, de acordo com pesquisa realizada por esta entrevistada em 2012 com os servidores do HU, os serviços prestados pelo HU são de boa qualidade, entretanto não há uma ferramenta de avaliação do usuário externo. Do ponto de vista quantitativo, em janeiro o HU prestou em torno de 10.600 consultas ambulatoriais, 7.929 atendimentos na emergência e 795 internações”. (Entrevistado 9).

O entrevistado 8 relata que era baseado na capacidade instalada e no que o HU conseguia disponibilizar ao SUS, conforme o que fora contratualizado.

“O HU sempre foi muito bem avaliado pela comunidade em relação ao que era ofertado. Nosso atendimento a comunidade se baseava em nossa capacidade instalada, obedecendo sempre o que era contratualizado com o gestor SUS”. (Entrevistado 8).

Constata-se que o HU sempre foi bem avaliado pelos usuários, por ser um Hospital escola que oferecia atendimento realizado por especialistas professores, com alto grau de satisfação e resolutividade. Apontam-se as questões ligadas ao atendimento realizado pelos profissionais que atuam na Instituição como fator positivo na avaliação feita. Ressalta-se, também, que se formavam longas filas para agendamento de consultas com especialistas, que foi eliminada através da criação de um programa de lista de espera já implementada.

### c) Política de pessoal no HU/UFSC antes da adesão à EBSEH

Na sexta pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados, que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSC, em relação à política de pessoal, antes da adesão à EBSEH.

O entrevistado 1 relata que em relação à política de pessoal antes da adesão à EBSEH caminhava para o caos. Havia muitos servidores se aposentando, outros em tratamento de saúde, e isso obrigou a direção a bloquear leitos e fechar unidades. Para amenizar um pouco a situação, foram contratados servidores via fundação, e o pagamento dos salários destes servidores levava boa parte dos recursos que poderiam ser usados para outros fins.

“O nosso plano diretor estratégico (PDE) identificou que um dos macroproblemas que identificamos no hospital é a questão de pessoal. O PDE, está focando muito a questão do trabalhador, porque sem ele estar satisfeito e com saúde, nós não conseguimos implementar nada do restante que tem em relação a infraestrutura física e tecnológica”. (Entrevistado 1).

O entrevistado 2 descreve que, em sua opinião, no serviço público não existe uma autonomia adequada sobre o tema. A falta de condições necessárias para uma gestão de pessoas eficaz acarreta em sobrecarga de trabalho para os profissionais, e conseqüentemente, o afastamento por conta de tratamento de saúde, além das aposentadorias. Relata ainda o entrevistado 2 que, por causa do déficit de pouco mais de 800 servidores, leitos foram bloqueados e unidades desativadas.

“Você não tem política porque não tem autonomia de admissão, demissão e nem de premiação, dentro dessas questões todas tem dois fatores na gestão de pessoas: a capacitação e a motivação, e enquanto não tiver todas as condições necessárias para uma

gestão de pessoas, na verdade, você não tem uma política de gestão de pessoas adequada. O déficit que tem levantando, de 800 e poucas pessoas quando encaminhado ao REHUF, baseado em próprias portarias do Ministério da Saúde, já com a abertura da unidade de queimados e de saúde mental, uma unidade que eu diria que precisamos disso na nossa emergência, pelas nossas características. Ali foi construída em cima da emergência e nunca funcionou, uma chamada de cuidados intermediários, que não é bem terapia intensiva, mas é uma questão para não ficar emergência, dependendo de ter ou não unidades de internação dentro da UTI, programamos um lugar lá em cima que são para 10 leitos, só que agora por uma questão da cidade de precisar de saúde mental, nós colocamos para abrir uma outra unidade de saúde mental, que é outro déficit que a população tem e que nós estamos tentando trazer por causa da importância da formação. Isso tudo estava previsto na nossa demanda de pessoal que dava 800 e poucas pessoas”. (Entrevistado 2).

O entrevistado 3 discorre que não tem muito conhecimento sobre o tema, mas, especificamente em relação à área médica, acredita que haja um desejo dos profissionais em trabalhar no HU por causa da questão do ensino, muito mais do que como carreira, pois, na rede privada poderiam ter um retorno financeiro muito maior.

“As pessoas vêm trabalhar no HU porque querem trabalhar em um ambiente de ensino, e muito mais pelo valor que o HU tem. A oportunidade de estar em um centro de pesquisa, participar do ensino dos alunos, então tem um valor muito forte como instituição, muito mais do que como carreira, principalmente para algumas áreas da medicina que na rede privada tem uma renda muito maior. Mas o valor Hospital Universitário realmente é esse, o valor do ensino e da pesquisa”. (Entrevistado 3).

Para os entrevistados 4 e 7 passava por um processo gradativo de desgaste, seja por problemas de afastamento dos servidores para tratamento de saúde, aposentadoria, ou até mesmo pela sobrecarga de trabalho, o que proporcionava uma crise desmotivacional. Discorrem ainda que ha-



via uma necessidade de 800 servidores nas mais diversas áreas para manter o HU em pleno funcionamento, bem como, abrir unidades e serviços fechados. As reposições não estavam sendo feitas, e para suprir uma necessidade imediata, foi realizado pelo Hospital, a contratação de profissionais via FAPEU.

“Tivemos aposentadorias, e muitos afastamentos, e estamos preocupados com isso. Precisamos fazer uma série de processos de motivação, porque o nosso pessoal está muito desmotivado, temos um índice muito alto de afastamento, passando dos 20%, e nós já temos falta de servidores por aposentadoria e uma série de afastamentos que estão nos sufocando. A grande maioria fica doente pela sobrecarga de trabalho, e a enfermagem não aguenta mais. Essa falta de servidor acaba sobrecarregando eles”.(Entrevistado 4).

“Os recursos humanos eram feitos através de concurso público, em vagas de reposição de aposentadorias, demissões e, eventualmente, quando se conseguia demonstrar que o quantitativo de pessoal era insuficiente para a manutenção dos leitos. Há a contratação via FAPEU para suprir estas faltas, uma vez que não há concurso público há 2 anos. No entanto, estas contratações via FAPEU apresentam um número limitado, uma vez que esta folha é paga com os recursos da instituição”. (Entrevistado 7).

O entrevistado 5 relata que havia uma total dependência da UFSC em relação ao tema, mesmo o HU tendo uma coordenadoria específica para a área.

“O HU tem uma coordenadoria auxiliar de gestão de pessoas e como tal, vinculada e dependente da UFSC. Em 2006, durante o planejamento estratégico, foi escrita uma política de pessoal para o HU/UFSC, porém não foi implementada”. (Entrevistado 5).

Para o entrevistado 8 não havia uma atenção especial do Governo Federal nessa área, em relação aos HU's Federais no Brasil. Por conta disso, relata não haver condições de um planejamento adequado na gestão de pessoas.

“O Governo Federal não fazia uma política de pessoal adequada para os HU’s, o que dificultava muito as reposições e planejamentos nessa área”. (Entrevistado 8).

Os entrevistados 6 e 9 descrevem que era realizada dentro do que rege a Lei 8.112/91, que regulamenta as ações dos servidores contratados pelo regime jurídico único. As atividades ligadas à capacitação de pessoal eram desenvolvidas por uma coordenação própria do HU, que tentava atender as necessidades dos servidores.

“A política de pessoal do HU/UFSC é a mesma da Universidade e segue a Lei 8.112 do RJU”. (Entrevistado 6).

“A política de pessoal do HU está balizada na Lei 8.112/91 que rege os servidores contratados pelo regime jurídico único. Os projetos de capacitação são desenvolvidos na coordenadoria auxiliar de gestão de pessoas, tendo em vista as especificidades profissionais dos servidores que atuam neste nosocômio. Todavia, o servidor localizado no HU pode também participar das capacitações oferecidas pela UFSC “. (Entrevistado 9).

Relata o entrevistado 10 que todos os setores do HU vêm sofrendo com a falta de pessoal, o que impacta muito na produção da oferta ao SUS, além do não cumprimento da legislação.

“Temos invariavelmente todos os setores com deficiência de pessoal, não quer dizer que a deficiência seja em relação a todos os profissionais, mas não tem área onde não tenha deficiência de algum profissional, o que impacta muito, porque assim nós acabamos não cumprindo com a legislação e isso tem um impacto muito grande, acabamos não tendo uma produção desejada porque sempre temos uma justificativa que é real do número reduzido de profissionais, não só isso como outra questão do envelhecimento dos nossos profissionais. Nossos trabalhadores são de muito tempo, estão apresentando adoecimento, como vemos nos dados do CAGP, vemos que tem muita gente com atestado, com licença prolongada, em tratamento e isso acaba complicando bastante”. (Entrevistado 10).

Constata-se pelos relatos colhidos que essa área era a que mais

apresentava problemas. Seguiu a regulamentação da Lei 8.112/90 do RJU (BRASIL, 1990), e não recebia reposição imediata dos servidores afastados por aposentadoria ou que faleceram, conforme preconiza o decreto nº 7.232 de 19 de julho de 2010, que concede autonomia às Universidades para abertura de concurso público visando à reposição de vagas geradas por aposentadorias, demissão, exoneração ou morte do servidor. Ressalta-se que, por conta de toda falta de material humano nas mais diversas áreas, buscou-se a alternativa de contratação de pessoal via fundação, para suprir parte da carência que se apresentava, com a folha paga pelo próprio hospital.

d) Atendimento ao ensino, pesquisa e extensão no HU/UFSC antes da adesão à EBSEH

Na sétima pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSC antes da adesão à EBSEH, em relação ao atendimento ao ensino, pesquisa e extensão.

O entrevistado 1 discorre que era realizado mais focado ao ensino. Não existia uma diretoria específica para tratar do tema, e as atividades caminhavam de forma precária, sem um conhecimento exato do que acontecia nas atividades curriculares. Ainda, segundo o entrevistado 1, a questão do grande aumento de oferta em residência médica, e multiprofissional, acarreta em mais pessoas circulando pelas enfermarias, o que trás um grande risco aos pacientes.

“Historicamente todos os diretores do HU tinham a preocupação com o ensino, pesquisa e extensão, e toda a estrutura que o cerca. Efetivamente, o que tínhamos um pouco organizado era a questão da pesquisa. Os registros que temos de dois anos para cá, de tramitação e análise, são os projetos de pesquisa, mas normalmente os estágios são os departamentos com os próprios serviços do HU que vão falando e se acertando. Não temos um setor que possa juntar e ter todas essas informações”. (Entrevistado 1).

Para os entrevistados 2, 3, 4 e 6, ela carecia de normativas que proporcionem um encaixe entre os 03 elementos. Relata que o HU, em relação ao ensino, pesquisa e extensão, ainda é um reflexo da maneira como a Universidade trabalha essas questões fracionadamente, o que não permite uma integração maior.

“Não gosto muito de dizer que a Universidade é um

tripé, ensino, pesquisa e extensão. Tripé são três coisas que não se encontram nunca. Gosto muito mais da imagem que os canadenses fazem da Universidade, como um mosaico, que enquanto as três coisas não estiverem bem encaixadas, ele não tem a fotografia da universidade. A nossa Universidade ainda carece muito, porque as normativas da pesquisa ainda não falam com as de ensino e graduação; a pós-graduação tem dificuldade de falar com a extensão; a extensão não fala com um dos dois. Então, o HU, ainda é um reflexo da maneira como a Universidade ainda trabalha essas questões fracionadamente, até como a reitoria tem suas pró-reitoras, câmaras separadas, acabam fazendo normatizações que os órgãos que oferecem isso sofrem um processo de fragmentação e falta de integração. Quando você levava uma pesquisa dentro do HU para ser feita, às vezes, a pessoa assistencial dizia que não era obrigação deles trabalhar com pesquisa, como se o Hospital Universitário não tivesse toda a obrigação que implica na Universidade, que é atender ao ensino, a pesquisa e a extensão. Temos a questão dos funcionários do HU que trabalham muito fortemente a assistência, e acham que um segundo passo é ensino e pesquisa. Já a escola quando vai para dentro, focam muito no ensino e acham que não tem nada a ver com a assistência, que não é problema deles e pesquisa a mesma coisa. O sujeito quer fazer a pesquisa dele, acabou, ele desaparece. As vezes um serviço que era para ser oferecido de forma contínua, de repente acaba tendo uma consequência ruim”. (Entrevistado 2).

“Hoje o ensino e a pesquisa acabam saindo um pouco da nossa visão, funcionávamos fragmentado. A assistência vai acontecendo, o ensino e a pesquisa vão se inserindo e assim a coisa vai andando, mas realmente não temos um planejamento do que vamos pesquisar, como queremos que nosso aluno saia. Temos algumas áreas que não temos docente e que, por exemplo, nos últimos dois anos da área médica na medicina, o ensino é feito muito pelos assistentes, médicos do hospital, menos pelos docentes”. (Entrevistado 3).

“Na última gestão, nós conseguimos criar uma semente para isso acontecer, que foi um assistente de ensino e pesquisa. Todas as pesquisas que dão entrada é ela quem registra, acompanha, e acompanha toda uma tramitação que no hospital não tinha”. (Entrevistado 4).

“O HU é um hospital cuja vocação principal esta voltada para o ensino a pesquisa e a extensão. Neste sentido, toda a atividade assistencial aqui realizada está imbricada com o ensino, a pesquisa e a extensão. Nossa lógica é assistir ensinado e ensinar assistindo. Entendemos que uma coisa só pode ser de excelência, se a outra também o for”. (Entrevistado 6).

Por não ter muito conhecimento sobre o assunto, o entrevistado 5 prefere não se manifestar.

Relata o entrevistado 7 que o hospital era usado como campo de estágios por alunos da UFSC e IFSC e outras instituições em diversas áreas. Discorre ainda que as questões relacionadas à pesquisa precisavam passar pela avaliação e autorização de um servidor responsável, mas ainda eram realizadas de forma aleatória, trazendo prejuízos à Instituição.

“O HU é campo de estágio para os alunos da UFSC, principalmente do CCS, e IFSC em diversas áreas, além de oferecer campo de estágio para algumas Instituições privadas. Quanto à pesquisa, elas ocorrem em todas as áreas da instituição. Tais pesquisas para serem realizadas necessitam da avaliação e aprovação de um servidor responsável por tal processo. Infelizmente ocorrem ainda casos em que as pesquisas são desenvolvidas de forma aleatória, sem a devida avaliação, o que traz prejuízos a Instituição”. (Entrevistado 7).

Para o entrevistado 8, havia um esforço grande da direção em atender as demandas que surgiam. Relata ainda que, como não havia uma unidade específica para controle das pesquisas, muitas eram realizadas sem trazer qualquer retorno para o HU.

“O HU é um hospital escola, com necessidade de integração entre o ensino, pesquisa e extensão. Apesar de todo esforço para tender as solicitações pela direção, os atendimentos eram feitos conforme

a demanda vinda dos departamentos do CCS ”.  
(Entrevistado 8).

O entrevistado 9 descreve que através de credenciamento junto aos Ministérios da Educação e da Saúde, regulamentada pela portaria interministerial 2.400, de 02/10/07, o HU foi reconhecido como hospital de ensino, tendo grande importância da formação acadêmica de alunos de vários cursos ligados ao atendimento dos pacientes que aqui são atendidos.

“Em 2004 o HU foi reconhecido como hospital de ensino, por meio do credenciamento junto aos Ministérios da Educação e Saúde pela Portaria Interministerial 2.400, de 02/10/07, passando a ser de suma importância para a formação acadêmica de vários cursos ligados a assistência dos pacientes. A partir da certificação o processo de gestão financeira passou a ser executado através do convênio entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, ocorrendo pactos contratuais de metas quanti-qualitativas, que vão ao encontro das necessidades de prestação de serviços de saúde à comunidade catarinense”.  
(Entrevistado 9).

Para o entrevistado 10, não havia qualquer tipo de controle nessa área, o que acarretava prejuízos ao HU, além da falta de informações sobre pesquisas que estavam sendo realizadas. Relata ainda que, dentro das limitações existentes, conseguiram destacar uma professora que passou a fazer um controle mais direto sobre pesquisa e extensão, mas ainda não é o ideal.

“Nós batalhamos por muito tempo, eu trabalhei em outra gestão lá, porque se vamos fazer parte do ensino, precisamos de alguém aqui especificamente para cuidar dessa área. Temos várias residências, tanto na área médica, na área profissional, saúde da família, desenvolvendo atividades aqui no HU, fora o nosso alunado todo do CCS, fora a abertura maior para que outros departamentos da UFSC venham desenvolver atividades curriculares aqui. Estamos com o curso de arquivologia aqui dentro, e tem dado uma contribuição imensa em relação ao SPP, então isso cria outra dinâmica, que para nós é fundamental. O curso de administração, de

economia, de psicologia, estão com a gente aqui dentro. Acho que não existe empresa mais complexa do que um hospital. Ela cabe todas as profissões, vasto campo de estágio e ensino. Temos pesquisas maravilhosas acontecendo aqui dentro, que não tinha uma pessoa para coordenar. Nós criamos nessa gestão o coordenador de pesquisa, com muito custo, porque quando a gente quer dados, precisamos de alguém que te de esses dados e nós passamos a ter com a professora coordenadora. Hoje quantos alunos têm aqui dentro, ela sabe dizer, quantas pesquisas têm e em que áreas, se elas são financiadas ou não são financiadas, qual a nossa contrapartida com a instituição, que nós temos que dar essa contrapartida”. (Entrevistado 10).

É possível afirmar, pelos relatos colhidos que, mesmo existindo uma preocupação por parte dos diretores com essas atividades, faltavam normativas de integração entre elas, e a Universidade atendia essas questões separadas e fragmentadas. Percebe-se que houve a tentativa de organizar essas questões trazendo uma professora que passou a fazer um controle mais direto sobre a pesquisa e extensão, mas não era o ideal.

#### e) Tomada de decisão no HU/UFSC antes da adesão à EBSEH

Na oitava pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados, que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSC antes da adesão à EBSEH, em relação à tomada de decisão.

O entrevistado 1 discorre que o HU sempre foi um órgão suplementar da UFSC, com total liberdade para suas decisões. As situações que não eram possíveis de serem resolvidas internamente eram levadas ao reitor e tratadas em conjunto.

“Nunca nos submetemos ao reitor, mas sim, levamos a ele situações que não conseguimos resolver. A discussão da FAPEU, por exemplo, e como vamos renovar um contrato que é da Universidade. Como esse dinheiro veio e de que formar vou gastar, o reitor nunca questionou. Estou aqui como diretora estrutural desde 2008, nunca fui questionada. Claro que, nas dificuldades quando percebemos ser necessário ouvir a reitoria, nós

recorremos, mas não temos essa prática”. (Entrevistado 1).

Para o entrevistado 2, ela era normatizada pela contratualização, que determinava os recursos que o hospital recebia ou deixaria de receber caso não cumprisse o contrato. As decisões eram baseadas nas metas determinadas nos contratos pactuados. Internamente, segundo o entrevistado 2, as tomadas de decisões eram feitas nas conversas entre as diretorias, em reuniões realizadas uma vez por semana.

“Ao longo do tempo visa tentar equacionar a questão das demandas com a receita, do orçamento que o HU tem. Outra parte das decisões visa às questões judiciais e as portarias que são montadas ao longo do tempo, que são portarias do Ministério da Saúde, determinando novas formas ou novas obrigações. A todo um arca bolso legal que norteia e consome a maior parte do tempo da tomada de decisões, por exemplo, as demandas dos bombeiros, vigilância sanitária, portarias do Ministério, é muito essa questão de obedecer a normatizações externas para o hospital. Tínhamos uma reunião uma vez por semana, onde as diretorias traziam as demandas que vinham dos respectivos departamentos, cada diretoria tinha suas reuniões com suas chefias imediatas. Cada chefia imediata levava as demandas a reunião da direção uma vez por semana, onde cada diretor explanava suas demandas, mais ou menos seus princípios do que precisavam e nós tomávamos decisões sempre em consideração a prioridades, questões de custeio, feito dessa discussão em grupo da direção”. (Entrevistado 2).

Os entrevistados 3, 4, 5 e 7 discorrem que as decisões relacionadas a parte assistencial eram tomadas em conjunto com as chefias que compõem a diretoria. As decisões que tem impacto Institucional maior, e havia o envolvimento de outras áreas, eram levados para discussão junto à direção geral e demais diretorias.

“Nós fazemos uma reunião mensal de chefias nos últimos três anos, para discutirmos certas situações relacionadas a inserção do corpo clínico dentro da instituição. Questões relacionadas as metas, contratualização, produtividade de serviços, toda a inserção mesmo do médico dentro do setor de faturamento, para melhorarmos a produção. Hoje temos



produção, mas falta registro. Acabamos aproveitando esses momentos para ter um fórum decisório. Esse ano não consegui fazer isso, mas até ano passado fazia uma reunião quinzenal com os quatro chefes de divisão, em que debatíamos algumas coisas relacionadas a área médica.”. (Entrevistado 3). “Eram realizadas em conjunto nas reuniões que fazíamos semanalmente com a direção. Ali eram tratadas as demandas que surgiam, levando-se sempre em conta o que havia sido pactuado com o gestor”. (Entrevistado 4).

“A tomada de decisão está relacionada à pirâmide hierárquica e ao organograma, ou seja, a toda a estrutura organizacional. Portanto, todos os problemas que o HU tem na sua estrutura de poder impactam diretamente a tomada de decisão”. (Entrevistado 5).

“As decisões relevantes são tomadas em reunião de direção geral e repassadas às demais chefias. No entanto, as chefias de setor tem autonomia para decisões setoriais, desde que não entrem em conflito com o que foi decidido como linha norteadora pela Direção Geral”. (Entrevistado 7).

O entrevistado 6 relata que as decisões são verticalizadas e departamentalizadas, sem intersecção entre as áreas. Comenta ainda o entrevistado 6 que as decisões institucionais são tomadas pelo Conselho Diretor, que possui representação em todas as áreas, além de um fórum semanal de discussões entre a direção geral e os demais diretores.

“Essa estrutura é formada por um organograma vertical, baseado na estrutura departamentalizada da Universidade, sem intersecção entre as áreas. No topo desse organograma esta a direção geral e os diretores setoriais. Cada diretoria é formado por coordenações, divisões e serviços, que atuam, atendendo as demandas de suas áreas. As decisões institucionais que demandam a participação do coletivo são tomadas pelo Conselho Diretor, que tem representação de todas as áreas e departamentos de ensino. A direção geral e os diretores setoriais mantém um fórum semanal de discussão e tomada de decisão coletiva. Em relação à enfermagem há um

fórum quinzenal das chefias de unidades, e um esquema interno de reuniões para possibilitar a participação coletiva”. (Entrevistado 6).

O entrevistado 8 relata que eram realizadas visando o bem da Instituição, sem privilegiar categorias, mas necessitava de ferramentas que deem celeridade aos processos.

“A tomada de decisão no HU feita pela direção sempre foi de forma justa, visando o bem da Instituição, sem privilegiar categorias, mas que precisava ser aprimorada com ferramentas que possam dar celeridade aos processos”. (Entrevistado 8).

Para o entrevistado 9, as decisões eram realizadas entre a reitoria e o corpo diretivo do hospital, pois, o HU é um órgão complementar da Universidade.

“Tendo em vista que o HU é um órgão complementar da UFSC, ligado diretamente a vice-reitoria, as tomadas de decisão são feitas entre o gabinete e o corpo diretivo do hospital”. (Entrevistado 9).

O entrevistado 10 relata que eram realizadas reuniões semanais, e cada chefia apresentava suas demandas, e as decisões eram tomadas levando em conta a questão das prioridades e perspectivas em relação ao cumprimento do que fora contratualizado junto ao Gestor SUS.

“Hoje somos uma equipe unida, fazemos reuniões semanais e cada um leva a sua demanda. No meu caso, de onze serviços na reunião semanal. Esse é um modelo que ainda estávamos vivenciando, porque estamos nessa transição. Dentro das prioridades e perspectivas e nosso contrato junto à secretaria, a gente busca tomar as decisões usando esse mecanismo de gestão. Porque hoje, infelizmente te digo, que foram traçadas algumas metas, que fomos tentando caminhos, porque não tínhamos condições para atingir. Estamos sempre justificando para o estado porque perdemos equipamentos, pessoal e assim por diante. Tem sido um modelo de gestão como digo, de apagar incêndio, quase que um síndico, correndo de um lado para o outro para manter aberto”. (Entrevistado 10).

Constata-se que as questões ligadas à tomada de decisão no HU/UFSC, eram direcionadas para o cumprimento do que fora contratualizado com o gestor estadual do SUS, através de reuniões semanais entre as diretorias, buscando direcionamento para o cumprimento das metas estipuladas. Observa-se haver entre as divisões e seções reuniões com objetivo de levantar as reais necessidades, posteriormente levadas as suas respectivas diretorias para discussões.

f) Autonomia no HU/UFSC antes da adesão à EBSERH

Na nona pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSC antes da adesão à EBSERH, em relação à autonomia.

Todos os entrevistados relatam que autonomia era determinada pelas leis que regem os HU's Federais, e davam diretrizes para as decisões junto ao gestor SUS em relação à abertura de novos serviços, por exemplo. Ela era baseada nas negociações feitas com o agente financiador, pois, as contas eram pagas pelo próprio HU.

“Por ser o HU um órgão suplementar da Universidade, tínhamos que acatar a regulamentação da Universidade”. (Entrevistado 1).

“Em você cumprir a lei, você tem certa autonomia para determinar coisas do tipo isso aqui não posso oferecer, vou oferecer tais coisas. Para abrir um serviço novo, tenho que falar com o gestor. Quero atender ortopedia no HU, o gestor SUS é quem vai dizer se posso atender ou não ortopedia no HU, ou então o gestor diz para você atender trauma, neurocirurgia, aí você tem autonomia para dizer que não tem pessoal, infraestrutura para atender. Então, é esse limite da negociação do Hospital Universitário que tem 100% da sua capacidade instalada a serviço do SUS por lei, e essa é minha negociação com o SUS para dizer o que posso ou não fazer. Não tenho autonomia para dizer que não quero atender SUS, ou dizer que quero atender 30% dos leitos privados”. (Entrevistado 2).

“Sempre tivemos bastante autonomia, mas eu não sou uma pessoa que decido sozinha, sempre compartilho com chefias, então às vezes vem uma demanda de um serviço relacionado a outro, algum

conflito sempre chamo os serviços envolvidos, as chefias e quando conseguimos a equipe mesmo, isso sempre foi uma característica minha”. (Entrevistado 3).

“Nossa autonomia para as condutas a serem tomadas dentro do HU, eram baseadas no que fora pactuado com o gestor SUS e também com aquilo que a reitoria determinava”. (Entrevistado 4).

“Depende de sua produção, que depende do que contratualiza com o gestor do SUS, que depende de muitos fatores, entre eles, a sua capacidade instalada, sua estrutura física e sua capacidade de gestão. A autonomia política e de gestão é sempre muito relativa, afinal o HU é um órgão complementar da UFSC”. (Entrevistado 5).

“O HU/UFSC é um órgão complementar da UFSC, portanto não tem autonomia administrativa e financeira. Existe o dialogo com a gestão para tomada de decisão no que se refere a contratos de serviços, concursos, disponibilização de vagas, que são trabalhadas em conjunto com direção HU/reitoria”. (Entrevistado 6).

“A autonomia de compras de equipamentos e materiais se torna restrita, em virtude da legislação. Quanto às decisões setoriais, os chefes decidem. Com relação ao gestor SUS, a autonomia limitava-se ao que fora contratualizado com o hospital”. (Entrevistado 7).

“O HU é um órgão complementar da UFSC e a sua autonomia dependia muito da relação mantida com a reitoria”. (Entrevistado 8).

“A autonomia das decisões no HU estão atreladas a previsão legal, com total dependência da Universidade”. (Entrevistado 9).

“O HU sempre teve uma autonomia limitada às determinações da reitoria e pelo que era pactuado junto ao gestor SUS”. (Entrevistado 10).

Observa-se, pela fala dos entrevistados, haver uma concordância quanto à autonomia do HU/UFSC antes da adesão à EBSEH estar limitada as determinações da Universidade, por ser o HU um órgão

suplementar da Instituição e, também, ao que era actualizado com o gestor do SUS.

g) Escolha dos dirigentes do HU/UFSC antes da adesão à EBSERH

Na décima pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSC, antes da adesão à EBSERH, em relação à escolha dos seus dirigentes.

Todos os entrevistados relataram que havia uma eleição para escolha do diretor geral e vice-diretor, e também para diretoria de enfermagem. Para os demais cargos de direção, era feita uma consulta junto aos profissionais ligados à respectiva direção, buscando o consenso em um nome, que era ratificado pelo diretor geral.

“Havia uma prática dentro do HU de ser escolhido o diretor geral através de eleição, para um período de 4 anos. (Entrevistado 1)”.

“Havia esses dois cargos eleitos e os outros cargos eram nomeados. O diretor que assumia, na verdade, tinha um processo de discussão de montagem da equipe. No meu caso, fiz uma conversa com os técnicos administrativos, com os médicos, fomos conversando e buscando uma opinião consensual e daí foi feita a escolha”. (Entrevistado 2).

“Na medicina, embora sempre fosse uma ratificação do nome, sempre acabava saindo por consenso. Meu nome saiu por consenso, sendo indicada por algumas pessoas, e o professor Paraná conversou comigo, eu aceitei e a partir disso ele colocou meu nome no colegiado das chefias da medicina e dentro do corpo clínico e houve uma aceitação, tanto é que não saíram outros candidatos e fui para a eleição como candidata única, mas poderiam ter outros candidatos também. O processo dentro da área médica é relativamente tranquilo, normalmente não tem muito conflito, na direção geral sempre existiu essa liberdade para as candidaturas e isso é um processo democrático e importante”. (Entrevistado 3).

“Há muitos anos que existe eleição no HU para escolha, através do voto, de quem seria o diretor e vice para um período de 4 anos. Também existia eleição para diretoria de enfermagem”.

(Entrevistado 4).

“Para a direção geral e vice, a escolha era feita através do voto dos servidores. Para os demais cargos, havia muita escolha política”. (Entrevistado 5).

“O Diretor geral é escolhido por eleição direta, assim como diretor de enfermagem e diretor clínico. Demais áreas são indicadas a partir de discussão com a diretoria específica”. (Entrevistado 6).

“Eram realizadas eleições a cada 4 anos para escolha do diretor geral, bem como, para diretoria de enfermagem e diretor clínico. Em relação aos demais cargos de chefia, eram feitas através de indicações”. (Entrevistado 7).

“Havia uma eleição democrática para escolha do diretor, onde, após apuração o eleito era referendado pelo reitor. Os servidores da diretoria de enfermagem também escolhiam por voto quem seria o diretor de enfermagem por 4 anos”. (Entrevistado 8).

“O diretor geral e a vice-direção eram escolhidos por eleição direta. O diretor de enfermagem também era por eleição direta. Os demais cargos de direção eram escolhidos e convidados pelo diretor”. (Entrevistado 9).

“O diretor geral e vice eram eleitos, e a diretoria de enfermagem. A diretoria administrativa é indicada pelo diretor geral, e a diretoria de apoio assistencial e diagnóstico ele prevê que seja alguém docente, encaminhado ao CCS para que o centro faça a indicação de um nome”. (Entrevistado 10).

Constata-se, através dos relatos colhidos nas entrevistas realizadas, que havia uma prática dentro do HU/UFSC de serem realizadas eleições para a escolha do diretor geral e vice, de forma geral, bem como, para o cargo de diretor de enfermagem, onde, apenas os servidores ligados a essa diretoria votavam. O candidato vencedor fazia a escolha de quem efetivamente faria parte das demais diretorias e chefias.

h) Quantitativo de leitos fechados ou desativados no HU/UFSC antes da adesão à EBSEH

Na décima primeira pergunta feita, foi solicitado que os entrevistados discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSC, em relação ao quantitativo de leitos fechados ou desativados, antes da adesão à EBSEH.

Os entrevistados 1 e 3 descrevem que havia um quantitativo de 98 leitos desativados e duas clínicas fechadas.

“Os dados mostram que até 2012 ainda conseguimos ampliar algum serviço de alta complexidade, mas depois disso nós praticamente estagnamos, ficamos sobrevivendo sem uma perspectiva de crescimento. Hoje para se ter uma ideia, para não fechar a UTI neo, estamos contratando novamente pela fundação 17 trabalhadores. Iríamos dia 30 de novembro fechar completamente a UTI neo, porque ainda tem auxiliares de enfermagem e não se pode ter, tem que ser no mínimo técnico de enfermagem. Corremos o risco disso, tanto que tivemos todas as dificuldades financeiras, que estamos em atraso com a fundação e a reitoria nos apontou uma parceria no sentido de nos ajudar a pagar o contrato. Esses 17 trabalhadores são para ajudar na emergência, UTI, clínica cirúrgica. Hoje estamos com 98 leitos fechados e duas clínicas fechadas”. (Entrevistado 1).

“Esse número variava um pouco, mas tínhamos em torno de 98 leitos fechados no HU”. (Entrevistado 3).

Para o entrevistado 2, havia uma variação em relação a esse número. Era levada em conta a relação com os servidores afastados para tratamento de saúde e férias. Mas, segundo o entrevistado 2, na média, havia entre 90 a 100 leitos fechados.

“Essa questão variava muito, dependendo do dia você diz um número. Estabelecemos lá que não trabalharíamos com menos de tantos funcionários para atender tantas pessoas. Se em um determinado dia tinha alguém de férias e só havia tantos funcionários para cuidar de uma enfermagem, então fazíamos uma desativação de tantos leitos, e

quando a pessoa voltava de licença, nós reabríamos. Sempre fazíamos um esforço para reabrir o máximo de leitos”. (Entrevistado 2).

Os entrevistados 4, 6, 7 e 8 relatam que variava um pouco, pois, dependia do quantitativo de pessoas afastadas para férias ou tratamento de saúde, mas, em média, o HU tinha 93 leitos fechados.

“Temos, em média, 93 leitos fechados”. (Entrevistado 4).

“O HU, em função da ausência de concurso público encontra-se com 93 leitos fechados, por falta de pessoal ou por obras em andamento”. (Entrevistado 6).

“Chegamos a 93 leitos fechados, devido à falta de profissionais nas mais diversas categorias. (Entrevistado 7)”.

“A falta de política de pessoal por parte Governo Federal fez com que fechássemos 93 leitos, para garantir a segurança de pacientes e servidores”. (Entrevistado 8).

Para os entrevistados 9 e 10, por falta de pessoal, existiam cerca de 100 leitos desativados.

“Atualmente o HU possui cerca de 100 leitos desativados, tendo em vista a falta de pessoal. Espera-se que, com o incremento de pessoal contratado pelo concurso da EBSEH estes leitos possam ser reativados”. (Entrevistado 9).

“Não tínhamos um número preciso, pois, tentávamos ajustar dentro das possibilidades de pessoal, mas girava em torno de 100 leitos desativados”. (Entrevistado 10).

Constata-se pelos relatos colhidos não haver uma informação precisa quanto ao número de leitos fechados no HU/UFSC antes da adesão à EBSEH, porém, em média havia 98 leitos fechados ou desativados, além de duas enfermarias fechadas. É possível afirmar que a falta de pessoal foi o grande responsável por esses fechamentos.

As dificuldades de gerências e de financiamento impostas pela conjuntura atual, bem como, tabelas de retribuição de serviços defasadas em relação aos custos operacionais, agravam a crise dos Hospitais Universi-



tários. A dificuldade de atualização de equipamentos e obras, racionalização de procedimentos e investimentos no treinamento de recursos humanos, em todos os níveis tem se constituído em grande desafio para a atual administração, em especial na área de pessoal.

A implantação progressiva da informática; a melhoria dos sistemas de dispensação de medicamentos com dose individualizada; a racionalização dos processos de distribuição de materiais médicos e de enfermagem por cotas; o estabelecimento de fluxo de licitação anual com entrega parcelada; o novo sistema de controle informatizado do atendimento ao público, no laboratório, raio X, banco de sangue, e serviço ambulatorial e a implantação de controles administrativos na área contábil e financeira, contribuíram para melhorar e equilibrar a relação receita/despesa no HU/UFSC (HU/UFSC).

No que tange à questão de estrutura e funcionamento, está definido pelo estatuto e regimento interno da UFSC e o regimento interno do próprio hospital, que o HU/UFSC é um órgão suplementar da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo como objetivo melhorar o desempenho das atividades de ensino, pesquisa e extensão, de acordo com as formas de administração determinados pelo regimento da reitoria, buscando meios para a efetiva integração docente assistencial (ESTATUTO, 2011).

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

O Conselho Diretor do HU/UFSC, segundo o Art. 9º do estatuto do HU/UFSC, é composto pelos seguintes membros:

Art.9º - O Conselho Diretor do Hospital Universitário é constituído dos seguintes membros: 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; VII - Diretor do Centro de Ciências da Saúde; VIII - Chefes dos Departamentos de Ensino e dos Coordenadores dos cursos de graduação e

pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde que possuam atuação efetiva no Hospital Universitário; IX - 04 (quatro) Servidores do quadro permanente da UFSC, lotados no Hospital Universitário, sendo 1 (um) de cada diretoria setorial; X - Representante do corpo discente; XI - 1 (um) representante dos residentes; XII - 1 (um) representante da comunidade (REGIMENTO, 2010).

Compete ao Conselho Diretor, segundo o Art. 12, do regimento:

Art. 12 - Compete ao Conselho Diretor (CD): I - Promover a integração docente assistencial; regimento interno do HU; II - Apreciar 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 - Apreciar 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; Regimento interno do HU 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 seus membros; IX - Deliberar sobre questões omissas neste regimento, aprovadas “ad referendum” pelo diretor geral. (REGIMENTO, 2010).

A estrutura e o funcionamento do HU/UFSC na assistência atende as normativas do SUS e as legislações do Ministério da Saúde, contando com profissionais de diversas áreas, oferecendo uma grande variedade de serviços e procedimentos.

Ao longo dos anos, a situação do HU/UFSC foi se agravando e, graças às ações desenvolvidas pelos gestores do hospital em parceria com a Universidade, foi possível manter o HU de portas abertas. Entre essas

ações, pode-se citar a questão da contratação de funcionários via fundação de apoio, para substituir os aposentados e afastados para tratamento de saúde, bem como, o fechamento de unidades e bloqueios de leitos hospitalares. Ressalta-se que, a falta de recursos oriundas do Governo Federal para fins de custeio, mesmo com a implantação do REHUF, além de toda dificuldade relacionada à questão de política de pessoal, foi determinante para o posicionamento acerca do que era ofertado a comunidade, bem como nas atividades acadêmicas.

### **4.3.3 A Estrutura e o Funcionamento dos HU's da UFSM e da UFSC, após a adesão à EBSEERH.**

Atendendo o objetivo específico (conhecer a estrutura e o funcionamento do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina após a adesão à EBSEERH), a presente seção foi estruturada da seguinte forma: A estrutura e o funcionamento do HU da UFSM, após a adesão à EBSEERH e a estrutura e o funcionamento do HU da UFSC, após a adesão à EBSEERH.

### **4.3.4 A Estrutura e o Funcionamento do HU da UFSM, após a adesão à EBSEERH.**

Na pesquisa realizada no HU da UFSM após a adesão à EBSEERH, para conhecer a estrutura e o funcionamento do hospital, foram investigados os seguintes fatores: Estrutura física; estrutura tecnológica; estrutura organizacional; relacionamento com o SUS; atendimento à comunidade; política de pessoal; atendimento ao ensino, pesquisa e extensão; tomada de decisão; autonomia; escolha dos dirigentes; quantitativo de leitos fechados ou desativados.

#### **4.3.4.1 Estrutura do HU/UFSM após a adesão à EBSEERH**

##### **a) Estrutura Física do HU/UFSM após a adesão à EBSEERH**

Na décima segunda pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre a estrutura do HU/UFSM, após a adesão à EBSEERH, em relação à estrutura física.

Os entrevistados 1, 4 e 7 discorrem que, com a chegada da EBSEERH, lentamente foi acelerado o processo de liberação dos recursos para recuperação de áreas físicas e construção de novas estruturas.

Relatam ainda que existem muitos projetos em andamento para ampliação de mais unidades hospitalares e administrativas.

“Com a adesão a EBSEERH, e a estruturação melhor dos setores de compras, engenharias, com equipes estruturadas, pois, nós nunca tivemos um engenheiro no hospital, por exemplo, e com a chegada da EBSEERH nós passamos a ter equipe de compras, equipe de engenharias, equipe de licitação. Então, esta autonomia e esta gestão plena pelo hospital dos seus recursos e suas necessidades, favoreceu que se fizessem mais investimentos, mais projetos, para a capacitação de recursos”. (Entrevistado 1).

“Nossa estrutura física ainda continua deficitária. Temos várias obras iniciadas e projetos de aumento de área física aguardando liberação”. (Entrevistado 4).

“A estrutura física está sendo ajustada diante da demanda crescente de atendimentos e do aumento do quadro de pessoal. A central de UTI's, que está em construção, já estava sendo planejada antes mesmo da adesão à EBSEERH”. (Entrevista 7).

Os entrevistados 2 e 5 descrevem que a estrutura física, após a adesão a EBSEERH, não sofreu nenhuma ampliação, apenas melhorias. Está em andamento à construção de uma central de UTI's, iniciada com recursos do Ministério da Saúde através do REHUF. Relatam que a grande mudança foi à ampliação do quantitativo de leitos na área física já existente.

“Hoje nós temos todos os espaços destinados a leitos no projeto original ocupados por leitos. Com a chegada da EBSEERH a grande mudança foi à ampliação do quantitativo de leitos, mas na área física existente” (Entrevistado 2).

“Passado já quase 3 anos de adesão à EBSEERH, ainda não observo melhora significativa na estrutura física do HUSM”. (Entrevistado 5).

Relatam os entrevistados 3 e 8 que, após a adesão à EBSEERH, o hospital passou a planejar sua estrutura física. Comenta que ainda persistem muitos problemas estruturais e de espaço, que estão aos poucos sendo sanados desde o REHUF.

“Com a chegada da EBSEERH, o hospital passou a planejar sua estrutura física. Hoje temos a nossa disposição uma unidade de engenharia clínica, engenheiro civil. Ainda temos alguns problemas estruturais e de espaço físico, que estão aos poucos sendo sanados desde o REHUF”. (Entrevistado 3).

“As construções que têm aqui hoje são antes da EBSEERH, o REHUF, essa grande obra ali atrás da central de UTIs, essa expansão da radioterapia, em recursos do Ministério de Saúde, mas aconteceram acréscimos [...]. [...] Têm uma proposta para construir um prédio administrativo, não sei se eram cinco mil metros quadrados, mas tem. Ai terão condições de fazer uma utilização das áreas meio e deixar as áreas fim. O próprio gabinete da superintendente, são ambientes limitados, que deixam limitação de trabalho, de desenvolver, receber, distribuição, essa é uma realidade ainda, há limitações de estrutura física [...]. (Entrevistado 8).

O entrevistado 6 relata que, embora os recursos não tenham vindo diretamente da EBSEERH, está em fase de execução a central de UTI's que dobrará sua capacidade, e áreas antes ocupadas para atendimentos transformadas em áreas administrativas.

“Agora com a EBSEERH, ainda não surgiram grandes modificações, pois, estamos em fase de conclusão da central de UTIs prevista para este ano, que dobrará sua capacidade de 40 para 82 leitos, oportunizando ampliações, embora este recurso não tenha vindo da EBSEERH. Com a iniciação de atividades administrativas pela EBSEERH, algumas áreas, antes ocupadas para atendimentos a pacientes, tiveram que ser deslocadas para outras unidades e transformadas em áreas administrativas. Ainda não surtiu muitos efeitos na estrutura física a vinda da EBSEERH, salvo a ocupação de todas as áreas possíveis para utilização com leitos. Agora, expansão física ainda não”. (Entrevistado 6).

Constata-se, pelos relatos colhidos, que a estrutura física do HU/UFSM após a adesão à EBSEERH ainda apresenta problemas estruturais e de espaço. Efetivamente, foram ajustadas áreas para acomodar a demanda crescente de atendimento, por conta do aumento do quadro de

pessoal. Ainda existem áreas em construção, mas os recursos vieram através do REHUF. Ressalta-se que, através do primeiro concurso público realizado pela empresa, foram incorporados engenheiros que facilitaram a criação de projetos e a captação de recursos.

#### b) Estrutura tecnológica do HU/UFSM após a adesão à EBSEERH

Na décima terceira pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre a estrutura do HU/UFSM, após a adesão à EBSEERH, em relação à estrutura tecnológica.

Os entrevistados 1, 2, 3 e 7 descrevem que, após a adesão com a EBSEERH, a questão tecnológica avançou por conta de todo recurso hora já definido pelo REHUF, agora gerenciado pela EBSEERH, que possui uma matriz para distribuição desses. Relatam que foram adquiridos leitos automatizados, novos equipamentos, e uma nova estação de geradores.

“Adquirimos um novo tomógrafo, equipamento de ressonância magnética, leitos automatizados, e tantos outros, que contribuem para o bom atendimento aos nossos pacientes”. (Entrevistado 1).

“Tivemos o incremento com a criação da EBSEERH: o próprio REHUF é gerenciado pela EBSEERH. Então todo aquele recurso previsto no projeto de reestruturação, ele vai pra dentro da EBSEERH que tem uma matriz de distribuição desse recurso. E claro que nesse processo do REHUF de 2010 que vem agregando e incorporando tecnologias, mudanças de todos os leitos para leitos automatizados, essas coisas todas, temos permanentemente a liberação de recursos para novos equipamentos. Por exemplo: uma estação de geradores, também é um recurso que vem via EBSEERH/REHUF. Enfim a EBSEERH é a gestora do recurso REHUF”. (Entrevistado 2).

“Nós temos hoje equipamentos comprados pela EBSEERH na faixa de 6 a 7 milhões. Isso faz uma diferença enorme porque o equipamento médico hospitalar tem uma característica em um hospital como esse nosso aqui, ele tem uma vida útil curta, por ter uma circulação muito grande de profissionais que mexem nos equipamentos, além dos alunos. Isso faz com que os equipamentos tenham uma

vida útil um pouco menor do que o normal. A EB-SERH está proporcionando que o HU consiga repor esses equipamentos com certa periodicidade, e isso tem favorecido bastante”. (Entrevistado 3).

“Houve a aquisição de novos equipamentos com foco na ampliação dos atendimentos e também foi implementado o AGHU. Com o ingresso dos novos funcionários, houve melhoria na estrutura de TI. Também foram contratados engenheiro clínico, mecânico, civil e eletricitista, o que antes não havia no HU”. (Entrevistado 7).

Os entrevistados 4, 5 e 6 descrevem que ainda apresenta muita dificuldade, mas, avançou em relação à instalação de programas de gestão da informação, prontuário online, sistema organizado de consultas e retornos, além de novos equipamentos médicos e novas tecnologias de gestão que proporcionaram um grande avanço em relação ao ofertado a comunidade.

“Continua com dificuldades, mas houve melhora com a instalação de programas de gestão da informação, prontuário online, organização de consultas e retornos, consultas e exames informatizados. Penso que nesse ponto avançou um pouco”. (Entrevistado 4).

“Nesse período em que já estamos funcionando tendo a EB-SERH como gestora do HU, muitos equipamentos médicos foram incorporados, bem como, novas tecnologias de gestão”.(Entrevistado 5).

“Estamos recebendo alguns equipamentos por conta de planos de trabalho apresentados à sede, que resultaram em na melhoria do parque tecnológico do HUSM. Neste ano estamos preparando vários registros de preços para buscar estes recursos que resultará na melhoria tecnológica”. (Entrevistado 6).

O entrevistado 8 destaca que houve a expansão da radioterapia, com recursos oriundos do MEC, que proporcionou um acréscimo significativo de exames realizados.

“Houve a expansão da radioterapia, com recursos do Ministério de Saúde. Mas aconteceram acréscimos, é inevitável, é só entrar nas páginas, aparece o quanto de orçamentos vem para comprar equipamentos”. (Entrevistado 8).

Observa-se pelas falas dos entrevistados que, foram adquiridos equipamentos tecnológicos, como um tomógrafo, uma ressonância magnética, camas automatizadas e uma nova central de geradores. Constatase que as aquisições ocorreram com orçamentos oriundos do REHUF e não por conta da chegada da empresa. Ressalta-se também que foram ampliados os sistemas de T.I., como prontuário online, e a implantação do AGHU.

### c) Estrutura organizacional do HU/UFSM após a adesão à EBSERH

Na décima quarta pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre a estrutural do HU/UFSM, após a adesão à EBSERH, em relação à estrutura organizacional.

Para os entrevistados 1, 2, 5 e 6 talvez essa seja uma das mudanças mais importantes feitas com a adesão à EBSERH. As mudanças ocorridas foram de grande impacto, apesar de ser um organograma montado pelo Ministério, de acordo com o perfil do hospital, ou seja, pequeno, médio e grande porte. Relatam que o HU/UFSM foi enquadrado como sendo de médio porte. O organograma possui superintendência, gerências, chefes de divisão, chefes de setores e chefes de unidade. No entendimento do entrevistado, a estrutura ainda continua verticalizada. Essa estrutura organizacional, tem bem definido duas grandes áreas que, por força de lei, tem a prerrogativa de serem os responsáveis técnicos: São os chefes da divisão médica e o chefe da divisão da enfermagem. Estes dois respondem pela prática do seu núcleo profissional em todo o hospital.

“As funções estão muito bem descritas e as responsabilidades também, então o superintendente tem tais atribuições, o gerente de ensino e pesquisa tem tais atribuições e que incluem, inclusive, a gestão das pessoas que estão sobre sua gestão, subordinadas a ela. Por exemplo, as pessoas que estão na minha secretaria estão sobre minha gestão, se eu tiver que responder um processo trabalhista por conta delas; a chefia de enfermagem, por exemplo, determinado setor é responsável pela organização daquele setor, pela produção, pelas metas e pelas pessoas,



onde estão incluídas a assiduidade, os afastamentos, ficou muito melhor nesse aspecto. A remuneração dessas funções ficou melhor, antes ela era simbólica praticamente e, oportunizou a maior distribuição das responsabilidades”. (Entrevistado 1).

“Uma estrutura que continua, a meu ver, um tanto ainda verticalizada, mas enfim, no nosso entendimento, essa questão do chefe de setor, do setor intermediário, vê que não deveria fazer parte desse organograma, mas enfim. Ta posta, uma estrutura que nós recebemos pronta, é bom dizer que nós recebemos essa estrutura pronta, o organograma montado pelo ministério que baixou para os hospitais de acordo com seu perfil, médio, pequeno e grande porte”. (Entrevistado 2).

“Com o novo organograma proposto pela empresa, tivemos uma melhora significativa, com recomposição do quadro e reestruturação do organograma do hospital, porém ainda com dificuldades em algumas áreas não contempladas”. (Entrevistado 5).

“A grande mudança ocorreu na estrutura organizacional onde hierarquizou e organizou os cargos de chefias necessários para gerenciar esta grande estrutura. Atualmente temos possibilidades de oferecer condições aos chefes de serem remunerados condizentemente, responsabilizados, exigindo suas entregas. Algumas adaptações de cargos não contemplados, levamos tempo para convencer a sede e ao planejamento sobre necessidade de mudanças ou de criação de novos cargos para adaptar as necessidades do hospital, como por exemplo, termos uma unidade de faturamento hospitalar sem chefia”. (Entrevistado 6).

Para o entrevistado 3 o HU recebeu um novo organograma. Para ele, a principal mudança ocorreu em relação aos valores pagos em gratificações.

“Com o advento da EBSEH, foi feito um novo organograma, mas, principalmente, ela remunerou melhor as funções. De um modo geral, a gente consegue pessoas que se predispõe a assumir cargos

por conta de uma remuneração melhor”.  
(Entrevistado 3).

O entrevistado 4 discorre que considera o novo modelo verticalizado, burocratizado e engessado, com chefias sem autonomia, apenas repassando ordens superiores.

“Estrutura organizacional verticalizada, burocratizada e engessada. Chefias sem autonomia e regradas a ordens superiores. Pouca flexibilidade, e com isso a resolutividade de questões rotineiras fica comprometida. A enfermagem ficou sem visibilidade, não tem autonomia, apenas repassa ordens superiores. Primeiro que é difícil de conseguir agenda para conversar e até chegar na responsável pela enfermagem, tem que passar por 2 ou 3 pessoas para agendar. Perdemos as chefias responsáveis pelo setor e ficamos sem referencia”.  
(Entrevistado 4).

Para o entrevistado 7, foram criados novos setores, divisões e unidades que antes não faziam parte do HU.

“Houve a criação de novas divisões, setores e unidades dentro da estrutura organizacional. Foram criados, especialmente, o setor de orçamento e finanças, o setor de administração e a divisão de gestão de pessoas, cujas funções antes eram realizadas pela reitoria”. (Entrevistado 7).

O entrevistado 8 discorre que houve melhorias estruturais em relação aos controles existentes, reforçando as linhas de defesa.

“Na verdade, os controles existem, mas não existe uma ruptura de controle dentro da organização. Eles fazem uma confusão entre o que é controle interno, auditoria. Então estamos fazendo um trabalho de disseminar essa cultura, conversar com os gestores, da necessidade, você tem que implementar seu sistema de controle, reforçar as linhas de defesa, porque a auditoria trabalha na terceira linha de defesa, você tem uma primeira e segunda linha de defesa”. (Entrevistado 8).

Percebe-se que, seguindo o que preconiza o estatuto da EBSERH, no novo modelo, o diretor geral foi substituído pelo superintendente, que é indicado pelo reitor da UFSM. Os diretores foram substituídos por

gerentes, escolhidos por análise de currículo e sabatinados pela direção da EBSEERH. Foram indicados 03 nomes para cada função de gerente, e a empresa fez a seleção. Os demais cargos gratificados foram escolhidos pelos gerentes, através de análise curricular também. Ressalta-se ainda que houve aumentos significativos nos valores pagos às funções gratificadas de superintendente e gerentes, em torno de 600%.

#### 4.3.4.2 Funcionamento do HU/UFSM após a adesão à EBSEERH

##### a) Relacionamento do HU/UFSM com o SUS após a adesão à EBSEERH

Na décima quinta pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSM, após a adesão à EBSEERH, em relação ao relacionamento com o SUS.

Os entrevistados 1 e 2 descrevem que, por força da lei da EBSEERH, todos os 45 Hospitais Universitários Federais obrigatoriamente deverão ser 100% SUS. Relatam que realizaram reuniões com prefeitos, secretários municipais da região buscando informações sobre as necessidades de especialistas para suprir a demanda. Após esse levantamento, a EBSEERH proporcionou através de concurso, a contratação de novos profissionais. Com a chegada desses profissionais, foi possível ampliar a oferta via SUS à população, bem como, a abertura de novos programas de residência médica. Em internação hospitalar, houve um aumento de novecentas/mil consultas/mês, para algo próximo a mil trezentos e cinquenta/mês, além do aumento de 50% em relação aos exames diagnósticos ofertados através do SUS.

“Buscamos as principais demandas a serem atendidas e nos comprometemos publicamente a concursar especialistas para todas aquelas áreas, e hoje, nós aumentamos as consultas especializadas em quase 80%. Isso trouxe um grande salto para o Sistema Único de Saúde, porque em muitas especialidades esperar 30 dias pela UNIMED, eu espero 30 dias pelo SUS ou até menos. Nós sabíamos que precisávamos de uma solução para os hospitais, o ideal ou algo próximo disso. A EBSEERH ainda tem muitas falhas, e estamos ajudando a corrigi-las. Ela é uma empresa jovem e em construção”. (Entrevistado 1).

“Houve um acréscimo de oferta de consulta. A primeira consulta, nós passamos de quase

novecentas para quase quatro mil primeiras consultas, e em consultas no geral, passamos de nove mil para quase dezessete mil, e a nossa meta é chegar perto de quase vinte um mil”. (Entrevistado 2).

Os entrevistados 3, 4, 5, 6, 7 e 8 descrevem que, após a adesão à EBSEERH, o relacionamento com o SUS continuou muito bom, pois o gestor sempre viu o HU como sendo importante para o cenário de saúde da região. Relatam que o contrato de metas foi renovado e os agendamentos de consulta passaram a ser feito nos postos de saúde. Acrescentam que a EBSEERH foi mais um ente nessa composição de contrato.

“Esse entendimento se da muito porque o nosso hospital é o único que tem um pronto-socorro de toda a região centro do estado pelo Sistema Único de Saúde. Então nós temos aqui uma estrutura hospitalar que atende todos os municípios da nossa região. Nós somos referência para o SAMU; nós temos alta complexidade em gestação de alto risco; fizemos transplante renal e de medula; temos uma unidade de atendimento à oncologia com radioterapia, com clínico. Então, na realidade, o hospital tem uma importância muito grande com o sistema”. (Entrevistado 3).

“Por enquanto, o Hospital Universitário continua 100% SUS, mantendo a contratualização juntos ao gestor estadual e municipal”. (Entrevistado 4).

“Após a adesão à EBSEERH, o HUSM continua atendendo 100% pelo SUS, e os processos de contratualização realizados pelo gestor estadual e municipal”. (Entrevistado 5).

“A nova contratualização do HUSM ainda não foi assinada por conta desta grande diferença. Exemplificando: para entender, a contratualização atual está em torno de R\$4.600,000; O gestor estadual oferece, a muito custo, R\$5.400.000,00 e o HUSM necessita no mínimo de R\$6.700.000,00, sem contar que são necessárias complementações do REHUF e de verbas da EBSEERH para dar cobertura às necessidades do HUSM”. (Entrevistado 6).

“O atendimento permanece sendo 100% gratuito e via contrato com a Secretaria Estadual de Saúde”. (Entrevistado 7).

“A adesão a EBSEH não mudou nossa relação com o SUS. Continuamos 100% público e gratuito”. (Entrevistado 8).

Constata-se, pelos depoimentos colhidos nas entrevistas realizadas que o HU/UFSM, após a adesão à EBSEH, continua ofertando seus serviços à comunidade 100% público e gratuito, mantendo às contratualizações com o gestor SUS estadual.

#### b) Atendimento a comunidade no HU/UFSM após a adesão à EBSEH

Na décima sexta pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSM, após a adesão à EBSEH, em relação ao atendimento à comunidade.

Todos os entrevistados relatam que, com a adesão à EBSEH, a comunidade passou a ter à sua disposição mais ofertas de especialidades, consultas, exames e internações. Isso foi possível devido à atuação do TCU, que já havia intimado o Governo Federal a resolver a questão de pessoal, problema enfrentado por todos os hospitais universitários federais.

“A segurança do paciente, políticas ou programas que a própria empresa trouxe como um dos condicionantes para que o hospital se desenvolvesse, recebesse recurso. Então assim, hoje nós temos muitas boas práticas para facilitar a vida do paciente, o ambulatório, com horário, por exemplo, antes chegava todo mundo de manhã para esperar a manhã inteira, agora não, tem agenda as 7h, depois credenciamento as 9h, depois as 11h. Isso trouxe um conforto para o paciente. Integramos o sistema de consultas com o sistema de marcação de exames, então ele marca seus exames, e já marca o seu retorno depois que os exames estiverem prontos, e se os exames derem normais, nós já temos um projeto de consulta telefônica[...]”. (Entrevistado 1).

“As Universidades tiveram em 2010, a definição do seu quadro de referência, onde o TCU já tinha autuado o governo para apresentar uma solução, acredito que em 2006 se não me engano, vindo após

a medida provisória 510 do presidente Lula no ano de 2010, que não deu em nada, e em 2011 foi criado a lei da EBSEERH que resolveu a questão do problema com o pessoal, que é a grande discussão nacional dentro do serviço público”. (Entrevistado 2).

“Hoje temos 18.000, 19.000, 20.000 mil consultas por mês e em torno de 1.000 internações. Nós aumentamos 65% às consultas, 35% às internações. Um acréscimo muito bom. Se hoje você me perguntasse qual foi o maior ganho com a EBSEERH para a comunidade, foi o aumento da oferta de serviços”. (Entrevistado 3).

“Foram reestruturados alguns espaços que buscam melhorar o atendimento a comunidade, como a instalação de ventiladores e ar condicionados em espaços de sala de espera, para conforto das pessoas”. (Entrevistado 4).

“Para a comunidade houve um acréscimo na oferta de consultas e exames, e também o aumento no quantitativo de leitos para internações”. (Entrevistado 5).

“Creio que a EBSEERH veio para resolver o principal problema do HUSM que é a reposição de pessoal em áreas críticas. Muitas coisas melhoraram no HU. Este segmento no momento é o mais favorecido. Com a injeção de aproximadamente 800 funcionários da EBSEERH, o HUSM aumentou sua oferta de atendimento ambulatorial, número de internações, número de cirurgias. A população continua sendo bem assistida e teve melhorias em relação ao atendimento”.(Entrevistado 6).

“O relacionamento com a comunidade permanece 100% gratuito e recebeu ampliação de atendimentos, com aumento de leitos e especialidades, devido ao ingresso de profissionais das mais diversas áreas”. (Entrevistado 7).

“A comunidade usuária do hospital se beneficiou com o que passou a ser ofertado após a adesão, com relação direta a chegada dos contratados via o concurso”. (Entrevistado 8).

É possível afirmar que, após a adesão à EBSEERH, sendo realizado concurso público para o preenchimento das vagas dimensionadas, bem como, com a inclusão de novos especialistas médicos, passou a serem ofertadas mais consultas (aumento de 65%), exames, internações (aumento de 35%), proporcionando uma melhora significativa nas ofertas à comunidade,

### c) Política de pessoal no HU/UFSM após a adesão à EBSEERH

Na décima sétima pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSM, após a adesão à EBSEERH, em relação política de pessoal.

O entrevistado 1 relata que o quadro de profissionais foi ampliado através de concurso público, e que as necessidades do HU foram supridas de imediato. Descreve que foram zeradas as contratações via fundações.

“A primeira coisa que nós fizemos foi demitir todos da fundação, começamos a receber pessoal em outubro, havia uma tentativa de prolongar essa história da fundação demitindo aos poucos, não, para algumas situações é melhor um fim terrível do que um terror sem fim. Demitir todos ao longo dos próximos três meses. Nós tínhamos fundo de reserva para demitir essas pessoas e os que chegaram foram assumindo a posição dos que estavam saindo das posições e aí sim fizemos política de pessoal”. (Entrevistado 1).

Discorrem ainda os entrevistados 1, 2 e 5 que, já foram incorporados 700 profissionais através de concurso realizado pela EBSEERH, mas que ainda precisam de alguns especialistas médicos, como anesthesiologistas por exemplo, e que está sendo um pouco mais lenta agora essa contratação. Essas contratações possibilitaram a demissão dos servidores contratados via fundações, o que trouxe um grande alívio na parte orçamentária.

“A fundação já é fato consumado e o hoje o que vem para o nosso custeio é para o nosso custeio mesmo, então hoje tenho um quadro funcional em torno de 1.800 pessoas, eram 1.100 quando nós aderimos a EBSEERH, você pode imaginar o que isso significou”. (Entrevistado 1).

“A adesão do HU/UFSM à EBSEERH conseguiu resolver, principalmente, a questão de pessoal, já

que as demais necessidades já vinham sendo, de forma gradativa, supridas pelo REHUF”. (Entrevistado 2).

“A EBSEERH realizou um dimensionamento de pessoal necessário para o HUSM, e, após, foi realizado concurso público para as mais diversas profissões, que mudaram totalmente a nossa situação de pessoal, que era a mais grave dentro do hospital”. (Entrevistado 5).

Descreve o entrevistado 3 que o quadro foi redimensionado através de cálculo feito pelo Ministério do Planejamento, e através de concurso público, foram contratados 827 funcionários para suprir a carência do HU. Todos os servidores contratados via fundação foram demitidos.

“Tínhamos um numero de 150 funcionários RJU em cargos em extinção, e estes não serão repostos pela EBSEERH, porque eles também não fazem parte do quadro de pessoal. Não é questão de organograma, é questão de função, e o governo determinou, que a partir de determinado ponto, ele iria terceirizar. Então este quadro, conforme as pessoas vão se aposentando, nós vamos contratando via terceirização. A gente foi demitindo na fundação, em um ano e meio eliminamos todo o quadro. Se descontar os 140 que tínhamos na fundação, nós tivemos um acréscimo de praticamente 700 pessoas”. (Entrevistado 3).

Os entrevistados 4 e 8 relatam que existem muitos conflitos entre os profissionais por causa do regime de trabalho diferente, o que dificulta o desenvolvimento das atividades assistenciais, causando desconforto entre os profissionais.

“Como existem 2 regimes de trabalho diferentes, observa-se conflitos entre os profissionais, dificultando o desenvolvimento das atividades de assistência, causando desconforto e estresse psicológico para os trabalhadores de saúde. Houve piora das relações de trabalho em alguns setores do hospital. Trabalhadores da EBSEERH demonstram descontentamento pois, não houve avanços no plano de carreira, cargos e salários. Não há incentivo a pós-graduação, e tem muita dificuldade



e burocracia para liberação da carga horária”. (Entrevistado 4).

“Os problemas de pessoal foram resolvidos com a chegada dos novos contratados. O que existe visível hoje no hospital são conflitos por conta das diferenças de regime de trabalho existentes, onde, você vê um profissional na escala, coloca um cara CLT no final de semana, com horários menos nobres, Notamos esses conflitos de interesse ainda, mas tenho convicção que a EBSEH é uma experiência muito positiva”. (Entrevistado 8).

Relata o entrevistado 6 que o maior problema encontrado está na falta de um plano de cargos e salários, proporcionando maior equilíbrio dentro da instituição, bem como, a falta de incentivo a qualificação que os novos servidores ainda não possuem.

“Com relação às políticas de pessoal o maior problema a falta de um plano de cargos e salários. Os cargos de nível superior são mais equilibrados com os da UFSM e com os do mercado, proporcionando maior segurança de permanência destes profissionais no HUSM. Porém, nos cargos técnicos e de apoio à defasagem é maior ocorrendo a saída dos candidatos para assumirem outros cargos, dentro da própria Universidade que remunera melhor. Sem levar em consideração os incentivos a qualificação que ainda não temos. É vital e urgente a organização do quadro de pessoal desta gigantesca empresa”. (Entrevistado 6).

Para o entrevistado 7, ocorreram mudanças em relação à política de pessoal no HU/UFSM após a adesão à EBSEH. Foram contratados profissionais pela CLT, e as funções gratificadas foram mais valorizadas.

“Os profissionais contratados pela EBSEH seguem o regime jurídico celetista, e ainda temos funcionários da Universidade em atividade no HU. As funções gratificadas estão mais valorizadas, com gratificações mais condizentes com a responsabilidade”. (Entrevistado 7).

Através da análise das falas dos entrevistados, esse era um dos maiores problemas enfrentados pelo hospital. Foi realizado concurso público e, de imediato, foram efetivados 827 funcionários nas mais

diversas profissões. Por conta disso, foram rescindidos todos os contratos via fundações, substituídos pelos novos. Fica evidente que, por conta dos diferentes regimes de trabalho existentes (RJU e CLT), bem como, jornadas de trabalho diferentes, ocorrem discussões entre os profissionais, causando problemas internos. Observa-se também a necessidade de haver regulamentações em torno de qualificações e progressões para os novos funcionários contratados via CLT.

d) Atendimento ao ensino, pesquisa e extensão no HU/UFSM após a adesão à EBSEH

Na décima oitava pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSM, após a adesão à EBSEH, em relação ao atendimento ao ensino, pesquisa e extensão.

O entrevistado 1 discorre que, no novo modelo, o HU foi contemplado com uma gerente específica nessa área. Essa gerência tem toda uma estrutura montada para dar suporte ao ensino e pesquisa.

“Temos um gerente de ensino e pesquisa, que tem assessoria, coordenação no setor de ensino, coordenador chefe do setor de pesquisa e da unidade de pesquisa clínica, e isso foi um avanço muito grande, porque a partir daí nós começamos a falar que dá para fazer um time entre os hospitais. O gerente de ensino e pesquisa tem encontros frequentes, ou por vídeo conferências, ou encontros presenciais, sobre as diretrizes do ensino, como incentivar pesquisa dentro dos Hospitais Universitários. Por exemplo, nós temos o chamado PROENC que é um programa de iniciação científica custeado pelo hospital. Nós temos quarenta e poucos grupos de pesquisa capacitados no hospital, e todo ano, temos que definir quanto de dinheiro vai para esse projeto ano que vem. Digamos ano passado coloquei 180.000, vamos ver se dá para colocar 200.000, destes vão ser contemplados 30 grupos de pesquisa, vai ter que dar uns 8.000, 10.000 para cada grupo de pesquisa, e o grupo de pesquisa contemplado, ele obrigatoriamente tem que ter um ou dois bolsistas de iniciação científica, para ter uma multiplicação e apresentar produtos de pesquisa de publicações, e custa barato. Um investimento pequeno, que contempla aquelas pessoas que não estão

vinculadas aos centros de ensino, e aos gabinetes de projeto e não podem competir com ninguém”.(Entrevistado 1).

Descreve o entrevistado 2 que não viu muita mudança em relação ao ensino, pesquisa e extensão, após a chegada da EBSERH. Embora haja um discurso da academia que a EBSERH fechou as portas para o ensino, pesquisa e extensão, relata que ela trouxe para dentro dos Hospitais Universitários, uma nova modalidade de gerenciar essas instituições.

“O funcionamento passou a ser por agendamento, divididos por outros professores, especialidades e procedimentos. Era uma estrutura muito cara e muito mal utilizada ao longo da história”. (Entrevistado 2).

Relata ainda que os atendimentos realizados pelas mais diversas especialidades, vem da fila do SUS, com dia, hora e número de pacientes determinados.

“Tenho muito claro que durante muitos anos a estrutura era montada para atender interesse de quem trabalha, amigo de quem trabalha, de parentes de quem trabalha e nunca foi um hospital comunitário. Era o atendimento do consultório do professor fulano, onde de manhã aqui é professor e a tarde ta fazendo outras atividades, gerando uma perversidade do consumo de dinheiro publico, em beneficio próprio, sem resposta para a sociedade. Alguma coisa precisava ser feita, e a EBSERH proporcionou isso, trabalhando a questão da ética, da moral, da idoneidade do servidor publico”. (Entrevistado 2).

Para o entrevistado 3, os HU's deixaram de ser assistencialistas puramente, e passaram a ser referência em atendimento. Relata que, com a chegada de novos profissionais médicos em especialidades que antes não eram disponibilizadas, houve também um forte acréscimo ao ensino. A gerência específica também para o ensino e pesquisa ampliou as questões orçamentárias, descreve o entrevistado 3.

“Os HU's passaram a ser centros de referência em atendimento, e o ensino acaba chacoalhando nesse processo, porque também não tenho o bom ensino se não tiver volume. O meu aluno vai sair melhor se ele ver mais casos e situações. Então com esse

acréscimo na estrutura do hospital, aumento no número de atendimento, no número de profissionais, o ensino acabou ganhando junto, porque hoje tenho mais preceptores, mais pacientes”. (Entrevistado 3).

Os entrevistados 4 e 5 relatam que, com a inclusão no organograma de uma gerência específica para cuidar desta área, houve uma melhora significativa em relação à organização das atividades de ensino, de pesquisa, além da abertura de financiamentos.

“Temos hoje uma maior organização das atividades de ensino, com a organização de grupos de pesquisa, e abertura de financiamentos”. (Entrevistado 4).

“Para nós, com a gerência de ensino, pesquisa e extensão incorporada ao organograma da empresa, houve melhoria significativa na estrutura organizacional, possibilitando a organização de setores e unidades para a gestão do ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica no âmbito do HUSM, além da abertura de financiamentos”. (Entrevistado 5).

O entrevistado 6 relata que mesmo com a nova estrutura, ainda tem muito a desenvolver, principalmente em relação às condições físicas necessárias para atender a demanda de ensino. Descreve ainda que, em relação à pesquisa, ainda falta incentivos aos profissionais pesquisadores, tanto por parte da EBSEH como por falta de parcerias com a iniciativa privada.

“Temos muito a desenvolver. A estrutura hospitalar não propicia áreas físicas suficientes para os acadêmicos e preceptores realizarem condignamente suas atividades acadêmicas. Faltam salas de aula, sala de reunião clínicas, salas de discussões de casos, locais para professores e alunos contíguo aos leitos, e não junto com o paciente em leito. A área de pesquisa ainda é insipiente, necessitando de incentivos aos profissionais tanto da por parte da EBSEH como por falta de parcerias com empresas privadas”. (Entrevistado 6).

Para o entrevistado 7, foram inseridos os novos servidores

contratados com foco no apoio instrutivo aos alunos e residentes.

“O ensino, pesquisa e extensão continuam sendo atendidos dentro do HU. Os novos funcionários contratados pela EBSEH estão inseridos no programa de ensino, pesquisa e extensão, auxiliando nas instruções aos alunos e residentes”. (Entrevistado 7).

O entrevistado 8 relata desconhecer a questão funcional dessa área, preferindo não se manifestar a respeito.

Constata-se, através das falas dos entrevistados, que ocorreu uma mudança estrutural no HU/UFSM, após a adesão à EBSEH, nas atividades ligadas ao ensino e pesquisa. Observa-se haver sido designado no organograma, uma gerência própria para essa área, o que proporcionou maior controle das pesquisas realizadas, e maior integração entre os setores, proporcionando bons retornos para o HU.

#### e) Tomada de decisão no HU/UFSM após a adesão à EBSEH

Na décima nona pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSM, após a adesão à EBSEH, em relação à tomada de decisão.

Os entrevistados 1, 2, 3 e 7 descrevem que não o que mudou foi à subordinação que agora é com o presidente da empresa. Ainda mantêm um certo vínculo de dependência com a reitoria, e para as decisões que impactam no dia-a-dia, são realizadas por um colegiado formado pelo superintendente e pelos gerentes, que tem suas reuniões frequentes e toma as decisões macro políticas institucionais. Hoje quem assina juntamente com o hospital é a direção da EBSEH.

“Não sofremos intervenções nas decisões, porque também não aceitamos. No geral a gente não precisa nem se impor. Claro, a não ser que haja problemas econômicos, orçamentários enfim, que haja um problema muito grande, principalmente quando a decisão vem de comum acordo com a academia e de comum acordo com o gestor”. (Entrevistado 1).

“A direção da EBSEH, nos dois primeiros anos tinha uma rotina bem presente. Por conta de mudanças estruturais, buscou uma política de estar mais presente. E esse é o tipo de relação que nós temos hoje”. (Entrevistado 2).

“Precisamos estar muito ligados à academia, porque vamos ter um atendimento muito melhor a população. Se conseguirmos fazer com que essa vinculação Universidade e Hospital seja cada vez maior, e na realidade, nós tínhamos um receio quanto a EBSEH, que o hospital fosse virar puramente assistencial e isso não aconteceu. Nós conseguimos por essa vinculação e tomadas de decisões sempre alinhada com a reitoria, até porque a superintendência dos hospitais mesmo filiadas pela EBSEH, é uma indicação do reitor. Então precisamos estar alinhados nesse processo para que não aconteça desvirtuamento”. (Entrevistado 3).

“O HU é gerido pela EBSEH, portanto, muitas de suas decisões são obtidas com base no entendimento pré-fixado pela sede da EBSEH. Algumas decisões são tomadas com base na prática já aplicada no HU”. (Entrevistado 7).

Os entrevistados 4 e 8 relatam que estão muito atreladas a EBSEH em Brasília, necessitando do aval superior para qualquer decisão.

“Hoje temos uma tomada de decisão atrelada a EBSEH, em Brasília. Sempre precisa do aval superior para qualquer decisão. Ninguém decide, e apenas mostram e divulgam as normas e diretrizes que vieram da EBSEH. Dizem: “a partir de hoje é assim” e determinam um prazo para se adequar”. (Entrevistado 4).

“Ainda sentimos um pouco de dificuldade em relação às decisões a serem tomadas, por conta da centralização bem perceptível na sede em Brasília daquilo que precisa ser realizado”. (Entrevistado 8).

Descreve o entrevistado 5 que ainda não percebe avanços nessa área que proporcionem agilidade nas decisões tomadas dentro do HUSM.

“No que tange as questões de decisão tomadas dentro do HUSM, ainda não percebo avanços significativos nessa área que proporcionem agilidade nas ações a serem tomadas”. (Entrevistado 5).

O entrevistado 6 relata que a centralização das ações na sede tornou todo o processo bastante moroso, trazendo muitos problemas na área

financeira, principalmente em relação ao pagamento das empresas que normalmente atrasa. Descreve ainda que, para atender as necessidades das unidades, foram criados sistemas paralelos para tomada de decisões.

“Muitas dificuldades por parte dos gestores, muitas dúvidas concorrem neste processo, pois, existem muitas variáveis que interferem neste processo de difíceis decisões. Por exemplo, a informatização dos sistemas administrativos. O AGHU que a EBSEERH está implementando, é vagaroso e pouco resolutivo. Recém estão implementando os módulos ambulatorial e de internação. Os módulos de farmácia, almoxarifado de gestão integrada, não tem perspectiva a curto prazo. Estamos criando sistemas paralelos, como ilhas, para atenderem as necessidades das unidades e dos demandantes. O almoxarifado geral criou seu sistema de controle. Farmácia e medicamentos, ainda sem sistema, está se associando ao do almoxarifado para melhorar suas decisões e controles. E assim por diante. Então, com relação a tomada de decisões neste nível, estamos marcando passo por longo tempo sem perspectiva de solução[...]. [...] Na tomada de decisão orçamentária financeira, podemos dizer que piorou com a era EBSEERH por que antes recebíamos liberações orçamentárias em maior volume, e com antecipações do Fundo Nacional de Saúde, que permitiam maior flexibilidade nas decisões de comprometimento de recursos. O Orçamento financeiro, também vinha atrelado ao valor orçamentário dando continuidade ao processo de pagamento, e dando credibilidade junto aos fornecedores. Atualmente, os recursos vêm parcelado, por mês, e o financeiro após apropriação da nota fiscal e a liberação feita pela SEDE, atrasando o pagamento acima dos 90 dias e chegando a 150 dias de atraso. Isso está impactando em várias decisões. A Primeira delas, a empresa não quer mais entregar enquanto não pagarmos as notas fiscais atrasadas; as empresas começam a ameaçar denunciar o contrato de fornecimento; as empresas estão relutando a cotarem seus preços na incerteza de receberem em dia e deixam de concorrer; as empresas majoram seus preços para garantir a defasagem dos pagamentos. Portanto, por motivos

de falta de recursos nos cofres nacional e da EBSEERH, à gestão dos orçamentos está péssima e precisa mudar com urgência, pois, nosso custo hospitalar está se elevando por falta destas decisões[...]. [...] Com relação às decisões de gestão administrativa, dependemos muito das decisões centralizadas da sede. Às vezes causa morosidade no hospital. A hierarquização e a valorização dos cargos ainda não surtiram efeitos esperados em muitos locais por falta de conhecimento de gestão, por falta de pessoal com perfil de gestão, por falta de gestão dos gestores em ação. Ainda continuamos um hospital público, gerido por agentes públicos despreparados para isso. Temos que profissionalizar todos e dar este sentido mais empresarial à instituição. É uma mudança de cultura lenta e conquistada [...]”. (Entrevistado 6).

Percebe-se, nas entrevistas realizadas, que não houve consenso nas respostas fornecidas sobre a tomada de decisão no HU/UFSM. Parte dos entrevistados informa que não há intervenções por parte da empresa nas decisões do HU; outros disseram que todas as ações precisam do aval da empresa, e isso torna todo o processo muito moroso; para outros, as decisões ainda continuam atreladas a universidade. Diante disso, é possível afirmar que existem fragmentações entre as decisões tomadas no HU.

#### f) Autonomia no HU/UFSM após a adesão à EBSEERH

Na vigésima pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSM, após a adesão à EBSEERH, em relação à autonomia.

Os entrevistados 1 e 2 discorrem que mudou a questão estrutural, legal e institucional, pois agora precisa ser seguida a regulamentação de uma empresa, mas que não se viu muita diferença em relação a autonomia do HU.

“É um pouco diferente de uma empresa, mas conhecendo as diferenças entre as duas instancias, a autonomia ela se equipara, claro desde que respeitadas às diferenças estruturais, legais, institucionais”. (Entrevistado 1).

“Hoje a questão é recursos, planejamento e também vai para discussão junto a EBSEERH por



causa disso não vejo muita mudança”. (Entrevistado 2).

Discorre ainda que, como os recursos que vem para gerenciamento é todo definido no HU, as licitações são feitas no HU, e o que a EBSERH faz, é grandes processos, buscando saber se o HU quer ou não entrar nesses processos licitatórios em nível de Brasil. Hoje, relata o entrevistado 2, sente que existe mais controle em relação as práticas internas no HU.

“Nós temos, por exemplo, a contratualização, contrato de metas que eu chego para a especialidade tal e digo “o ano de vocês precisa ser feito vinte mil consultas” e nós temos que programar essas vinte mil consultas com o gestor. Nós vamos distribuir divididos por doze ou nós vamos ter alguns meses por causa de férias ou outras atividades que tenham menos. Isso é talvez o que as pessoas ainda não estejam habituadas no seu dia a dia. Ou seja, que ele não está aqui sem saber a que veio”. (Entrevistado 2).

Descreve o entrevistado 3 que hoje existe muito mais autonomia nos processos de compras de materiais e serviços. Toda a parte de empenho está dentro do próprio HU, o que proporcionou muito mais agilidade em relação às necessidades do hospital. Relata ainda, que essa autonomia que existe hoje, também contempla até mesmo a questão de pessoal. A reposição de um servidor que se aposenta, por exemplo, ela é imediata.

“Hoje o nosso processo de compras é autônomo dentro do próprio hospital. Se o hospital tem uma urgência, ele mesmo gerencia essa urgência. Com relação ao pessoal, nós temos autonomia para reposição. Hoje se aposenta um funcionário ou pede demissão, a uma reposição automática”. (Entrevistado 3).

O entrevistado 4 discorre que ela inexistente basicamente, tendo todas as ações definidas pela EBSERH. Por conta disso, as chefias e pessoas responsáveis tem dificuldade em assumir qualquer decisão.

“Não tem autonomia de decisão. As decisões são apenas comunicadas e devem ser seguidas a partir de determinado momento. Nada é definido no HUSM. Até certificados de seminários, jornadas,

precisam da liberação da EBSEERH e demoram muito tempo. Diversas atividades científicas deixaram de ser realizadas, pela falta de autonomia e tomada de decisão. Muita burocracia, ninguém sabe definir como fazer, quem é o responsável. As chefias e pessoas responsáveis tem dificuldade de assumir qualquer decisão”.(Entrevistado 4).

Para o entrevistado 5 ela ainda é bastante limitada. As ações dentro do HUSM precisam ser autorizadas pela EBSEERH em Brasília, e as determinações são repassadas para serem cumpridas.

“Não houve avanços em relação à agilidade na gestão, sendo as ações dentro do HUSM limitadas ao que a empresa determina, repassadas para serem cumpridas”. (Entrevistado 5).

Os entrevistados 6 e 7 relatam que, em relação a gestão orçamentária, o hospital fica muitas vezes engessado, pela rigidez com que precisam ser informados a aplicação dos recursos recebidos. Acredita que, para uma maior agilidade nos processos, os recursos precisariam ficar a disposição do hospital, para usá-lo conforme a sua necessidade naquele momento. Ela é centrada nas determinações da empresa, com poucos avanços em relação a agilidade nas decisões.

“A autonomia é muito relativa. Em muitos casos ficamos engessados. Alguns recursos foram liberados do REHUF com plano de aplicação muito rígido, tendo que citar o que comprar e de que registro de preço. Quando liberado o recurso, os registros de preços já estavam vencidos. Creio que para melhor a otimização dos recursos, a apropriação dos recursos deveria ficar a cargo do hospital, de acordo com sua necessidade naquele momento de receber o orçamento. Algumas vezes o orçamento é liberado só para um ou dois meses, de acordo com o faturamento SUS, insuficiente para cobrir todas as despesas mensais, forçando aquisições mensais, repetidas, sobrecarregando o trabalho das unidades demandantes e executoras dos processos. O recurso financeiro é liberado mediante a liquidação da nota fiscal. Atualmente o valor de notas fiscais pendentes é muito superior de outras ocasiões e não há financeiro para pagar. Temos notas fiscais aguardando financeiro acima

de 90 dias, o que vai gerar solicitação de atualização monetária por parte das empresas ”.(Entrevistado 6).

“Nossa autonomia é muito limitada. Quase tudo é centralizado na sede, e não houve avanços em relação à agilidade nas decisões”. (Entrevistado 7).

O entrevistado 8, descreve que, como desconhece como funcionava essa questão antes da chegada da empresa, não pode informar se houve qualquer tipo de alteração.

“Desconheço como era essa questão antes da chegada da EBSEH. Por conta disso não sei lhe dizer se alguma coisa mudou”. (Entrevistado 8).

Percebe-se pelos relatos colhidos nas entrevistas realizadas que, o HU passou a ter mais agilidade nos processos de compras, pagamentos e reposição de pessoal. No que tange as ações burocráticas, constata-se não ter havido avanços, e, em alguns processos, nota-se retrocesso devido à centralização de normas estipuladas pela empresa.

#### g) Escolha dos seus dirigentes no HU/UFSM após a adesão à EBSEH

Na vigésima primeira pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSM, após a adesão à EBSEH, em relação à escolha dos seus dirigentes.

Os entrevistados de 1 a 5 comentam que, após a adesão à EBSEH, a escolha dos dirigentes do HU/UFSM foi reformulada. O diretor geral passou a superintendente, sendo indicado pelo reitor, e obrigatoriamente um professor, não necessariamente médico. A partir da superintendente, são indicados os três gerentes: de atenção à saúde, ensino e pesquisa e administrativo. Esses três gerentes são indicados, mas precisam ser homologados de comum acordo com o diretor correspondente da EBSEH e sempre mediante lista tríplice, passou a ter um formato diferente dos moldes anteriores, havendo uma mudança no organograma.

“O regimento que foi aprovado lá está fechado e dizia o seguinte: que o superintendente deveria ser preferencialmente do quadro da Universidade, por isso te digo que minha luta dentro de um ano nessa comissão valeu essa palavra, tem que ser da Universidade. Isso garante que a superintendência sempre vai ser da Universidade. A partir da superintendente são indicados os três gerentes, de atenção à saúde, ensino e pesquisa e administrativo.

Esses três gerentes são indicados, mas têm que ser homologados de comum acordo com o diretor correspondente da EBSEH e sempre mediante lista triplíce de pessoas, com as pontuações em cada área de gestão, ensino, as pontuações aí é o superintendente que assina e nós somos sabatinados, até por videoconferência, quando eu nomeei o último gerente chefe da direção de pessoas, foi feito uma sabatina entre ele, eu e o novo chefe da divisão, tem que saber quem é quem. Já houve sim rejeição da indicação do superintendente pela empresa, em que foram indicadas pessoas fora da Universidade e políticas, aí a EBSEH não aceitou”. (Entrevistado 1).

“Estamos trabalhando em uma proposta para ser apresentada ao reitor de como será essa sucessão dentro do hospital, que fique de melhor entendimento da comunidade. Estamos aguardando um posicionamento do reitor em relação à definição de como será feito a escolha dos gerentes, se será por indicação, por processo eleitoral”. (Entrevistado 2).

“O reitor tem autonomia para indicar o superintendente, e este, junto com a EBSEH indica os outros gerentes”. (Entrevistado 3).

“O superintendente é definido por indicação do reitor e os demais gerentes através de análise curricular. Até o momento, a diretoria que era para ser de transição se mantém. Ainda não tivemos nenhuma explicação de como será o processo de sucessão. Não sabemos informar quando e como será esse processo. Ninguém fala e este ano tem eleições para reitor e talvez falem alguma coisa”. (Entrevistado 4).

“Por indicação do reitor, é escolhido o superintendente, que submete a avaliação triplíce dos candidatos a gerentes para análise curricular, porém, com avaliação da formação técnica e disponibilidade de carga horária pela EBSEH. Para as demais chefias, lista triplíce e análise de capacitação técnica e disponibilidade de carga horária pela EBSEH. Valoriza a capacitação técnica para o cargo”. (Entrevistado 5).

O entrevistado 6 relata que, para funções estratégicas, o critério de escolha foi político, além do interesse institucional. Noutros casos foram por tempo de serviço, experiência na atividade e formação profissional. Acredita que para uma melhor gestão, é preciso ter pessoas competentes e comprometidas com a causa.

“O assunto delicado. Em muitos cargos o critério de escolha foi político e de interesse institucional. Noutros casos foram por tempo de serviço, experiência na atividade e formação profissional. Para outros, não tínhamos muitas opções e tivemos de ocupar com pessoas existentes. Não foram trazidos profissionais externos por temores de rejeição. Creio que devemos adotar política de rotação e teste com novos funcionários que estão chegando, pois, temos talentos visíveis. Aos poucos todos estarão se convencendo de que fazer gestão é coisa séria e que carece de pessoas competentes e comprometidas com a causa. No início muitos ruidos, mas estão se ajustando e em breve estará tudo nos eixos”. (Entrevistado 6).

Para o entrevistado 7, ainda se mantêm os mesmos dirigentes de antes da adesão, pois, houve um acordo que facilitaria o processo de transição. Relata ainda que, no novo organograma, o superintendente será indicado pelo reitor e os gerentes serão sabatinados pela empresa e terão seus currículos analisados.

“Ainda não houve mudança dos dirigentes do hospital, se mantendo os mesmos de antes da adesão, pois, dessa forma facilitaria o processo de transição. Mas, no novo organograma proposto pela empresa, o superintendente será de escolha do reitor da UFSM, e a escolha dos gerentes feita através de análise curricular e entrevista realizada pela empresa”. (Entrevistado 7).

O entrevistado 8 descreve que, pelo estatuto da empresa, o superintendente é escolhido por indicação do reitor da Universidade Federal. Em relação aos gerentes, relata que há uma indicação de 03 nomes para cada uma, onde a EBSEH faz a seleção através de análise dos currículos enviados.

“Os dirigentes do HU nos moldes atuais seguem as determinações da empresa. O superintendente é

escolhido pelo reitor e os 03 gerentes são escolhidos após análise dos currículos enviados a empresa”. (Entrevistado 8).

Constata-se, analisando os relatos das entrevistas, que a escolha dos dirigentes do HU/UFSM após a adesão à EBSEH não mais será por eleição democrática, passando a ser realizada com bases no regimento da empresa, onde o superintendente precisa ser do quadro da Universidade, professor, e indicado pelo reitor. Os 03 gerentes, de atenção à saúde, de pesquisa e extensão e administrativo, foram escolhidos através de uma lista tríplice encaminhada à empresa, para serem avaliados os currículos e realizada entrevista. Após análise, o diretor da empresa faz a seleção. Para os demais cargos comissionados, foram realizadas avaliações curriculares, com valorização à capacidade técnica, definido pelo superintendente.

h) Quantitativos de leitos fechados ou desativados no HU/UFSM após a adesão à EBSEH

Na vigésima segunda pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSM, após a adesão à EBSEH, em relação ao quantitativo de leitos fechados ou desativados.

Para todos os entrevistados, foram reabertos os leitos fechados anteriormente, e houve um aumento de leitos considerado, chegando a 403, onde, 30 passaram a domiciliares, mas o quantitativo ainda é insuficiente. Há previsão de aumento de mais alguns com a saída das velhas UTI's para o bloco novo.

“Quando entrou a EBSEH, nós estávamos acho que com 305 leitos, então aumentamos em torno de 100 leitos. Abrimos aqueles que estavam fechados e conseguimos ampliar o número de leitos”. (Entrevistado 1).

“Fizemos toda essa transformação em 2015, desses quatrocentos e três, trinta passou a ser domiciliar. Leitos hospitalares mesmo, nós temos trezentos e setenta e três”. (Entrevistado 2).

“Com a EBSEH nós abrimos mais de 50 leitos, e em torno de 50 leitos ampliados”. (Entrevistado 3).

“Foram abertos alguns leitos, mas o quantitativo ainda é deficitário. Estamos aguardando a ampliação de mais leitos de UTI”. (Entrevistado 4).

“Houve abertura dos leitos desativados e a criação

de novos leitos, com aumento significativo do número de leitos ativos atualmente”. (Entrevistado 5).

“Não temos leitos fechados. Muito pelo contrário. Estamos colocando pacientes e macas e cadeiras por falta de leitos hospitalares. A expansão está sendo prevista com a saída das velhas UTI’s do bloco principal para o novo prédio, que já vai alterar para mais 40 leitos e mais as áreas a serem desocupadas que deverão receber leitos”. (Entrevistado 6).

“Houve à abertura de novos leitos após a chegada da empresa. Não sei precisar o número”. (Entrevistado 7).

“Não sei informar o quantitativo, porém, assim como aumentou a oferta de serviços, também houve acréscimo no número de leitos no hospital”. (Entrevistado 8).

É possível afirmar, após a adesão à EBSEH, que não existem mais leitos fechados, e houve ampliação, passando de 303 para 403 leitos, onde, destes, 30 passaram a serem leitos domiciliares.

Constata-se que muitas ações desenvolvidas no HU/UFSM, após a adesão à EBSEH, foram proporcionadas por recursos oriundos do REHUF, acordados mesmo antes da adesão à EBSEH. Ressalta-se que o grande impacto institucional relacionava-se a falta de pessoal, que foi solucionado com a contratação dos 827 funcionários via concurso realizado pela empresa. Com esse quantitativo, foram rescindidos todos os contratos de servidores via Fundações.

Ressalta-se que a EBSEH poderá prestar os serviços relacionados às suas competências mediante contrato pactuado de comum acordo com as IFE’s ou Instituições congêneres, sempre respeitando os princípios da autonomia universitária, devendo a empresa estar orientada pelas políticas acadêmicas definidas pelas Instituições. Esses contratos deverão explicitar 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; e o aprimoramento de pessoal e melhorias estratégicas na atuação perante a população e a IFES ou instituições congêneres, visando ao melhor aproveitamento dos recursos destinados à EBSEH (BRASIL, 2011).

### **4.3.5 A Estrutura e o Funcionamento do HU da UFSC, após a adesão à EBSEERH**

Na pesquisa realizada no HU da UFSC após a adesão à EBSEERH, para conhecer a estrutura e o funcionamento do hospital, foram investigados os seguintes fatores: Estrutura física; estrutura tecnológica, estrutura organizacional; relacionamento com o SUS; atendimento a comunidade; política de pessoal; atendimento ao ensino, pesquisa e extensão; tomada de decisão; autonomia; escolha dos dirigentes; quantitativo de leitos fechados ou desativados.

#### **4.3.5.1 Estrutura do HU/UFSC após a adesão à EBSEERH**

##### **a) Estrutura Física do HU/UFSC após a adesão à EBSEERH**

Na décima segunda pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre a estrutura do HU/UFSC, após a adesão à EBSEERH, em relação à estrutura física.

O entrevistado 1 relata que o HU foi muito prejudicado pela demora da decisão de assinar ou não com a EBSEERH. Mas, de imediato, após a adesão à EBSEERH, foi garantido uma verba para reforma de todo o telhado do HU, seguindo um cronograma pré-estabelecido. Os entrevistados 1, 3, 4, 5 e 6 descrevem que, seguindo o cronograma de obras já definido, há uma perspectiva de liberação de recursos para a construção de quatro torres ao redor do HU, e, de imediato, a instalação de luzes de emergência, extintores e placas de sinalização, sendo assim há uma perspectiva de muita coisa melhorar. A empresa acena com a intenção de colaborar, e está previsto no planejamento de desenvolvimento estratégico do HU toda uma reestruturação física nos próximos dois anos, principalmente para atender as exigências do corpo de bombeiros e vigilância sanitária, para que o HU consiga os respectivos alvarás. A prioridade em relação a melhorias físicas no HU obrigatoriamente passa pela construção das rampas de fuga em caso de incêndio e, na sequência, terminar a ala de queimados, mas o que já foi colocado à disposição, foram os recursos para reforma do telhado.

“Realmente o atraso da adesão à EBSEERH, comprometeu todo esse cronograma, na verdade assim, houve algumas vantagens de quem aderiu primeiro. Liberação de recursos mesmo que já saiu e já licitamos e a empresa deve começar a qualquer momento, é a reconstrução de todo o telhado do



HU. “Já elaboramos o projeto das torres, porque precisam ser construídas quatro torres em volta do HU. Uma vai ser entre o bloco da unidade de queimados. Uma outra no outro bloco, que tem o SPP em cima. Vamos construir mais uma lá nos fundos e uma pequena aqui ao lado da direção, quando o outro bloco estiver pronto. Na verdade, o que vamos fazer agora para mostrar que estamos com um projeto de prevenção e combate de incêndio em andamento, estamos com o corpo de bombeiros definindo, e vamos começar com luzes de emergência, extintores e placas de sinalização”. (Entrevistado 1).

“A percepção que temos é que a EBSEERH tem a intenção de ajudar nesse sentido, principalmente em busca do alvará sanitário e da regularização de alguns setores do hospital que realmente precisam passar por uma adequação. Não são adequações graves, mas assim, construção de banheiros para portadores de necessidades especiais, situações que precisamos nos adequar as novas legislações e o entendimento que temos é que a EBSEERH tem atenção de ajudar, buscando melhoria na estrutura física do hospital. O HU é antigo e as leis e regras mudaram e nós não conseguimos acompanhar”. (Entrevistado 3).

“Nós já apresentamos no nosso PDE as nossas necessidades, o valor das torres, que deu um pouco alto, porque são no total de três ou quatro torres no hospital, porque já tem uma no bloco didático, depois onde tem o centro cirúrgico b3 e agora conseguimos da EBSEERH um recurso para fazer o telhado, que já é um problema enorme há muitos anos, com muita infiltração com água da chuva, que deu em torno de quase R\$ 900.000 reais, que a EBSEERH liberou, através de um plano de trabalho[...]. [...]Estamos montando com a Universidade uma coordenadoria, que fará um plano de regularização, conforme exige o corpo de bombeiros. Não poderemos pensar em nenhuma outra obra sem ter isso resolvido, que são as construções de torres de fuga, de incêndio, fazendo a cada dois blocos uma torre, o que custa em torno de R\$ 2.800.000 a R\$ 3.000.000 de reais cada uma. Essa coordenadoria

da Universidade junto conosco fará isso breve. Sem esse plano de regularização junto com os bombeiros, nós não vamos conseguir terminar a ala de queimados, por exemplo[...]”. (Entrevistado 4).

“Há um planejamento estratégico que prevê toda a reestruturação. Inicialmente, a previsão é de atender, nos próximos dois anos, todas as exigências do corpo de bombeiros e vigilância sanitária, incluindo aí, as obras para saída em casos de incêndio. Também está previsto a construção de abrigos para resíduos sólidos e a construção de um novo andar no prédio. No custo do planejamento, já há orçamento previsto para estes investimentos”. (Entrevistado 5).

“Ainda é a mesma em função dos atrasos na adesão, o que dificultaram a obtenção de recursos financeiros ainda no ano de 2016. Projetos de reforma e de retomada das obras paralisadas por falta de recursos, estão em discussão com a EBSEH e aguardam liberação. Até o momento foram autorizadas e colocados a disposição recursos para a reforma do telhado que aguarda mais de 10 anos para ser realizada”. (Entrevistado 6).

Para o entrevistado 2, as mudanças só ocorrerão se houver vontade política, independente do modelo jurídico vigente.

“Sempre defendi que a questão toda não é modelo jurídico, se é fundação, se é empresa pública, é vontade política, portanto se houver vontade política as coisas irão se resolver, se não houver, as coisas não irão se resolver, simples assim. Se você tiver a EBSEH e tirar todo o orçamento, as coisas não vão se resolver, qualquer coisa que você tiver lá, se não houver vontade política de resolver, não vai adiantar”. (Entrevistado 2).

Espera o entrevistado 7 que haja muitos investimentos que permitam a retomada e término de estruturas que já poderiam estar funcionando.

“Espero que haja investimentos suficientes para a retomada e término das estruturas que já poderiam estar em funcionamento”. (Entrevistado 7).

O entrevistado 8 relata que ainda é cedo para fazer uma avaliação sobre o que poderá ser feito em relação a reformas e ampliações de áreas,

pois, o HU ainda está no período de transição que se encerra em setembro de 2017. O que de imediato ocorreu, foi à liberação de R\$ 870.000,00 para reforma do telhado.

“Não dá para avaliar, pois, a EBSEERH e o HU estão ainda no processo de transição que termina em setembro de 2017, mas já foram liberados recursos para reforma do telhado”. (Entrevistado 8).

Para o entrevistado 9, não houve mudanças significativas, pois, o HU ainda está em processo de transição que termina em setembro de 2017.

“Até presente data não houve modificação significativa, tendo em vista o processo de adesão a EBSEERH, que atingirá o seu ápice com previsão de setembro de 2017”. (Entrevistado 9).

O entrevistado 10, em relação à estrutura física do HU/UFSC, após a adesão à EBSEERH descreve que, tendo em vista a demora em relação à adesão, muito pouco foi feito em relação à estrutura física, até mesmo por conta da toda crise que passa o Brasil.

“Uma vez que a nossa assinatura de contrato foi em fevereiro/16, e nós fomos umas das últimas instituições a nos credenciar, a fazer essa pactuação com a EBSEERH, ainda muito pouco de estrutura física mudou, porque a gente conseguiu fazer essa assinatura de contrato no momento em que o país entrava numa crise imensa com todos os segmentos [...]. [...] Então estrategicamente para nós foi um problema a ser enfrentado muito grande, porque as outras instituições que aderiram mais de um ano antes que, pelo menos, usufruiu das benesses de recursos para instalar, mudar a sua estrutura física. Então assim, infelizmente como nós tivemos um entrave político muito grande na nossa instituição, e muitas pessoas acreditaram que isso seria um problema imenso a ser enfrentado assinando, acho que não se deram conta de que não assinando, nos colocaram numa situação de termos água dentro de um centro cirúrgico, água dentro de um centro endoscópico, água dentro de um centro de material, porque a gente não tinha dinheiro nem se quer para o nosso telhado, que é algo básico. Quase perdemos 600 mil reais dentro da farmácia. Portanto falar da estrutura física de um hospital que ficou sendo penalizado

por quatro anos por conveniências ou convicções políticas de um processo em que víamos em volta, estrategicamente foi uma coisa muito equivocada [...]. (Entrevistado 10).

Percebe-se existir no HU/UFSC muitas necessidades relacionadas à estrutura física, porém não é possível afirmar se a EBSEH disporá, bem como, liberará recursos para reformas, ampliações e novas construções, necessários para que o HU possa regularizar as questões de alvará junto ao Corpo de Bombeiros e Vigilância Sanitária. Constata-se estarem em andamento os processos para troca de todo o telhado do hospital, com recursos já designados para esse fim.

#### b) Estrutura tecnológica do HU/UFSC após a adesão à EBSEH

Na décima terceira pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre a estrutura do HU/UFSC, após a adesão à EBSEH, em relação à estrutura tecnológica.

Os entrevistados 1, 2, 4, 7, 8 e 10 descrevem que há uma grande quantidade de equipamentos que precisam ser adquiridos para atender toda a necessidade do HU, mas está previsto a chegada de um novo tomógrafo de 64 canais, que vai atender bem as necessidades do HU. Relatam que, o núcleo de engenharia clínica do HU tem já mapeado toda a necessidade, para que sejam uniformizadas as ações, desde o layout do HU até os investimentos tecnológicos, através da criação de uma rede de Hospitais Universitários Federais, que seja uma espinha dorsal do SUS. Discorrem que existe uma compreensão da empresa da importância de um parque tecnológico, para que o hospital seja um local de alta complexidade.

“Está para chegar um novo tomógrafo de 64 canais que vai atender bem a nossa necessidade, inclusive um processo de contratualização. Temos uma lista de equipamentos que estão para ser adquiridos, Esse planejamento, as diretorias normalmente fazem e quando são liberados os recursos, como foi agora, dentro daquela listagem que já foi priorizada em uma reunião de direção, à gente discute o que é prioridade, e quem dá um loft para nós adquirirmos equipamentos aqui é o núcleo de engenharia clínica, que tem um prontuário de cada equipamento, indicando o que é prioridade adquirir, qual o ponto mais frágil no nosso parque tecnológico”. (Entrevistado 1).

“Penso que ela tem uma oportunidade de proporcionar mudanças, apesar de que, quando nós defendemos o sistema, não seria a EBSEH mas seria um sistema em rede. Quer dizer, o sistema dos Hospitais Universitários Brasileiros, eles podem ser uma espinha dorsal do Sistema Único de Saúde, que possa ditar aspectos de conduta, custos corporação tecnológica, e podem ser instrumento importante, desde que efetivamente eles trabalhem em rede. Com isso, pode aperfeiçoar sistemas e oferecer dados importantes para o sistema único de saúde de apreciação, inclusive na área de custos, gestão, resultados, ou até para ver discrepâncias regionais de desenvolvimento tecnológico”. (Entrevistado 2).

“A EBSEH está nos encaminhando um tomógrafo de 64 canais, com tecnologia de ponta. Precisamos de tecnologia, de um novo centro cirúrgico, com salas maiores, equipamentos novos. Hoje nós não temos ressonância por não ter local adequado, mas já temos todo o projeto arquitetônico para ampliar a área da radiologia para colocar a ressonância lá. E o equipamento que faz cateterismo, a EBSEH também já está avaliando se é o momento de fazer a troca. Eles têm uma engenharia clínica dentro da sede, que avalia junto com a nossa equipe”. (Entrevistado 4).

“Acredito que haverá muitos investimentos nessa área, pois, a necessidade do hospital é muito grande. De imediato, já temos em processo de compra um novo tomógrafo de 64 canais que irá atender muito bem as necessidades do HU”. (Entrevistado 7).

“Como disse antes, ainda é muito cedo para saber como vai ser feito os investimentos, mas, de qualquer forma, a empresa já nos deu condições de adquirirmos um novo tomógrafo”. (Entrevistado 8).

“Acho que existe uma compreensão da EBSEH da importância que um parque tecnológico, e se empenha para que um hospital seja um local de alta complexidade. Não existe um hospital com alta complexidade com baixa da complexidade de equipamentos. Estamos com um tomógrafo, relativamente novo, que ganhamos da EBSEH. O equipamento não era o que a gente gostaria, porém

era o valor do custo de arrumar o que já tínhamos. Já temos a perspectiva, em curto prazo, que vamos receber outro de melhor qualidade”. (Entrevistado 10).

Os entrevistados 3 e 9 relatam que a empresa chega com uma ótica também de melhorar essa questão. Até o momento ainda não recebemos nada, mas, já está em andamento o AGHU, que é o aplicativo de gestão para os HU's Federais, dentro do esforço interinstitucional de definição e implantação de soluções eficazes, duradouras, abrangentes e participativas para os problemas estruturais das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) de todo o país.

“A partir de agora sim, estão efetuando novos planos de trabalho, ainda não recebemos nada, mas, vemos uma boa intenção, uma boa perspectiva. Sobre a tecnologia de informação, o sistema operacional, próprio AGHU que foi prometido e que estamos aguardando para implantar, está com bastante atraso. A sede está com dificuldade para implantar o sistema nas filiais, isso realmente acho que vai atrasar um pouco, ainda não temos perspectiva para implantar e é um sistema e bastante importante para nós”. (Entrevistado 3).

“A EBSEERH utiliza o AGHU - aplicativo de gestão para Hospitais Universitários em fase inicial de implantação no HU”. (Entrevistado 9).

O entrevistado 5 relata que no sistema de informações gerenciais-SIG da EBSEERH, há planos de trabalho para a compra de novos equipamentos.

“Já há no SIG - EBSEERH, planos de trabalho para a compra de novos equipamentos”. (Entrevistado 5).

Para o entrevistado 6, ainda permanece uma situação de poucos investimentos, pois, o HU levou muito tempo para se definir em relação a adesão.

“Aqui temos a mesma situação em relação aos projetos e recursos. Há todo um trâmite a esse respeito e os atrasos na adesão dificultaram vários avanços neste sentido. Algumas aquisições de materiais permanentes, maquinários, tem sido autorizadas, atendendo as demandas mais urgentes

do HU”. (Entrevistado 6).

Constata-se, nos relatos das entrevistas, que a questão tecnológica precisa ser melhorada para atender as necessidades hospitalares em relação à parte assistencial e de T.I.. Durante o processo de transição, constata-se que está chegando um novo tomógrafo de 64 canais, além de manifestações quanto ao atraso na implantação do AGHU.

### c) Estrutura organizacional do HU/UFSC após a adesão à EBSEERH

Na décima quarta pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre a estrutura do HU/UFSC, após a adesão à EBSEERH, em relação à estrutura organizacional.

Todos os entrevistados (1 a 10) relatam que ela sofrerá mudanças em relação ao seu organograma. O diretor geral será substituído pelo superintendente, e os demais diretores, que antes eram 4, passaram a ser 3 gerentes. Na nova estrutura organizacional, haverá uma readequação no organograma, com redução de cargos comissionados, além da mudança de nomenclatura. As novas mudanças propostas pela EBSEERH trazem uma ruptura de paradigmas, através da reorganização da forma de trabalho e da própria hierarquia dentro da instituição, agregando profissionais de diversas áreas em unidades de produção, que sairá de uma estrutura tradicional hierarquizada vertical, para uma gestão horizontal. Relatam ainda que o superintendente será indicado pelo reitor e os demais gerentes submetidos à avaliação curricular pela EBSEERH. Descrevem ainda que, com a nova estrutura, existe a proposta de uma equipe multiprofissional atender o paciente em sua integralidade conforme preconiza o SUS, porém, é preciso aguardar para ver o resultado na prática.

“A estrutura organizacional atual vai ser substituída, na verdade, a nova estrutura da EBSEERH. Quem pega a estrutura organizacional vê que os serviços de hoje vão ser agrupados para constituir uma unidade de acordo com as especificidades. Por exemplo, ter cabeça e pescoço não é só a área médica, a fonoaudiologia estará envolvida, e então vai ter uma coordenação única, não vai ter mais duas chefias, uma de enfermagem e uma médica. O que já temos definido hoje além do superintendente, são os três gerentes, e muda a lógica, pois, hoje temos por serviço e agora será por unidade. Vamos ficar com o total de 75 cargos, e não é fragmentado” (Entrevistado 1).

“Novamente, como te disse, se houver esse critério de uma distribuição tecnológica educativa, por que lá tem menos, lá tem mais, ou seja, em um exemplo prático, se você entrar num hotel Íbis em Manaus, Florianópolis, é padronizado, sabe que não vai ter tal coisa, mas isso vai qual o percentual. Se nós conseguirmos dar essa uniformização aos Hospitais Universitários Brasileiros, acho que será um grande trunfo para romper os sistemas corporativos externos” (Entrevistado 2).

“A proposta da EBSEH é justamente agregar profissionais de diversas áreas em unidades de produção. Vejo isso com muito otimismo, mas sei que vamos ter uma fase para implantar, por conta das resistências dos profissionais, das corporações, dos médicos e enfermeiros, que são as grandes forças de equilíbrio e desequilíbrio, mas polarizam e vão ter que aprender a trabalhar juntos. Isso se consegue, e acho que vai funcionar muito bem, mas requer um trabalho político e de entendimento muito grande. Mas vejo que vai ser muito positivo para a instituição, quando um setor todo tem uma coesão, não digo nem uma chefia única, mas são todos pertencentes do mesmo ambiente organizacional, acho que facilita as diretrizes daquele setor” (Entrevistado 3).

“Talvez esse seja um dos maiores ganhos com a vinda da EBSEH, que é a mudança da nossa estrutura, saindo de uma estrutura tradicional, de uma hierarquia vertical, para uma gestão horizontal, quebrando essa estrutura de hoje, das decisões serem muito centradas na direção. A EBSEH vem numa estrutura horizontal, com um nível decisório desde o chão da clínica até em cima, mistura essa questão da hierarquia, do domínio hegemônico do médico na gestão. Já temos hospitais onde quebra essa estrutura rígida do médico mandar em tudo, o setor administrativo ganha um status nessa gestão, proporcionalmente é mais contemplado do que as demais áreas, porque de 75 chefias ficamos com 26” (Entrevistado 4).

“Já há um novo organograma aprovado. Nele o



modelo é horizontal, e acredito que apesar das dificuldades que teremos inicialmente, pois os profissionais terão que se adaptar as mudanças, é o caminho mais seguro para a integração entre as áreas. Implantar as linhas de cuidado e o tratamento centrado no paciente, por exemplo, serão os grandes ganhos desse novo modelo” (Entrevistado 5).

“Essa nova estrutura apenas iniciou sua formação com a designação do superintendente e dos gerentes. Na sequência, a estrutura será formada a partir da proposta da EBSEH e que é de domínio público. Mais uma vez, sob este aspecto, os atrasos na adesão e a crise econômica e política brasileira tem interferido na formação da nova estrutura. A estrutura proposta pela EBSEH é organizada pelo cuidado centrado no paciente, por linhas de cuidado e integrada às redes de atenção. Propõe uma estrutura multiprofissional capacitada para atender o paciente em sua integralidade conforme preconiza o SUS”. (Entrevistado 6).

“O novo modelo de organograma proposto pela empresa apresenta mudanças estruturais significativas, o que proporcionará uma maior agilidade em relação às ações dentro do hospital. Como ainda estamos em processo de escolha dos novos chefes, é preciso aguardar para vermos na prática os resultados dessas mudanças”. (Entrevistado 7).

“Está sendo implantado o novo organograma e feito o dimensionamento de pessoal, o que deverá dar mais agilidade aos processos no HU”. (Entrevistado 8).

“A estrutura organizacional obedece ao modelo proposto pela EBSEH, ou seja, a Superintendência, Gerências, Divisões, setor e unidade. Conta ainda com a Auditoria e ouvidoria. Ainda em fase de implantação com apenas a nomeação apenas da Superintendência e três Gerências” (Entrevistado 9).

“Com a EBSEH essa estrutura muda e também a dinâmica organizacional. Nós vamos ter um superintendente que já foi indicado pelo reitor, e passamos a ter três gerentes. Nós temos a

superintendente e três gerências. Uma das gerências é a de atenção à saúde, gerência de pesquisa e a outra gerência administrativa. Uma das questões essenciais que vejo de mudança, é na forma de atuação da gerência de atenção à saúde, que passa a ser dentro de linhas de cuidado, a forma organizacional é dentro da perspectiva da linha de cuidado, então muda o ponto de vista da saúde e muda também porque passamos a ter menos chefia. A gerência de atenção à saúde passa a ter quatro divisões, essas quatro divisões têm alguns setores e esses setores abaixo de serviços, que é uma forma de organização um pouco diferente da que temos hoje. Reduz bastante o número de chefias e aquela pessoa que passa a ser o coordenador que cuida daquela área, tem um compromisso um pouco maior com aquela área com mais responsabilidades” (Entrevistado 10).

Constata-se que a estrutura organizacional no HU/UFSC após a adesão à EBSERH ainda está em fase de transição. Percebe-se que há forte expectativa dos entrevistados de que os serviços serão agrupados, saindo do modelo tradicional verticalizado, para um modelo horizontal, com maior integração entre as áreas, composto por superintendente, gerentes, auditor, ouvidor, chefes de divisão, chefes de setor e chefe de unidade, porém, não é possível afirmar que haverá. Até o final da presente pesquisa, apenas o superintendente e os gerentes foram empossados pela empresa, não sendo possível constatar quaisquer outras mudanças.

#### 4.3.5.2 Funcionamento do HU/UFSC após a adesão à EBSERH

##### a) Relacionamento do HU/UFSC com o SUS após a adesão à EBSERH

Na décima quinta pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSC, após a adesão à EBSERH, em relação ao relacionamento com o SUS.

Os entrevistados (1 a 10) relatam que não haverá interferência da empresa, pois, no processo de contratualização está descrito a capacidade instalada do HU, e qualquer mudança deve ser reportada ao gestor SUS, no caso o secretário de saúde do estado e município. Colocam ainda que a forma de atuação da gerência de atenção à saúde será feita obedecendo uma linha de cuidados integrados entre os serviços, que existe uma valorização da empresa em relação a inserção dos HU's nas redes de atenção.

O HU continuará a ser 100% SUS, e há uma grande perspectiva de haver um avanço nessa área, com foco maior no sistema de custos, para, de alguma forma, ampliar a receita do hospital.

“Fizemos uma reunião com a EBSEERH para ver se havia alguma orientação, mas não. Como temos com uma boa relação com o gestor, eles não vão interferir no processo, bem diferente de algumas instituições no Brasil que eles tem dificuldade muito grande com os gestores, e como nós nunca tivemos essa dificuldade, estamos tratando direto com o estado, e depois vamos apresentar a contratualização a EBSEERH. Mas não mudou absolutamente nada” (Entrevistado 1).

“A adesão a EBSEERH não muda, vai ter que negociar individualmente o seu secretário de estado, o que e como será feito, é uma negociação feita por eles. A EBSEERH pode ajudar no aspecto que ela conseguir competência de negociação, porque às vezes, você pega gestores estaduais que tem outros interesses, por exemplo, nós aqui temos um problema, talvez em poucos estados como o nosso, o gestor estadual tenha tantos hospitais próprios, então é claro que ele dá uma preferência aos seus hospitais no processo de credenciamento ou não. Nós tivemos sorte até agora de nunca ter tido nenhum conflito sério com o gestor do estado, mas não quer dizer que não possa ter no futuro, então acho que a EBSEERH nesse aspecto pode criar um corpo de contratualização do modelo de contrato que ela vá fazendo e os valores a serem renegociados e pactuados, favoreça localmente os seus diretores e superintendentes, porque de qualquer maneira, o ministério da saúde, é um dos caras que coloca o dinheiro dentro da EBSEERH, porque na verdade, a EBSEERH é saúde e educação” (Entrevistado 2).

“Vejo que a EBSEERH exige isso da gente. Por exemplo, os hospitais que não são contratualizados, que sejam. Nós já somos contratualizados e temos uma relação mais antiga com o SUS. Nós hoje já estamos mais inseridos em duas redes de atenção que já estão mais organizadas: a rede cegonha e a rede de atenção e urgências. O HU está inserido nas duas redes no plano estadual, e a partir do momento

que se começa a trabalhar outras redes, a rede de atenção de doença crônica, e a rede de atenção psicossocial, o HU vai se inserindo, prestando também uma parcela maior de atendimento. Então acho que só tende a melhorar à medida que aumentamos a nossa capacidade de produção, vamos produzir mais para o SUS” (Entrevistado 3).

“Acho que o SUS não tem dinheiro para tudo e o saco é sem fundo. Por isso temos que fazer uma gestão melhor e é para isso que a EBSEH está nesse novo organograma visando muito mais a questão de custos, precisando melhorar nossos custos, para poder ter um poder de negociação com o SUS” (Entrevistado 4).

“O relacionamento do HU com o SUS deverá ser o mesmo de antes da adesão” (Entrevistado 5).

“Não há mudanças. Esperamos que, com a nova estrutura, possamos oferecer mais serviços e de melhor qualidade aos usuários do SUS”. (Entrevistado 6).

“Acredito que não haverá mudanças, pois, o HU continuará a ser 100% SUS”. (Entrevistado 7).

“A tendência é melhorar com os novos investimentos que serão feitos, haja vista que, a pactuação da EBSEH é 100% SUS”. (Entrevistado 8).

“Do meu ponto de vista o período após a adesão é curto para uma avaliação”. (Entrevistado 9).

“Agora em relação ao SUS, quem leu o contrato percebe que está tão amarrado às questões que acreditamos, e que essa instituição é uma instituição de ensino e vai ser sempre uma instituição de ensino, ela é SUS e vai ser sempre SUS. Existe uma questão do SUS, não somos nós em relação ao SUS, nós somos o SUS, e estamos cada vez mais envolvidos na rede. Temos um gestor e assim que vai continuar sendo. Quando a gente faz todos os nossos convênios da secretaria em momento algum ali deixa de ser vislumbrada a essência do hospital na rede. (Entrevistado 10).

Observa-se, nas respostas dos entrevistados, que não haverá mudanças, inicialmente, nas questões ligadas ao SUS, tendo em vista os processos de contratualização e metas já existentes, além do que está descrito no contrato entre o HU e a empresa, onde consta ser o HU totalmente SUS.

b) Atendimento à comunidade pelo HU/UFSC após a adesão à EBSEERH

Na décima sexta pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSC, após a adesão à EBSEERH, em relação ao atendimento a comunidade.

Todos os entrevistados (1 a 10) descrevem que não há previsão de aumento significativo de vagas ambulatoriais, por conta da grande oferta disponível hoje. O que se busca, é a ampliação de leitos e abertura de novas unidades para suprir a demanda da emergência, o que ofertará a comunidade um acréscimo de 30% no número de leitos. Mas a tendência é de ser ampliada a oferta à comunidade em relação a consultas, exames e outros procedimentos, principalmente pelo fato de serem preenchidas e também ampliadas às vagas de profissionais nas mais diversas funções. Colocam que, devido à demora em relação ao posicionamento do HU em aderir à EBSEERH, o HU deixou de receber mais de 24 milhões de reais, que poderiam ser revertidos em benefícios a comunidade.

“A prioridade número um é abrir uma unidade de clínica médica, para dar sustentação melhor a nossa emergência e depois seguir exatamente o dimensionamento de serviços assistenciais, já discutido com a EBSEERH, inclusive já temos a previsão de quanto vai aumentar em produção a partir do momento que, por exemplo, abrimos 100 leitos. Hoje temos em torno de 200 leitos, já programamos uma produção aumentada em torno de 30% no que se refere à internação, vamos ter consequência do laboratório, farmácia e isso tudo já fizemos com a EBSEERH no início do ano” (Entrevistado 1).

“Nossa necessidade imediata está centrada na contratação de pessoal. Após será possível aprimorar o que já temos, bem como, ampliar nossa oferta a comunidade de consultas, internações e exames” (Entrevistado 2).

“A medida que aumentamos a nossa produção, aumentamos a oferta e sabemos que existem vários procedimentos e áreas da saúde no estado que tem

fila de espera. Então, o grande objetivo é dar conta dessas filas em conjunto com o gestor. Por exemplo, uma demanda de colonoscopia, que é uma dificuldade, pois, somos praticamente o único hospital público que faz colonoscopia para a secretaria estadual e também não conseguimos fazer para o estado todo. Mas, é óbvio que se conseguirmos fazer funcionar o centro endoscópico 12 horas, vamos ampliar nossa capacidade, porque temos profissionais qualificados para isso, e à medida que amplia o horário de atendimento, ofertamos mais, e isso vai ser bom” (Entrevistado 3).

“Perdemos tempo e dinheiro. Hoje pagamos a folha FAPEU, e temos 100 servidores contratados, e no ano passado, girava em torno de 700 mil, 800 mil reais, que, multiplicado por mês e por três anos de atraso da EBSEH, vê o quanto de dinheiro jogamos pela janela. É um paradoxo de quem defendia a não entrada da EBSEH aqui, como o movimento pró-sus, que defendem o paciente e tem que estar defendendo a EBSEH. Jogamos 24 milhões fora. Isso tudo traria benefícios ao usuário, mais conforto, fazendo obras, adequar melhor [...]” (Entrevistado 4).

“Continuará o mesmo. Referência e contra-referência” (Entrevistado 5).

“Não há alteração. Segue a mesma lógica anterior, em relação à prestação de serviços ofertados a comunidade em geral” (Entrevistado 6).

“Devido à manutenção dos procedimentos via processo de contratualização junto ao gestor SUS, de imediato, acredito que não haverá mudanças em relação ao que será disponibilizado à comunidade” (Entrevistado 7).

“Como a questão anterior, acredito que, com os investimentos prometidos, haverá uma ampliação no que é ofertado a comunidade dentro do HU”. (Entrevistado 8).

“Do meu ponto de vista, o período após a adesão é curto para uma avaliação. Todavia, espera-se a implantação de um diagnóstico da qualidade no

atendimento a partir de pesquisas de avaliação dos usuários internos e externos”. (Entrevistado 9).

“Nós vislumbramos o aumento de leitos, que vai da nossa pactualização inicial inclusive, e agora nós vamos pactualizar com o estado e já entra o nome da EBSEH. Esse contrato prevê o aumento do numero de leitos, e estamos fazendo uma projeção de abrir aqueles fechados, condicionado à vinda de pessoas através do concurso. Conseguindo abrir leitos fechados, eu consigo também desafogar a emergência e como subir esse paciente. Hoje nós temos a capacidade instalada para X e temos treze leitos ali, não baixamos. A UTI é para ser um serviço de 24 horas, não da para ficar mais do que isso na UTI, porque ou ele tem alta ou ele sobe para uma unidade de internação. Hoje nós temos pacientes que ficam ali, são tratados ali e vão embora por ali. Isso não é o papel e não temos condições para isso, mas não temos como dar vazão”. (Entrevistado 10).

Constata-se que as mudanças em relação ao atendimento à comunidade pelo HU/UFSC, estão centradas na chegada dos funcionários que foram aprovados no concurso. Com a chegada destes, deverá ser ampliado o número de consultas de novas especialidades, além da abertura dos leitos fechados e a unidade de clínica médica. Constata-se, até o presente momento, não ser possível afirmar que tais mudanças ocorrerão, por conta do atraso na efetivação dos aprovados no concurso realizado.

### c) Política de pessoal no HU/UFSC após a adesão à EBSEH

Na décima sétima pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSC, após a adesão à EBSEH, em relação política de pessoal.

Para os entrevistados (1 a 10), após a adesão à EBSEH, foi autorizada através de concurso público, a contratação de 489 funcionários, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outras categorias. Essa contratação inicial será para suprir a atual carência de mão de obra por aposentadoria, afastamento para tratamento de saúde, e zerar a folha FAPEU, bem como promover a abertura de leitos hospitalares desativados. Relatam que foi realizado dimensionamento de pessoal necessários para os HU's, por produção, para qualquer hospital universitário federal.

Descrevem ainda que a gestão de pessoas deve permear toda a organização e que todas as chefias são responsáveis por fazer a gestão de pessoas e que os servidores em atividade continuarão a serem regulamentados pela Lei 8.112 do RJU, e os contratados pela empresa, serão regulamentados pela CLT, mas que ainda está em fase de implantação, seguindo o que foi construído no plano diretor estratégico desenvolvido no HU.

“Para chegar nesse pessoal, nós sentamos com quatro representantes da EBSEERH que conheceram toda a instituição, contaram leito a leito e chegaram a 98 leitos entre fechados e novos, e esse dimensionamento já nos orientou nos próximos dois anos o que podemos abrir de serviços, sendo um documento que você consegue acessar na página da EBSEERH. Lá estará todo nosso dimensionamento, e a partir daqueles eles definiram o quantitativo de pessoal, e foi liberado 489 por concurso” (Entrevistado 1).

“O que deve mudar, é a questão de ter uma padronização de quantos servidores precisam, como é que a EBSEERH faz o direcionamento dela, levanta a capacidade instalada, quando vai ser feito e determina quantas pessoas precisam para fazer aquilo e aí se tem certeza que o que acontece aqui, acontece em São Paulo, Rio e, em todos os lugares, é feita a contratação de pessoas baseado em produção. Quando fizer um contrato para dizer, atendo 6 hoje, mais 10 amanhã, a EBSEERH já tem um quantitativo para te dar mais 1 profissional. Se a EBSEERH realmente tiver essa questão toda, daqui para frente fazer essas expansões baseados nos números de pessoas com critérios previamente definidos, com pactuação, pode ser um avanço, se não tiver isso, será a mesma coisa que acontece hoje. Porque quando falamos de pessoas, significa orçamento, porque sem orçamento você não vai contratar” (Entrevistado 2).

“Falando de recursos humanos, o regime jurídico único tem uma legislação própria, a CLT outra, e acho que isso será um pouco complexo no sentido que iremos ter que aprender muito sobre as duas, principalmente as chefias, entender como são as regras de cada região. Isso vai ser bem complicado, mas acho que será questão de adaptação, tempo e



conhecimento. Será uma dificuldade, mas não chega a atrapalhar”. Em todos os dimensionamentos que já foram feitos, esse realizado pela EB-SERH, superou as minhas expectativas. Brincamos que do dimensionamento quem saiu mais feliz foi eu, porque ganhei mais do que esperava. Isso porque eles têm uma visão um pouco diferente da organização do trabalho médico. Nós trabalhamos em uma média maior, 10, 12 pacientes internados por médico, e eles trabalham numa média 6 pacientes internados para médicos, o que dá uma qualidade de atendimento. Sem dúvida, é uma lógica um pouco diferente, e, com esse quantitativo, nós vamos poder fazer muitas coisas, que desde que entrei na diretoria gostaria de ter feito e não consegui por falta de pessoas” (Entrevistado 3).

“A EB-SERH tem um foco na gestão de pessoas muito grande, tanto é que a nossa urgência é nomear o gerente para que logo saia à divisão, porque temos a perspectiva de começar a entrar funcionários da EB-SERH, através do concurso. Precisamos estar preparados, porque é outra legislação, é CLT, e temos que absorver toda a questão do RJU, que não fazemos, como plano de saúde, admissão e demissão, e quem faz é a UFSC, e dos CLT vai ser conosco. O nosso problema número 1 é a gestão de pessoas. Nós temos uma série de ações que precisam ser feitas para melhorar a gestão de pessoas no hospital e a EB-SERH entende dessa forma, tanto é que, a primeira divisão que ela nomeia depois do gerente é a divisão de gestão de pessoas” (Entrevistado 4).

“Há uma série de ações que foram discutidas e escritas, principalmente àquelas relacionadas a satisfação do trabalhador. No entanto, é importante destacar que a gestão de pessoas deve permear toda a organização, ou seja, todas as chefias são responsáveis por fazer gestão de pessoas. Neste sentido, a nova estrutura organizacional terá o papel impactante na eficiência e eficácia dessa área. Quanto as questões legais, a divisão de gestão de pessoas deverá gerir simultaneamente, servidores celetistas e RJU. Penso que a EB-SERH está dando a estrutura

necessária para a implementação do que foi definido no planejamento”. (Entrevistado 5).

“Ainda não foram contratados nenhum servidor via empresa. Pelo contrato, após a realização de concurso, os novos servidores serão regulamentados pela CLT. Os servidores em atividade continuarão a ser regulamentados pela Lei 8.112 do RJU”. (Entrevistado 6).

“Foi realizado pela EBSERH concurso público para a contratação de pessoal, com a perspectiva de serem chamados os aprovados com a maior brevidade possível, para atender toda a carência existente hoje em relação ao material humano” (Entrevistado 7).

“Já houve o dimensionamento de pessoal e a realização de concurso em dezembro de 2016, contemplando as vagas FAPEU e a inclusão de novas categorias” (Entrevistado 8).

“A política de pessoal está em fase de implantação e tem como base o PDE que foi construído a partir das discussões de um grupo ampliado de servidores do HU” (Entrevistado 9).

“Acho que nós vamos enfrentar desafios do ponto de vista do pessoal, porque vamos ter que lidar por muitos anos com contratos diferentes. Teremos trabalhador estatutário, com uma legislação completamente própria, com direitos trabalhistas completamente diferente dos celetistas. Isso conseguimos contornar de maneira eficaz com a questão da FAPEU. Não estamos falando de uma coisa nova, sempre trabalhamos assim, mas o que a gente entende, é que agora veio uma massa relativamente grande de profissionais em um outro modelo de contrato, com carga horária diferenciada, benefícios diferentes, cobranças talvez diferentes. Vamos ter dois trabalhadores com cargas horárias diferentes, e essa escala não vai ser muito fácil. Com relação das escalas contínuas, outros não vão poder ser e assim por diante. Vamos ter muito desafios do ponto de vista do pessoal, vamos ter o numero aumentando, mas no ponto de vista cotidiano e de estabelecer todos os serviços, e se adequar, vai ser um desafio muito grande”. (Entrevistado 10).

Percebe-se pelos relatos colhidos nas entrevistas realizadas, que a questão de pessoal é um dos grandes problemas enfrentados pelo HU/UFSC. Constata-se já haver sido realizado em dezembro de 2016, concurso público pela empresa para a efetivação imediata de 489 servidores, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, engenheiros, fisioterapeutas, entre outros, para suprir parte da atual carência de mão de obra do hospital. É possível afirmar pelos relatos colhidos, que cerca de 100 funcionários via fundação terão seus contratos rescindidos com a chegada dos concursados. Ressalta-se também que a EBSEERH não cumpriu com o contrato assinado com o HU/UFSC, pois, já se passaram mais de doze meses desde a assinatura, e, até o presente momento, nenhum funcionário foi efetivado.

d) Atendimento a comunidade no HU/UFSC após a adesão à EBSEERH

Na décima oitava pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSC, após a adesão à EBSEERH, em relação ao atendimento ao ensino, pesquisa e extensão.

Os 10 entrevistados descrevem que a nova estrutura organizacional dispõe de um gerente específico para essa função, e que esse já foi escolhido. Acreditam que a partir de agora, haverá uma maior aproximação com os centros de ensino e coloca que a pesquisa é algo que precisa ser fomentada dentro do HU, beneficiará uma participação maior não só de profissionais, mas também de alunos de graduação, a tendência é que haja uma integração maior entre todas as áreas no HU. Acreditam ainda, que, por conta disso, haverá uma maior organização, controle das pesquisas realizadas dentro do HU, com possibilidade de haver bons retornos para a instituição.

“Nós precisamos em primeiro lugar conhecer melhor as ideias das atividades que estão sendo organizadas aqui no HU pelos centros, porque realmente a enfermagem tem uma estrutura mais organizada porque tem o CEPEN, mas o restante, não temos conhecimento exato do que acontece, as atividades. Agora vai ser estruturada todas as questões, ensino e pesquisa, e também extensão e vai mudar de forma muito significativa e deixando claro que nenhum momento vai ter impedimento de acontecer estágios, atividades de pesquisa aqui dentro, bem pelo contrário, um dos macroproblemas que buscam fortalecer a missão do HU e colocamos a pesquisa como algo que precisa

ser fomentada aqui dentro do hospital, por isso a presença da academia aqui dentro, esperamos que ela possa aproveitar o pessoal que é qualificado aqui dentro para que a gente tenha um projeto de pesquisa chapéu, própria da instituição” (Entrevistado 1).

“Com a EBSEH terá uma diretoria específica de ensino, pesquisa e extensão dentro do HU, para tentar ver e regulamentar essas atividades dentro do hospital universitário, mas em vez de fazer isso cada um para o seu lado, será centralizado em uma diretoria específica” (Entrevistado 2).

“Toda essa inter-relação de assistência, ensino e pesquisa dentro da instituição, é muito importante, para que o médico da assistência entenda quais são os objetivos do aluno naquele momento, o que ele tem que sair daquele estágio aprendendo quais são as metas, entender as diretrizes curriculares, aprender sobre isso, então acho que a gerência de ensino e pesquisa vai nesse foco. Nós temos dentro do hospital hoje uma quantidade de reuniões clínicas de todas as áreas, multidisciplinares, medicina, enfermagem, que não são administrativas, clínicas mesmo, e sempre quis mapear isso. Por exemplo, o profissional terminou o ambulatório mais cedo, você olha no mapa e pode ver onde irá começar uma reunião clínica, pode ir lá assistir” (Entrevistado 3).

“A EBSEH já traz uma gerência de ensino e pesquisa, porque não tem como pensar num hospital escola sem uma diretoria ou gerência de ensino que coordene tudo isso, porque permeia por todos os setores do hospital. Temos estágio de todas as categorias da saúde aqui, e precisamos organizar isso e principalmente as pesquisas. Uma das fontes de arrecadação do hospital é a pesquisa. Precisamos amarrar com todos os pesquisadores, que vão buscar no CNPQ, e deixam um percentual para o hospital. Nós queremos amarrar, quer fazer pesquisa no hospital, 6% fica aqui” (Entrevistado 4).

“As propostas da gerência dessa área, são bastante integradoras a todas as atividades hoje desenvolvidas no HU” (Entrevistado 5).

“Neste momento está se formando a gerência de ensino e pesquisa, uma demanda antiga do HU/UFSC e que nunca foi priorizada antes da EBSERH, que buscará uma integração maior entre todas as áreas do HU” (Entrevistado 6).

“A inclusão de uma gerência para ensino, pesquisa e extensão no organograma da empresa, já tem apresentado diferenças no que concerne a essas atividades no HU. Observa-se uma maior organização e disponibilidade de evolução, com bons retornos para a instituição” (Entrevistado 7).

“Sempre foi um sonho do HU e da UFSC ter quem cuidasse dessa área, e com a EBSERH, haverá uma gerência exclusiva para o ensino, pesquisa e extensão que deverá dar mais agilidade e exercer mais controle sobre os processos” (Entrevistado 8).

“Do meu ponto de vista, o período após a adesão é curto para uma avaliação. Apenas foi nomeada a gerente de ensino e pesquisa até o momento” (Entrevistado 9).

“Acredito que iremos ter uma melhora significativa nessa área, pois, com a gerência de pesquisa e extensão haverá maior agilidade e controle nos processos”. (Entrevistado 10)

Percebe-se pelas entrevistadas coletadas que, partindo da mudança estrutural, com a gerência de ensino e pesquisa, poderá haver uma maior agilidade nos processos, maior controle e integração entre as áreas. Pode-se afirmar que apenas houve mudança em relação à posse da gerência de ensino e pesquisa, estando ainda em processo de transição, para adaptação em relação às exigências da empresa.

#### e) Tomada de decisão no HU/UFSC após a adesão à EBSERH

Na décima nona pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSC, após a adesão à EBSERH, em relação à tomada de decisão.

Os dez entrevistados relatam que é muito cedo para falar em relação à tomada de decisão após a adesão do HU/UFSC à EBSERH. Mas,

pelo que foi apresentado, o HU terá total liberdade para definir suas ações, que continuarão a se basear nas contratualizações realizadas junto ao gestor SUS, de onde efetivamente virão os recursos para o HU. Internamente, serão realizadas por um colegiado. Concordam que a nova estrutura organizacional contribuirá para a eficiência, eficácia e efetividade na tomada de decisão no HU, e afirmam que, até o momento, ainda não foi formado o quadro diretivo da EBSEERH, por esse motivo continuam sendo tomadas as decisões nos moldes anteriores. Já foram escolhidos os novos gerentes e o superintendente pela EBSEERH, mas, ainda estão em atividade os antigos diretores e demais chefias, o que torna difícil uma avaliação em relação a qualquer tipo de mudança em relação às decisões tomadas.

“As diretorias da EBSEERH tem um espelho em cada instituição, explicando melhor, lá tem uma diretoria de gestão de pessoas, aqui nós vamos ter uma divisão de gestão de pessoas, considerando os empregados CLT que irão entrar. Isso é padronizado em todas as instituições. Vamos ter um local na EBSEERH para que a gente possa tratar desse assunto, isso vale também para infraestrutura, administração. A EBSEERH dá um norte, mas a decisão é sempre interna, tanto que ela repassou o recurso para redistribuição e nós fizemos a decisão de quais equipamentos iríamos comprar. Não existe uma predeterminação do que fazer” (Entrevistado 1).

“A partir de agora com o novo organograma, isso se torna maior, porque é tudo mais colegiado. As mesmas unidades vão ter um chefe de unidade, mas ele vai ter que ter um colegiado, pessoas de todas as áreas para tomar uma decisão. Um chefe de centro cirúrgico, quantas pessoas de quantas áreas diferentes trabalham lá dentro. Então as decisões vão ter que ser colegiais, e isso é muito importante porque agrega valor a decisão. Porque uma decisão de uma só pessoa morre na praia, um colegiado fortalece” (Entrevistado 3).

“No novo organograma e na filosofia da EBSEERH ela tem que ser horizontal. Claro que o papel das chefias na EBSEERH e de cada um que assumir cargos de chefia, é fazer uma decisão compartilhada. Nós precisamos minimizar a figura do chefe, que ele é quem sabe tudo. Não, eu sei

algumas coisas que aprendi ao longo da vida, com experiências, estudos e leituras, mas tenho que tomar decisão baseado na conversa, ver o que cada um acha e construir e compartilhar com todos essa decisão. Não tem mais isso de eu sei tudo. Nós já tentamos quebrar isso, mas como não temos o hábito de discutir isso, as pessoas que estão abaixo da gente querem uma decisão, agora ela será chamada para discutir junto” (Entrevistado 4).

“Penso que a nova estrutura organizacional irá contribuir para a eficiência, eficácia e efetividade na tomada de decisão” (Entrevistado 5).

“Considerando que ainda não há formação do quadro diretivo EBSEH, a tomada de decisão segue os moldes anteriores” (Entrevistado 6).

“Não é possível ainda se ter uma definição clara sobre a questão, pois ainda estamos no processo de seleção dos novos chefes. Precisamos aguardar o preenchimento de todo o organograma para termos uma noção mais clara de todo o funcionamento”. (Entrevistado 7).

“Apesar de já terem sido escolhidos pela EBSEH o superintendente e os gerentes, ainda temos em atividade os diretores e chefias de antes da chegada da empresa, o que não me permite fazer qualquer análise em relação a mudanças nas decisões tomadas”. (Entrevistado 8).

“Tendo em vista que os servidores do HU são estatutários, regidos pela Lei 8.112/91, e continuam vinculados a UFSC. A tomada de decisão além de envolver o corpo diretivo do hospital e o gabinete do reitor, inclui uma terceira variável no processo que é a EBSEH Sede”. (Entrevistado 9).

“Com a EBSEH vai mudar um pouco, porque como nós vamos ter planejamento estratégico, que foi um ano inteiro de trabalho para isso, e tiveram varias representações de todos os segmentos aqui do hospital, de um grupo gestor de trabalho com nove pessoas, algumas aqui da administração direta e outras de outros setores que estão fazendo durante esse ano um curso promovido pela EBSEH junto ao Sírio Libanês. Então, dentro desse trabalho, nós

fazemos um planejamento estratégico organizado junto com uma equipe com especializados no assunto. Foram realizadas ao longo desse ano inteiro reuniões semanais, e a equipe, uma vez por mês, ficavam uma semana trabalhando esse nosso planejamento estratégico. Acho que daqui pra frente dentro das perspectivas e das pactuações, onde existem metas, prazos, questões mais concretas do que se pretende atingir, acredito que vai ter um tipo de mecanismo melhor para trabalhar, com a questão de planejamento. Então temos uma expectativa muito grande que a gente consiga dentro desse novo modelo de gestão, trabalhar com metas, com planejamento”. (Entrevistado 10).

Constata-se haver uma perspectiva grande de que com o novo organograma, as tomadas de decisões serão mais horizontais e compartilhadas, com a participação de pessoas de todas as áreas. É possível afirmar que ainda está o HU em processo de transição, e a tomada de decisão se mantêm nos mesmos moldes de antes da adesão, não sendo possível afirmar as perspectivas dos entrevistados. O que foi levantado são apenas possibilidades em relação à questão.

#### f) Autonomia do HU/UFSC após a adesão à EBSEH

Na vigésima pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSC, após a adesão à EBSEH, em relação à autonomia.

Os entrevistados de 1 a 10 relatam que em relação à autonomia após a adesão à EBSEH, a um indicativo que nada mudará, ou seja, o HU/UFSC continuará com autonomia suficiente para administrar suas ações. É preciso aguardar a plena efetivação dos processos de transição com a EBSEH no HU, para uma definição mais clara sobre o tema, mas acreditam que não deverá ter alterações significativas.

“Nós continuamos com autonomia para decidir o que é liberado dentro de uma planilha que leva em consideração alguns indicadores do hospital, nós tomamos a decisão, sempre considerando o que é investimento e o que é custeio, temos que respeitar para utilizar”. (Entrevistado 1).

“É preciso aguardar o prazo determinado em contrato para que o HU caminhe integralmente conforme rege o contrato, para um posicionamento



mais claro sobre o tema”. (Entrevistado 2).

“Nossa autonomia para as decisões em relação ao funcionamento do HU, acredito que continuará a ser baseado nas contratualizações realizadas junto ao gestor SUS”. (Entrevistado 3).

“O hospital continua da UFSC, e continuamos nos relacionando com a reitoria e agora temos uma outra oportunidade de resolver problemas. Então sinceramente não perdemos nada, pelo menos até agora”. (Entrevistado 4).

“Não vejo diferença do que já ocorre hoje no HU em relação à autonomia”. (Entrevistado 5).

“Ainda estamos no período de transição para a total efetivação das ações via EBSEH. Por conta disso, fica difícil de ser feito uma análise sobre a pergunta realizada”. (Entrevistado 6).

“Acredito que não haverá alterações significativas em relação à autonomia no HU, mas é preciso aguardar para se ter um posicionamento claro sobre a questão”. (Entrevistado 7).

“Com relação à autonomia, ainda dependerá da relação com a reitoria, pois, o HU continuará sendo órgão suplementar ligado a UFSC”. (Entrevistado 8).

“Continuaremos a ter certa dependência da UFSC, mas com ações também subordinadas a empresa em Brasília”. (Entrevistado 9).

“A EBSEH, pelo menos em relação ao nosso contrato, ela não fez nenhuma interferência. Nós pegamos o nosso modelo de contrato anterior, que foi pactuado em 2010 sem renovação nenhuma, tiveram alguns termos aditivos, mas nada além disso. Então temos metas de 2010, que estamos repactuando tudo isso junto com a EBSEH, universidade e secretaria de estado, e qualquer um que tiver acesso a esse nosso contrato, pode ver que continua sendo feito dentro da perspectiva da gente na rede, da gente atendendo as questões assistenciais dentro da nossa possibilidade. A única questão em que eles estão nos dando um grande apoio, é para que a

gente possa, de fato, ter esse novo contrato, uma vez que fomos perdendo toda nossa capacidade de instalada.”. (Entrevistado 10).

Constata-se existir ainda muitas dúvidas por parte dos entrevistados a cerca das questões ligadas a autonomia do HU após a adesão à EBSEERH, por ainda estar o HU em processo de transição. Relata-se que deverá continuar a ser limitada pelas determinações da Universidade, pelas contratualizações feitas com o gestor SUS e, também, subordinadas as determinações da empresa.

#### g) Escolha dos dirigentes do HU/UFSC após a adesão à EBSEERH

Na vigésima primeira pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSC, após a adesão à EBSEERH, em relação à escolha de seus dirigentes.

Todos os entrevistados concordam que, em relação à escolha dos dirigentes do HU/UFSC após a adesão à EBSEERH, por conta do estatuto da empresa, o superintendente é escolhido pelo reitor. Para as funções de gerentes (de administração, atenção à saúde e ensino e pesquisa), há uma portaria específica que define critérios de avaliação de currículos para ocupar essas funções, ou seja, por meritocracia.

“O superintendente nesse período de transição foi indicado pelo reitor, e nós acreditamos que depois vai começar novamente o processo eleitoral. Os demais também serão processo de avaliação de currículos, pois, a EBSEERH quer que a avaliação seja em três currículos. Podemos abrir um processo em que se inscrevam dez pessoas, e nós selecionamos os três melhores currículos, depois tem outros critérios de acordo com a portaria. A princípio está prevista dessa forma, como segue na portaria número oito”. (Entrevistado 1).

“O estatuto da EBSEERH determina que quem fará a escolha do superintendente será o reitor e os demais através de análise de currículo enviada a empresa para a devida escolha”. (Entrevistado 2).

“Acho que esse modelo de escolha das chefias com as pessoas se candidatando ao cargo e tendo uma análise curricular, tem uma característica um pouco diferente. Você não vai ser eleito, vai ser escolhido porque quer e tem uma qualificação para isso.

Então, dá um pouco mais de qualidade técnica no nome que vai assumir, acho isso bem importante. Se isso tivesse acontecido, por exemplo, quando me candidatei, eu tinha uma experiência de gestão anterior, mas hoje vai ser muito valorizado não só a experiência, mas a formação em gestão e isso é bem importante. O mundo evoluiu e nós não podemos mais ser amadores. Tratamos de coisas muito sérias e quem assume tem que estar preparado para isso. Os gerentes são nesse modelo, através da abertura de processo seletivo, enviando currículo, este é analisado e pontuado conforme os critérios já pré-estabelecidos e enviando a EBSEH. Acho que é bem interessante”. (Entrevistado 3).

“Na EBSEH tem uma regra que, para o cargo de gerente, tem que haver três nomes, enviado os currículos, pontuação, e tem uma entrevista que fica gravada. Eu participei de uma entrevista em videoconferência, fui sabatinado por três diretores da EBSEH, diretor administrativo e infraestrutura, de orçamentos e finanças e gestão de pessoas [...]”. (Entrevistado 4).

“A escolha do superintendente é feita pelo reitor e os demais através de avaliação curricular, ou seja, por meritocracia”. (Entrevistado 5).

“De acordo com o estatuto da empresa, a escolha do superintendente é de escolha exclusiva do reitor e os demais gerentes são escolhidos através de análise curricular realizado pela empresa”. (Entrevistado 6).

“Não será por eleições e sim por escolha de perfil e curriculum . Eventualmente poderá ser um bom caminho principalmente nesse momento de transição”. (Entrevistado 7).

“No estatuto da empresa consta que, para o cargo de superintendente, o reitor fará a indicação. Já em relação aos gerentes, deverá ser encaminhada uma lista tríplice a empresa, que fará a escolha através da avaliação dos currículos”. (Entrevistado 8).

“Para o cargo de superintendente do HU, o reitor

fará a indicação. Os gerentes são escolhidos a partir de uma seleção curricular e entrevista”. (Entrevistado 9).

“Foram indicados os nomes para EBSEH dentro de um contexto em cima de pessoas que já vinham desenvolvendo atividades, a superintendente, indicada pelo reitor, é o único cargo que até o momento teve FG. Em relação as três gerências, administração, de ensino e pesquisa e saúde, foram três nomes para cada uma dessas, abriu-se um processo de inscrição, foi feita uma comunicação interna, as pessoas que se sentiram capacitadas a concorrer ao cargo enviaram os currículos, esses currículos foram apresentados a EBSEH, para cada um ficaram três nomes e foi feita uma conversa EBSEH, superintendente e UFSC reitoria, para indicar o nome desses três gerentes. O gerente de ensino e pesquisa saiu de uma discussão do centro de ciências e saúde, porque acredito que deva ser alguém que não seja somente professor, mas alguém que atue dentro do HU e conheça nossa estrutura. As pessoas que se propuseram ao cargo colocaram seu nome a disposição. Só lembrando que, até o presente momento, também na crise, nós não tínhamos mais ninguém empossado, então também se torna uma situação muito séria, porque tenho três gerentes que não tomaram posse porque não tem FG para eles, conseqüentemente não tem FG para nenhuma chefia de divisão, conseqüentemente para nenhum setor”. (Entrevistado 10).

Percebe-se pelas entrevistas realizadas que, com base no novo organograma para o HU, e conforme consta no estatuto da empresa, o superintendente precisa fazer parte do quadro da Universidade, ser um professor, e indicado pelo reitor. Os 03 gerentes, de atenção à saúde, administrativo e pesquisa e extensão, são escolhidos através de uma lista tríplice, com análise curricular, avaliados e homologados pelo diretor da EBSEH. Para os demais cargos comissionados, são realizadas avaliações de currículo, com valorização a capacidade técnica. No novo modelo, a escolha democrática através do voto da comunidade hospitalar não mais existirá. Relata-se que, até o momento, apenas o superintendente e os 03 gerentes foram efetivados nesse processo de transição.

h) Quantitativos de leitos fechados ou desativados no HU/UFSC após a adesão à EBSEERH

Na vigésima segunda pergunta feita, foi solicitado aos entrevistados que discorressem sobre o funcionamento do HU/UFSC, após a adesão à EBSEERH em relação ao quantitativo de leitos fechados ou desativados.

Segundo os entrevistados de 1 a 8, há uma perspectiva de serem ativados os 98 leitos fechados, se forem concretizados a efetivação dos servidores do concurso realizado pela EBSEERH. E que deverá ser retomada a capacidade de 302 leitos, e reaberto a unidade de clínica médica fechada.

“Com a EBSEERH renasceu a esperança. Sabemos que não vamos resolver todos os nossos problemas, mas temos um norte, porque até então não tínhamos nenhuma possibilidade de contratação de pessoal e com a EBSEERH essa possibilidade veio e o concurso mostra que tínhamos essa necessidade. Não estávamos inventando uma coisa para sucatear o hospital. Nós acreditamos numa recuperação da estrutura física, e estamos trabalho com isso, não só da estrutura, mas temos planos de trabalho para mobiliário. Com a vinda dos trabalhadores vamos conseguir abrir os 98 leitos e com uma perspectiva boa de recuperação da infraestrutura física e tecnológica. Acho que o HU só tem a ganhar, pelo menos observando as outras instituições, pena que foi esse ano, porque se tivéssemos aderido em 2014 estaríamos com uma condição muito melhor”. (Entrevistado 1).

“A proposta da EBSEERH com esse quantitativo de pessoas será de retomar a capacidade de 302 leitos, e temos condições de abrir a unidade de queimados, que o estado inteiro precisa que abra. A nossa ideia é chegar em torno de 310, 312 leitos nessa primeira fase, sem entrar nas expansões que precisam ser negociadas com os gestores estadual e municipal, aí essa negociação começa a ser feita em cima das expansões futuras”. (Entrevistado 2).

“Com a chegada dos novos servidores, acreditamos que os 98 leitos fechados e as duas unidades de

clínica médica deverão ser reativados”. (Entrevistado 3).

“Nossa expectativa é que, com a chegada dos profissionais concursados, consigamos reativar os 98 leitos fechados”. (Entrevistado 4).

“Com as novas contratações que ocorrerão, os leitos fechados serão reabertos”. (Entrevistado 5).

“Acredito que os 93 leitos fechados deverão ser reativados, logo após a efetivação dos servidores aprovados no concurso realizado pela empresa”. (Entrevistado 6).

“O objetivo é reabrir todos os leitos fechados assim que forem contratados os servidores aprovados no concurso realizado pela empresa”. (Entrevistado 7).

“Com a contratação dos novos servidores aprovados no concurso, gradativamente deverão ser reabertos os 93 leitos fechados”. (Entrevistado 8).

Relatam os entrevistados 9 e 10 que, se forem realmente efetivados os servidores aprovados no concurso, os 100 leitos que, em média, haviam sido fechados, deverão ser reativados.

“Os quase 100 leitos fechados ainda não foram abertos. O concurso da EBSEH aconteceu em 18/12/16, e os aprovados ainda não foram chamados”. (Entrevistado 9).

“Como coloquei anteriormente, se nós tivermos essa contratação toda, já foi apontado que, em 2017, a gente consiga a reativação dos 100 leitos em média fechados, não a ampliação”. (Entrevistado 10).

Constata-se nas entrevistas realizadas que ainda não houve qualquer mudança. Ainda não foram efetivados os novos funcionários aprovados no concurso, por conta do não cumprimento do contrato por parte da empresa, que tem até 12 meses para abertura de leitos fechados. É possível afirmar que não haverá aumento no quantitativo de leitos, porém, assim que forem empossados os novos funcionários, deverão ser reabertos todos os 98 leitos anteriormente fechados.

Sobre o aspecto estratégico envolvendo as questões organizacionais societárias, Tenório (2010) enfatiza a necessidade de que os gestores, qualquer que seja a configuração jurídica da organização, atuem

sob uma perspectiva na qual o determinante de suas ações deve ser a sociedade e não o mercado (TENÓRIO, 2010).

A situação do HU/UFSC após a adesão à EBSEH ainda continua crítica em todas as áreas. Persistem: dificuldades estruturais por conta das exigências da legislação da Vigilância Sanitária e Corpo de Bombeiros para a regularização dos alvarás necessários para pleno funcionamento; a falta de pessoal ainda é o determinante para reabertura de leitos e ampliação das ofertas, bem como, as questões orçamentárias por conta dos gastos com a folha FAPEU. Por conta da adesão, no entendimento da reitoria, pagamentos que antes eram efetuados pela UFSC, como água e luz, passaram a ser pagos pelo HU. Nenhum dos aprovados no concurso realizado pela empresa foi chamado até o final da presente pesquisa, por conta do descumprimento do contrato.

Na sequência discutir-se-á sobre os processos relacionados as mudanças ocorridas nos HU's da UFSM e da UFSC após a adesão à EBSEH, no contexto das teorias de administração pública, de administração universitária e do Sistema Único de Saúde.

#### 4.4 AS MUDANÇAS OCORRIDAS NOS HU'S DA UFSM E DA UFSC APÓS A ADESAO À EBSEH NO CONTEXTO DAS TEORIAS DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, DE ADMINISTRAÇÃO UNIVERSITÁRIA E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A partir da análise de dados e análise documental realizada, apresentam-se, na sequência, as mudanças ocorridas nos HU's da universidade federal de Santa Maria e de Santa Catarina, após a adesão à EBSEH.

##### **4.4.1 As mudanças efetivas ocorridas no HU da UFSM, após a adesão à EBSEH**

Partindo das entrevistas realizadas com o superintendente, gerentes, auditor e chefes de divisão do Hospital Universitário de Santa Maria, pode-se extrair que a estrutura física sofreu adaptações para acomodar a demanda de atendimento e por conta do aumento do quadro de pessoal. A estrutura tecnológica sofreu um incremento com a aquisição de um tomógrafo, uma ressonância magnética, camas automatizadas e uma estação de geradores. Na área de tecnologia da informação, foi implantado o AGHU e o prontuário online. A estrutura organizacional passou a ser formada por um novo organograma, com um superintendente, 01 gerente

de administração, 01 gerente de atenção à saúde e 01 gerente de pesquisa e extensão, além de chefes de divisões, chefes de setores e chefes de unidades, com valores pagos a essas funções gratificadas bem significativas. O relacionamento com o SUS continua a ser por conta das pactuações realizadas com o gestor, 100% público e de forma gratuita. O atendimento a comunidade sofreu melhoras com a chegada dos novos servidores. Foi ampliado o número de consultas, exames, internações, além da ampliação do quadro de especialistas. A situação relacionada á política de pessoal, onde, a falta de servidores era um dos maiores problemas do hospital, foi resolvida com a efetivação de 827 novos funcionários concursados, nas mais diversas profissões, que supriram toda a carência que existia na Instituição. Atualmente existem servidores RJU do quadro da Universidade, com regulamentação definido quanto à capacitação e qualificação, e os novos servidores CLT, que ainda necessitam de regulamentação para esses fins. O atendimento ao ensino, pesquisa e extensão teve uma mudança estrutural, passando a ter uma gerência para esta área, que proporcionou uma nova forma de controle, organização, além da integração entre os setores, com investimentos específicos em pesquisa com a obrigatoriedade de retornos para o hospital.

Á tomada de decisão nas ações internas são realizadas pelo colegiado do hospital. Nas decisões macro, existe uma fragmentação entre EBSEH e Universidade, o que, em muitos casos, torna o processo bastante lento. Em relação à autonomia, ocorre mais agilidade no processo de compras, pagamentos e na reposição de pessoal. Nota-se retrocesso em alguns processos burocráticos, devido à centralização de normas estipuladas pela empresa.

A escolha dos dirigentes é feita com base no regimento da EBSEH, onde o diretor geral, antes eleito, foi substituído por um superintendente, obrigatoriamente servidor da Universidade, indicado pelo reitor. Os diretores de administração, de enfermagem, clínico, de pesquisa e extensão, antes fazendo parte da chapa que concorria na eleição, foram mudados para gerente administrativo, gerente de atenção à saúde e gerente de pesquisa e extensão, escolhidas através de análise curricular e sabatina feita pelo diretor da EBSEH. Os chefes de divisão, de setores e de unidades, também são escolhidos por análise curricular e também capacidade técnica. O quantitativo de leitos foi ampliado, passando de 303 para 403, onde, destes, 30 são domiciliares.

Diante de toda a análise realizada em relação às mudanças efetivas que ocorreram no HU/UFSM após a adesão à EBSEH, é possível afirmar que a empresa solucionou as questões ligadas à falta de pessoal com a contratação de 827 funcionários, como médicos, enfermeiros, técnicos de



enfermagem, advogados, engenheiros, fisioterapeutas, entre outros. Com esse efetivo foram ampliados de 303 para 403 o quantitativo de leitos no hospital, além do aumento nas ofertas de consultas em novas especialidades, e internações para a comunidade. Salienta-se também que, com a contratação de advogados pela empresa, muitas ações tiveram seus processos acelerados, o que antes era mais lento por se juntar a toda a Universidade. Da mesma forma, as questões ligadas à construção de projetos também melhorou com a chegada de engenheiros através do concurso. É possível afirmar que, muitas melhorias realizadas no HU/UFSC coincidiram com a chegada da EBSERH, porém foram oriundas de negociações através de recursos do REHUF.

#### **4.4.2 As mudanças efetivas ocorridas no HU da UFSC, após a adesão à EBSERH**

Á partir das entrevistas realizadas com a superintendente, diretores, chefe de gabinete e chefes de divisão do Hospital Universitário da Universidade de Santa Catarina, pode-se extrair que já foi autorizado à troca de todo o telhado, com recursos já liberados. Quanto à estrutura tecnológica, está prevista a chegada de um tomógrafo de 64 canais comprado pela empresa. A estrutura organizacional passou a ser formada por um novo organograma, com um superintendente, 01 gerente de administração, 01 gerente de atenção à saúde e 01 gerente de pesquisa e extensão, além de chefes de divisões, chefes de setores e chefes de unidades, com valores pagos a essas funções gratificadas bem significativas. No entanto, como está o HU/UFSC ainda num processo de transição, apenas o superintendente, o gerente de administração, de atenção à saúde e de pesquisa e extensão foram empossados. O relacionamento com o SUS continua feito 100% público e contratualizado. O atendimento a comunidade ainda não sofreu mudanças. Á política de pessoal continua sendo um problema, pois, mesmo sendo realizado o concurso pela empresa para a contratação de novos funcionários em dezembro de 2016, até o término desta pesquisa ainda não foi efetivada a contratação dos aprovados. A mudança relacionada ao ensino, pesquisa e extensão, ocorreu apenas na estrutura, com a efetivação do gerente de pesquisa e extensão. As questões relacionadas á tomada de decisão e autonomia, ainda são mantidas nos mesmos moldes anteriores à adesão à EBSERH. A escolha dos dirigentes é feita com base no regimento da EBSERH, onde, o diretor geral, antes eleito, foi substituído por um superintendente, obrigatoriamente servidor da Universidade, que foi

indicado pelo reitor e aprovado pela EBSEERH. Os diretores de administração, de enfermagem, de medicina, de apoio assistencial, foram mudados para: gerente administrativo, gerente de atenção à saúde e gerente de pesquisa e extensão, escolhidas através de análise curricular e sabatina feita pelo diretor da EBSEERH. Até o término da presente pesquisa, apenas foram empossados o superintendente e os gerentes de administração, de atenção à saúde e de pesquisa e extensão.

Mesmo constando no artigo 16º da lei 12.550, que o prazo da EBSEERH é de até 12 meses, após a assinatura do contrato, para a reabertura dos leitos fechados, ainda permanecem inalterados as questões relacionadas ao tema, até o final da presente pesquisa, por não haver sido cumprido o que consta na lei que criou a empresa.

Após análise de todo material levantado, é possível afirmar que ainda não houve nenhuma mudança efetiva no HU/UFSC. Persistem os problemas relacionados à estrutura física para atender a legislação vigente da Vigilância Sanitária e Corpo de Bombeiros. O HU/UFSC continua sem rampas de acesso para os andares e saídas de emergência, além de não terem sido realizadas as adaptações nos quartos das unidades de internação para atender pacientes portadores de necessidades especiais, por exemplo. Os concursados ainda não foram efetivados, o que impede a reabertura dos 98 leitos fechados em média, além da unidade de clínica médica e a rescisão dos contratados via fundação de apoio. É possível afirmar, porém, já haver sido realizadas mudanças na estrutura organizacional, com a posse da superintendente, dos gerentes de administração, de atenção à saúde e de ensino e pesquisa.

Na próxima seção, discute-se a EBSEERH no contexto do teor da administração pública.

#### **4.4.3 A EBSEERH no contexto do teor da administração pública**

Conforme discutido exaustivamente na fundamentação teórica, as teorias de administração pública são constituídas, num primeiro momento, pelo patrimonialismo, burocracia e gerencialismo. Atualmente ganha relevo novas tendências, destacando-se o novo serviço público.

Considerando-se as características da Administração e analisando-se a gestão dos HU's por meio da EBSEERH, observa-se:

a) O quadro 11 apresenta as características da administração patrimonialista e da gestão dos HU's pela EBSEH.

Quadro 11 – Características da administração Patrimonialista e da gestão dos HU's pela EBSEH

<b>Características da Administração Patrimonialista</b>	<b>Características da Gestão dos HU's pela EBSEH</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predomínio da vontade unipessoal do dirigente;</li> <li>- cargos públicos como benefícios;</li> <li>- Clientelismo, corrupção e nepotismo;</li> <li>- Ausência de carreiras e critérios de promoção;</li> <li>- Fronteira nebulosa entre o público e o privado;</li> <li>- Casuísmo e particularismo de procedimentos.</li> <li>- Autoridade centrada em uma única pessoa.</li> <li>- Uso da capacidade de persuasão e manipulação.</li> <li>- Apropriação de ativos e interesses públicos por particulares.</li> </ul>	<p>QUANTO À FORMA: Empresa pública (capital exclusivo da União);</p> <p>QUANTO À FINALIDADE: Prestadora de serviços públicos;</p> <p>QUANTO À RELAÇÃO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: Entidade supervisionada vinculada à administração direta (MEC);</p> <p>QUANTO ÀS SUAS FONTES DE FINANCIAMENTO: Empresa estatal dependente (Receitas próprias, REHUF e transferências do tesouro nacional);</p> <p>QUANTO À GOVERNANÇA: Colegiada - Conselhos de administração, fiscal, consultivo e diretoria executiva;</p> <p>QUANTO AO REGULAMENTO: Estatuto social publicado por decreto, com base na lei autorizativa e o regimento interno aprovado pelo conselho de administração;</p> <p>QUANTO AO REGIME DE PESSOAL: CLT, com admissão por concurso público (MPOG aprova quantitativos, plano de cargos e salários, benefícios, acordos coletivos, etc.);</p> <p>(BRASIL, 2011).</p>

Fonte: Adaptado pelo autor 2017.

Não estão claros, nas características da EBSEH, o sistema de carreira e os critérios de promoção. Podem ocorrer ainda, outras características do patrimonialismo, como o predomínio da vontade dos dirigentes em razão do poder exercido pelas chefias, considerando os elevados valores das respectivas gratificações. As demais características do patrimonialismo não ocorrem na EBSEH.

De qualquer forma, é possível afirmar que não existe predominância das características do patrimonialismo na gestão da

EBSERH, conforme demonstrado no quadro 11.

Verifica-se, na administração pública patrimonialista, o governante utiliza todo o aparelho do estado em benefício próprio e de terceiros por ele favorecidos, ocorrendo o favorecimento de poucos em detrimento dos interesses de toda uma sociedade (WEBER, 1999).

b) O quadro 12 apresenta as características da administração burocrática e da gestão dos HU's pela EBSERH.

Quadro 12 – Características da administração burocrática e da gestão dos HU's pela EBSERH

<b>Características da Administração Burocrática</b>	<b>Características da Gestão dos HU's pela EBSERH</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- - Impessoalidade;</li> <li>- - Formalismo;</li> <li>- - Divisão do trabalho;</li> <li>- - Hierarquia funcional;</li> <li>- - Competência técnica baseada em um sistema de mérito;</li> <li>- - Rígido controle, a priori, dos procedimentos adotados pelo administrador público.</li> </ul>	<p>QUANTO À FORMA: Empresa pública (capital exclusivo da União);</p> <p>QUANTO À FINALIDADE: Prestadora de serviços públicos;</p> <p>QUANTO À RELAÇÃO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: Entidade supervisionada vinculada à administração direta (MEC);</p> <p>QUANTO ÀS SUAS FONTES DE FINANCIAMENTO: Empresa estatal dependente (Receitas próprias, REHUF e transferências do tesouro nacional);</p> <p>QUANTO À GOVERNANÇA: Colegiada - Conselhos de administração, fiscal, consultivo e diretoria executiva;</p> <p>QUANTO AO REGULAMENTO: Estatuto social publicado por decreto, com base na lei autorizativa e o regimento interno aprovado pelo conselho de administração;</p> <p>QUANTO AO REGIME DE PESSOAL: CLT, com admissão por concurso público (MPOG aprova quantitativos, plano de cargos e salários, benefícios, acordos coletivos, etc.);</p> <p>(BRASIL, 2011).</p>

Fonte: Adaptado pelo autor 2017.

De acordo com o quadro 12, identifica-se a presença das seguintes características da administração burocrática na gestão dos HU's pela EB-SERH: a impessoalidade e a competência baseada em um sistema de mérito.

Sabe-se que o sistema burocrático não é possuidor da capacidade de decisões rápidas, justamente por seus controles excessivos e formais, desta feita, inviável se torna o atendimento ágil e eficiente, este que é a busca daquele que procura o serviço público. As dificuldades de atendimento dos cidadãos, como efeito social, tornam-se consequências do sistema burocrático.

No modelo burocrático, é enfatizado aspectos absolutamente formais, controlando processos de decisão, estabelecendo uma hierarquia funcional rígida, baseada em princípio de profissionalização, formalismo, entre outros (ACUNHA 2012, p. 27).

Da mesma forma, constata-se que não existe prevalência das características do modelo burocrático na EB-SERH.

c) O quadro 13 apresenta as características da administração Gerencial e da gestão dos HU's pela EB-SERH.

Quadro 13 – Características da administração gerencial e da gestão dos HU's pela EB-SERH

<b>Características da Administração Gerencial</b>	<b>Características da Gestão dos HU's pela EB-SERH</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação para critérios de eficiência via adoção de técnicas de administração de empresas (Tecnologia gerencial);</li> <li>- Foco no cidadão;</li> <li>- Liberdade maior ao gestor público para expressar a sua criatividade;</li> <li>- Controle por resultados;</li> <li>- Descentralização políticas e administrativas; redução de níveis hierárquicos e flexibilidade organizacional;</li> <li>- Contrato de gestão.</li> </ul>	<p>QUANTO À FORMA: Empresa pública (capital exclusivo da união);</p> <p>QUANTO À FINALIDADE: Prestadora de serviços públicos;</p> <p>QUANTO À RELAÇÃO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: Entidade supervisionada vinculada à administração direta (MEC);</p> <p>QUANTO ÀS SUAS FONTES DE FINANCIAMENTO: Empresa estatal dependente (Receitas próprias, REHUF e transferências do tesouro nacional);</p> <p>QUANTO À GOVERNANÇA: Colegiada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conselhos de administração, fiscal, consultivo e diretoria executiva;</li> </ul> <p>QUANTO AO REGULAMENTO: Estatuto social publicado por decreto, com</p>

	base na lei autorizativa e o regimento interno aprovado pelo conselho de administração; QUANTO AO REGIME DE PESSOAL: CLT, com admissão por concurso público (MPOG aprova quantitativos, plano de cargos e salários, benefícios, acordos coletivos, etc.); (BRASIL, 2011).
--	---

Fonte: Adaptado pelo autor 2017.

É possível afirmar, conforme quadro 13, que as características da administração gerencial estão presentes na gestão dos HU's pela EB-SERH, ou seja: Quanto à forma, a EB-SERH apresenta-se como uma empresa pública, de capital exclusivo da união, que se enquadra nas características da administração gerencial por apresentar orientação para critérios de eficiência via adoção de técnicas de administração de empresas (Tecnologia gerencial); quanto a sua finalidade, a EB-SERH apresenta-se como uma prestadora de serviços públicos, enquadrando-se no modelo gerencial que tem seu foco no cidadão; quanto à relação com a administração pública, no modelo gerencial se enquadra possuindo uma liberdade maior ao gestor público para expressar a sua criatividade; quanto a suas fontes de financiamento, a EB-SERH se encaixa no modelo gerencial por acoplar controle por resultados; quanto à governança, a EB-SERH se encaixa no modelo gerencial pela descentralização política e administrativa, redução de níveis hierárquicos e flexibilidade organizacional; quanto ao regulamento, a EB-SERH se enquadra no gerencialismo por existir contrato de gestão; quanto ao regime de pessoal, à EB-SERH nas características do gerencialismo se molda por existir orientação para critérios de eficiência via adoção de técnicas de administração de empresas (Tecnologia gerencial).

É possível ressaltar, entretanto, que a aplicação do gerencialismo no setor público faz-se sob o argumento da eficiência de suas proposições, contudo esse modelo de gestão não tem se mostrado útil para lidar com a complexidade da administração pública e vida política. O desenvolvimento de técnicas e programas administrativos sofisticados, não é condição suficiente para uma gestão pública democrática, afirmar Paula (2005)..

d) O quadro 14 apresenta as características do Novo Serviço Público e da gestão dos HU's pela EBSEH.

Quadro 14 – Características do novo serviço público e da gestão dos HU's pela EBSEH

<b>Características do Novo Serviço Público</b>	<b>Características da Gestão dos HU's pela EBSEH</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servir a cidadãos, não a consumidores;</li> <li>- visa o interesse público;</li> <li>- dar precedência à cidadania e ao serviço público sobre o empreendedorismo;</li> <li>- pensar estrategicamente;</li> <li>- agir democraticamente;</li> <li>- dar valor às pessoas, não apenas à produtividade.</li> </ul>	<p>QUANTO À FORMA: Empresa pública (capital exclusivo da União);</p> <p>QUANTO À FINALIDADE: Prestadora de serviços públicos;</p> <p>QUANTO À RELAÇÃO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: Entidade supervisionada vinculada à administração direta (MEC);</p> <p>QUANTO ÀS SUAS FONTES DE FINANCIAMENTO: Empresa estatal dependente (Receitas próprias, REHUF e transferências do tesouro nacional);</p> <p>QUANTO À GOVERNANÇA: Colegiada - Conselhos de administração, fiscal, consultivo e diretoria executiva;</p> <p>QUANTO AO REGULAMENTO: Estatuto social publicado por decreto, com base na lei autorizativa e o regimento interno aprovado pelo conselho de administração;</p> <p>QUANTO AO REGIME DE PESSOAL: CLT, com admissão por concurso público (MPOG aprova quantitativos, plano de cargos e salários, benefícios, acordos coletivos, etc.);</p> <p>(BRASIL, 2011).</p>

Fonte: Adaptado pelo autor, 2017.

Constata-se a partir do quadro 14, que as características do novo serviço público idealizadas após Denhardt e Denhardt (2003) não estão presentes no modelo de gestão da EBSEH.

Analisando a EBSEH no contexto do teor da administração pública, constata-se se enquadrar no modelo gerencialista, por conter em seus princípios a orientação para critérios de eficiência via adoção de técnicas de administração de empresas (Tecnologia gerencial); foco no ci-

dadão; liberdade maior ao gestor público para expressar a sua criatividade; controle por resultados; descentralização políticas e administrativas; redução de níveis hierárquicos e flexibilidade organizacional e contrato de gestão.

Na sequência, apresenta-se a EBSEERH no contexto da administração Universitária.

#### 4.4.4 A EBSEERH no contexto da administração universitária

Os desafios da gestão da Universidade são inúmeros e, por vezes, até incompreendidos. Tavares (2011) faz um levantamento de alguns desses desafios: processo decisório e forma de participação por meio de colegiados representativos dos seguimentos da universidade; autonomia universitária, como decorrência lógica dos próprios objetivos e da missão da universidade; dimensão política da Universidade, com fundamentos nas próprias leis de funcionamento e forças específicas que se mobilizam para realizar ou reagir a mudanças; performance institucional.

Observando-se as características das Universidades e avaliando-se a gestão dos HU's pela EBSEERH, conforme o quadro 15, constata-se:

Quadro 15 – Características das universidades e da EBSEERH

<b>Característica das Universidades</b>	<b>Características da EBSEERH</b>
QUANTO À FORMA: Autarquia; QUANTO À FINALIDADE: Ensino, pesquisa e extensão; QUANTO À RELAÇÃO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: Autonomia/ Vinculada ao MEC; QUANTO ÀS SUAS FONTES DE FINANCIAMENTO: Tesouro nacional assegurado pela constituição federal; QUANTO À GOVERNANÇA: Colegiada; QUANTO AO REGULAMENTO: Estatuto e regimento; QUANTO AO REGIME DE PESSOAL: RJU, Lei 8.112/90. (BRASIL, 2011).	QUANTO À FORMA: Empresa pública (capital exclusivo da União); QUANTO À FINALIDADE: Prestadora de serviços públicos; QUANTO À RELAÇÃO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: Entidade supervisionada vinculada à administração direta (MEC); QUANTO ÀS SUAS FONTES DE FINANCIAMENTO: Empresa estatal dependente (Receitas próprias, REHUF e transferências do tesouro nacional); QUANTO À GOVERNANÇA: Colegiada - Conselhos de administração, fiscal, consultivo e diretoria executiva; QUANTO AO REGULAMENTO: Estatuto social publicado por decreto,



	<p>com base na lei autorizativa e o regimento interno aprovado pelo conselho de administração;</p> <p>QUANTO AO REGIME DE PESSOAL: CLT, com admissão por concurso público (MPOG aprova quantitativos, plano de cargos e salários, benefícios, acordos coletivos, etc.); (BRASIL, 2011).</p>
--	---

Fonte: Adaptado pelo autor, 2017.

Diante do quadro apresentado, observa-se a partir das características das universidades e da EBSEERH, que a Universidade é uma autarquia, enquanto a EBSEERH é uma empresa pública; a universidade tem por finalidade o ensino, pesquisa e extensão, enquanto a EBSEERH a prestação de serviços públicos; a Universidade possui autonomia e vínculo com o MEC e a EBSEERH supervisionada e vinculada a administração direta/MEC; a Universidade tem por fonte de financiamento o tesouro nacional, conforme é assegurado pela Constituição Federal, e a EBSEERH é uma empresa estatal dependente (Receitas próprias, REHUF e transferências do tesouro nacional); a Universidade e a EBSEERH possuem governança colegiada; a Universidade é regulamentada através de seu estatuto e regimento, enquanto a EBSEERH tem seu estatuto publicado por decreto, com base na lei autorizativa e o regimento interno aprovado pelo Conselho de Administração; a Universidade tem seu regime de pessoal através do RJU, enquanto a EBSEERH pela CLT.

As Universidades são autarquias criadas por lei e possuem personalidade jurídica pública, além de terem sua capacidade exclusivamente administrativa e desenvolver capacidade específica sujeitas a controle administrativo (DI PIETRO, 2012).

A EBSEERH é uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado, possuindo patrimônio próprio e capital exclusivo da união, criada por lei para a exploração de atividade econômica, por força de contingenciamento ou conveniência administrativa (BRASIL, 2011). Destaca-se como principais desafios analisados nas características da Universidade e da EBSEERH, as questões ligadas à política de pessoal, onde, os servidores da Universidade são regidos pelo RJU e os funcionários da EBSEERH pela CLT. Cita-se também o desafio a ser enfrentado em relação à finalidade, onde o da Universidade é o ensino, pesquisa e extensão e a EBSEERH é de ser prestadora de serviços públicos.

Na próxima seção, apresenta-se à EBSEERH no contexto do Sistema Único de Saúde.

#### 4.4.5 A EBSERH no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS

O SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o que implica conceber como imagem-objetivo de um processo de reforma do sistema de saúde herdado, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral.

O quadro 16 compara as características do SUS, conforme princípios explicitados na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e as características da gestão dos HU's pela EBSERH:

Quadro 16 – Características do SUS e Características da Gestão dos HU's pela EBSERH

Características do SUS	Características da Gestão dos HU's pela EBSERH
<p>QUANTO À FORMA: Administração direta – União, estados e municípios;</p> <p>QUANTO À FINALIDADE: Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;</p> <p>QUANTO À RELAÇÃO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;</p> <p>QUANTO ÀS SUAS FONTES DE FINANCIAMENTO: Tesouro nacional, estados e municípios;</p> <p>QUANTO À GOVERNANÇA: Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; participação da comunidade;</p> <p>QUANTO AO REGULAMENTO: Constituição federal e Lei do SUS;</p> <p>QUANTO AO REGIME DE PESSOAL: RJU, Lei 8.112/90.</p>	<p>QUANTO À FORMA: Empresa pública (capital exclusivo da União);</p> <p>QUANTO À FINALIDADE: Prestadora de serviços públicos;</p> <p>QUANTO À RELAÇÃO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: Entidade supervisionada vinculada à administração direta (MEC);</p> <p>QUANTO ÀS SUAS FONTES DE FINANCIAMENTO: Empresa estatal dependente (Receitas próprias, REHUF e transferências do tesouro nacional);</p> <p>QUANTO À GOVERNANÇA: Colegiada - Conselhos de administração, fiscal, consultivo e diretoria executiva;</p> <p>QUANTO AO REGULAMENTO: Estatuto social publicado por decreto, com base na lei autorizativa e o regimento interno aprovado pelo conselho de administração;</p> <p>QUANTO AO REGIME DE PESSOAL: CLT, com admissão por concurso público (MPOG aprova quantitativos, plano de cargos e salários, benefícios, acordos coletivos, etc.); (BRASIL, 2011).</p>

Fonte: Adaptado pelo autor, 2017.

Diante das características apresentadas do SUS e da EBSEERH no quadro 16, observa-se que o SUS está ligado à Administração Direta da União, estados e municípios e a EBSEERH uma empresa pública com capital exclusivo da união. O SUS tem por finalidade a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, enquanto a EBSEERH é uma prestadora de serviços públicos. À relação com a administração pública do SUS na conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da união, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população, enquanto que a EBSEERH é uma entidade supervisionada vinculada à administração direta (MEC). Quanto às fontes de financiamento, as do SUS se dão através do tesouro nacional, estados e municípios e as da EBSEERH através de receita própria, do REHUF e transferências do tesouro nacional. A governança do SUS possui descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, além da participação da comunidade. Já a EBSEERH possui governança colegiada. O SUS é regulamentado pela Constituição Federal (BRASIL, 1988) e pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), e a EBSEERH pelo estatuto social publicado por decreto, com base na lei autorizativa e o regimento interno aprovado pelo Conselho de Administração. Quanto ao regime de pessoal, o SUS é regulamentado pela Lei 8.112/90 (RJU) (BRASIL, 1990) e a EBSEERH pela CLT.

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).

A EBSEERH tem como missão, garantir as condições necessárias para que os Hospitais Universitários Federais prestem assistência de excelência no atendimento às necessidades de saúde da população, de acordo com as orientações do Sistema Único de Saúde (SUS) e ofereçam as condições adequadas para a geração de conhecimento de qualidade e formação dos profissionais dos diversos cursos das Universidades as quais pertencem. Como visão, a empresa almeja ser referência na gestão de Hospitais Universitários Federais (BRASIL, 2011).

Diante das características apresentadas do SUS e da EBSEERH, constata-se existir nas prerrogativas da lei que as instituiu, a preocupação em garantir as condições necessárias para atender as necessidades em relação à saúde da população, no entanto, um rápido olhar para o cotidiano dos serviços de saúde é suficiente para identificar as deficiências

existentes. As perversas desigualdades no acesso e utilização dos serviços, o mau atendimento, as filas, a superlotação das emergências, a escassez de recursos nas unidades de saúde, a falta de leitos hospitalares e a demora em a marcação de exames são algumas das evidências da inadequação entre o proposto pelo arcabouço jurídico legal do SUS e a realidade dos serviços hospitalares brasileiros, aponta-se como desafios a serem enfrentados por essas instituições.

A partir da análise de dados e análise documental constantes neste estudo, constata-se que, os HU's da UFSM e da UFSC sofrem com a falta de investimentos governamentais. Apresentando uma estrutura física inaugurada de 1970, o HU/UFSM, antes de efetivar sua adesão à EBSEH, apresentava muitos desgastes em sua construção. Foram realizadas adaptações internas para atender as necessidades em relação à falta de consultórios e ligados a academia. Da mesma forma, o HU/UFSC, inaugurado em 1980, enfrenta situações bastante complicadas em sua estrutura física. Funcionando sem ter um alvará geral da Vigilância Sanitária e do Corpo de Bombeiros, foi adaptando algumas áreas para atender as necessidades que surgiam. O telhado apresenta uma série de infiltrações e vazamentos, e necessita ser trocado. A construção de rampas de acesso é uma das exigências do Corpo de Bombeiros para obtenção do alvará. Por conta da legislação vigente da Vigilância Sanitária, foram realizadas reformas nos banheiros dos corredores, com adaptação para pacientes com necessidades especiais.

O HU/UFSM possuía um quantitativo de máquinas e equipamentos que atendiam praticamente as principais necessidades do hospital, e teve um incremento com a chegada do AGHU, através do REHUF. Já no HU/UFSC, apesar de todos os desafios enfrentados, apresenta uma boa situação tecnológica assistencial, com investimentos em equipamentos endoscópicos e duodenoscópicos, além de um tomógrafo. Carece de investimentos em relação a T.I., como a questão do prontuário online.

Quanto às questões ligadas a estrutura organizacional, os HU's da UFSM e da UFSC mantinham uma estrutura ligada as Universidades, com funções gratificadas nos mesmos moldes dos demais centros de ensino. Existia muita dificuldade em se montar toda a estrutura por conta dos baixos valores pagos as funções gratificadas.

O funcionamento dos HU's da UFSM e da UFSC relacionadas ao SUS antes da adesão, mantinham os atendimentos sob a forma de contratualizações feitas com o gestor municipal e estadual, 100% SUS. Havia uma defasagem grande em relação à tabela de pagamento por procedimentos realizados, ainda sem nenhuma mudança.

As ofertas à comunidade, tanto no HU/UFSC quanto no da UFSC, antes da adesão à EBSEH, sempre foram bem avaliadas pelos usuários, porém, com toda a falta de pessoal que se agravava, ocorreram fechamentos de leitos, diminuição nas ofertas de consultas e internações.

No que tange as questões ligadas à política de pessoal, era o grande problema enfrentado pelo HU/UFSC e da UFSC antes da adesão à EBSEH, por conta de aposentadorias, falecimentos e afastamentos para tratamento de saúde. Como a reposição se dava através da Universidade ao qual o hospital estava ligado, a falta de uma gestão mais eficiente para resolver essas questões de reposição de pessoal, principalmente por conta do banco de equivalência, foi determinante para que os HU's realizassem a contratação de funcionários via fundações de apoio para poder manter-se em pleno funcionamento.

O ensino, pesquisa e extensão no HU/UFSC antes da adesão à EBSEH eram realizados sem controle e sem integração entre as áreas. A preocupação maior estava ligada as questões de ensino. Já no HU/UFSC, foi designado um professor para cuidar dessa área, tentando amenizar a falta de controle que existia, porém, faltam normativas que integrem esses três pilares.

No HU/UFSC antes da adesão à EBSEH, as decisões eram tomadas juntamente com os reitores, além das tomadas em reunião do colegiado do próprio hospital. Já no HU/UFSC, as decisões levavam em conta as contratualizações realizadas junto ao gestor SUS em reuniões realizadas entre as diretorias.

Quanto à autonomia nos HU's da UFSC e da UFSC, eram limitadas as determinações da reitoria quanto a posicionamentos institucionais. Já em relação às situações do dia a dia, existia plena autonomia para as decisões.

A escolha dos dirigentes no HU/UFSC antes da adesão à EBSEH era feita por eleição, onde os servidores escolhiam uma chapa completa, composta por diretor geral, diretor clínico, diretor de enfermagem e vice, diretor administrativo e diretor de ensino e pesquisa. No HU/UFSC, a escolha também era feita por eleição, porém apenas concorria o diretor e vice.

O quantitativo de leitos fechados no HU/UFSC antes da adesão à EBSEH foi de 50 leitos, e estava relacionado à falta de pessoal. Pelo mesmo motivo, no HU/UFSC foram fechados 98 leitos.

Após a adesão à EBSEH, observa-se que ocorreram no HU/UFSC, adaptações na estrutura física para acomodar a demanda de atendimento, e por conta do significativo aumento do quadro de pessoal.

Está em construção a central de UTI's. Houve um incremento tecnológico com a aquisição de um novo tomógrafo, um aparelho de ressonância magnética, leitos hospitalares automatizados e uma nova estação de geradores; implantação do prontuário online e o AGHU. As questões relacionadas à tomada de decisão foram fragmentadas entre o colegiado do Hospital, a Universidade e a EBSEERH; foram efetivados 827 funcionários através de concurso público e, ampliados de 303 para 403 o número de leitos.

No HU/UFSC, pouca coisa mudou até o fechamento dessa pesquisa, devido ao prazo determinado para a transição estipulado de 18 meses, que vai até setembro de 2017. Apenas ocorreram parcialmente mudanças na estrutura organizacional, onde já foram empossados o superintendente e os gerentes. Os demais cargos permanecem inalterados, seguindo o organograma da UFSC. Foi realizado concurso público em dezembro de 2016 para suprir a carência de pessoal, mas, nenhum funcionário ainda foi efetivado até o final da presente pesquisa, e, por conta disso, mesmo constando no Art. 16º da Lei 12.550/2011 que criou a EBSEERH, que a empresa em até 12 meses reativaria os leitos fechados, o quadro permanece inalterado.

## 5 CONCLUSÃO

Nesta seção, apresentam-se as conclusões do presente estudo, bem como, às recomendações para futuros trabalhos.

### 5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Hospitais Universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do sistema único de saúde - SUS (BRASIL, 2014b).

Neste contexto, os hospitais de ensino apresentam uma tripla missão: ensino, pesquisa e assistência, com características organizacionais, que, na análise de Malik (2003), as contradições entre a lógica de ensino, pesquisa e assistência, geram conflitos na captação e alocação de recursos, estes cada vez mais escassos. Na percepção do autor, estes conflitos, são gerados, pela autoridade administrativa versus acadêmica (MALIK, 2003).

Na chamada Constituição Federal cidadã de 1988, o SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “política de estado”, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, considerando a saúde como um “direito de cidadania e um dever do estado” (TEIXEIRA, 2011, p. 1). O SUS passou a ser regulamentado pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, dois anos após a promulgação da Constituição Federal, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (CRESS, 2011, p. 175).

O presente trabalho teve como objetivo geral: Compreender como ocorre à gestão do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina, após a adesão a EBSEH. Como objetivos específicos: a) Descrever como ocorreu a adesão e a implantação dos referidos HU's à EBSEH; b) Conhecer a estrutura e o funcionamento do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina antes e após a adesão à EBSEH; c) Compreender as mudanças ocorridas nos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina após a adesão à EBSEH no contexto das teorias de

administração pública, de administração universitária e do Sistema Único de Saúde.

Buscando responder o primeiro objetivo específico, descrever como ocorreu a adesão e a implantação dos referidos HU's à EBSEH, com base na análise documental através das informações coletadas nas atas das reuniões realizadas pelo Conselho Universitário da Universidade Federal de Santa Maria, e através dos registros constantes no Moodle da UFSC, pode-se levantar que, em ambos os HU's foram realizadas muitas manifestações nas assembleias realizadas nos Conselhos Universitários pela Comunidade Universitária, buscando, de alguma forma, interferir para que não fosse assinado o contrato de adesão com a EBSEH, e até mesmo, levantando outras possibilidades de soluções para os problemas enfrentados nos Hospitais Universitários. No dia 17 de dezembro de 2013 foi realizada a assinatura do contrato de adesão, entre o Hospital Universitário de Santa Maria e a empresa brasileira de serviços hospitalares – EBSEH. Já, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, o processo de decisão em aderir com a empresa foi mais longo, e o contrato só foi assinado em 16 de março de 2016.

Em cumprimento ao segundo objetivo, conhecer a estrutura e o funcionamento do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina antes e após a adesão à EBSEH, foram realizadas entrevistas com os gestores desses hospitais, levantando-se a estrutura física, tecnológica e organizacional, bem como, as questões ligadas ao funcionamento, como o relacionamento com o SUS, atendimento a comunidade, política de pessoal, atendimento ao ensino, pesquisa e extensão, tomada de decisão, autonomia, escolha dos dirigentes e quantitativo de leitos fechados ou desativados. Estruturalmente o HU/UFSC apresentava muitos desgastes oriundos de uma estrutura com mais de 40 anos, e que necessitava de reformas e ampliações para atender toda a necessidade em relação aos atendimentos dos pacientes e também ao ensino. Na parte tecnológica, apesar de haver equipamentos de ponta em muitas áreas, ainda carecia de investimentos em tecnologia assistencial, bem como, na área de tecnologia de informação, que não acompanhavam o crescimento do hospital. A estrutura organizacional do HU/UFSC era nos moldes dos demais Centros de Ensino da Universidade, conforme estipulado no organograma, com valores de gratificações muito baixos, que dificultava o preenchimento efetivo do quadro. O relacionamento com o SUS era feito através das contratualizações realizadas entre o HU e o gestor SUS, e o atendimento a comunidade era realizado de forma gratuita, com consultas, exames e internações realizadas através do SUS. A grande dificuldade do



HU/UFMS estava centrada na falta de pessoal, onde, por conta de aposentadorias, falecimentos e afastamentos para tratamento de saúde, não havia reposição efetiva para essas vagas, o que levou a redução no número de leitos e no que era ofertado à comunidade em relação a consultas, exames e outros procedimentos, mesmo havendo a contratação de funcionários através das fundações. O ensino, pesquisa extensão não recebia um tratamento específico, apesar de haver uma diretoria própria para esse fim, o que levava a falta de integração e controle entre as áreas. A questão funcional em relação à tomada de decisão e autonomia estava muito atrelada à reitoria e ao que preconizava as contratualizações realizadas com o gestor SUS. As demandas internas eram discutidas semanalmente em reunião de direção para decisão das prioridades que se apresentavam. Os dirigentes eram escolhidos através de eleição, onde, os concorrentes montavam uma chapa completa, com diretor geral, diretor administrativo, diretor de enfermagem e vice e um diretor clínico para um período de 4 anos. Por conta de toda dificuldade apresentada, principalmente em relação à falta de pessoal, antes da adesão à EBSERH o HU/UFMS tinha 50 leitos fechados.

O sucateamento do HU/UFMS, proporcionado pela falta de investimentos do Governo Federal em infraestrutura, equipamentos, materiais, e, principalmente em material humano, levou os gestores a decidirem por ações vistas como salvadoras para que as portas do hospital continuassem abertas, como a contratação de pessoal por fundações, o que proporcionou o funcionamento do HU/UFMS, mesmo que de forma precária e reduzida em muitas áreas, fortalecida frente ao ofertado a comunidade.

Assim como no HU/UFMS, a estrutura do HU/UFSC enfrentava problemas por conta de todo o desgaste natural de mais de 30 anos de existência. Foram realizados muitos ajustes para atender as exigências da Vigilância Sanitária e do Corpo de Bombeiros, porém, muita coisa ainda precisava ser feita para atender as legislações vigentes. O telhado apresenta muitas infiltrações e necessita ser trocado. Em relação à estrutura tecnológica, possui equipamentos de ponta em relação à parte assistencial, como endoscópico, duodenoscópio e tomógrafo, porém ainda necessita de mais investimentos em tecnologia da informação, como o prontuário online por exemplo. A estrutura organizacional do HU/UFSC era nos moldes dos demais Centros de Ensino da Universidade, conforme estipulado no organograma, com valores de gratificações muito baixos, o que dificultava o preenchimento efetivo do quadro. O funcionamento do HU/UFSC antes da adesão à EBSERH, na assistência a comunidade,

atende as normativas do SUS e as legislações do Ministério da Saúde, com contratualizações e atendimento 100% SUS. A grande dificuldade do HU/UFSC estava centrada na falta de pessoal, onde, por conta de aposentadorias, falecimentos e afastamentos para tratamento de saúde, não havia reposição efetiva para essas vagas, o que levou a redução no número de leitos e ao que eram ofertados à comunidade em relação a consultas, exames e outros procedimentos. Para manter o HU de portas abertas, foram realizadas contratações de funcionários via fundação de apoio - FAPEU. O ensino, pesquisa e extensão não recebia atenção especial, e, por conta disso, muitas vezes os gestores não tinham acesso às pesquisas que estavam sendo desenvolvidas, e não havia integração entre as áreas. A questão funcional em relação à tomada de decisão e autonomia, estavam muito atreladas à reitoria e ao que preconizava as contratualizações realizadas com o gestor SUS. As demandas internas eram discutidas semanalmente em reunião de direção, para decisão das prioridades que se apresentavam. Os dirigentes eram escolhidos através de eleição, onde, os concorrentes montavam uma chapa com diretor geral e vice, e o vencedor escolhia os demais componentes da direção para um período de 4 anos. Por conta de toda dificuldade apresentada, principalmente em relação à falta de pessoal, antes da adesão à EBSEH o HU/UFSC tinha em média 98 leitos fechados.

Cumprindo o que preconiza o terceiro objetivo, compreender as mudanças ocorridas nos HU's da UFSM e da UFSC após a adesão à EBSEH no contexto das teorias de Administração Pública, de Administração Universitária e do Sistema Único de Saúde, a partir da análise dos dados coletados nas entrevistas realizadas, no Hospital Universitário de Santa Maria, foram: adaptações na estrutura física para acomodar a demanda de atendimento e por conta do significativo aumento do quadro de pessoal; sofreu um incremento tecnológico com a aquisição de um novo tomógrafo, um aparelho de ressonância magnética, leitos hospitalares automatizados e uma nova estação de geradores; implantação do prontuário online e o AGHU; mudança no organograma com valores de gratificações bem significativos para as funções; aumento de consultas, exames, internações e ampliado o quadro de especialidades médicas e de outros serviços; foram efetivados 827 novos servidores aprovados no concurso realizado pela empresa e rescindido o contrato de todos os servidores via Fundações de apoio; o atendimento ao ensino, pesquisa e extensão teve uma mudança estrutural, passando a ter uma gerência para esta área, que proporcionou uma nova forma de controle, organização, além da integração entre os setores, com investimentos específicos em pesquisa com a obrigatoriedade de retornos para o hospital; tomadas de

decisões foram fragmentadas entre o Colegiado do Hospital, a Universidade e a EBSEH; ocorre mais agilidade no processo de compras, pagamentos e na reposição de pessoal. Nota-se retrocesso em alguns processos burocráticos, devido à centralização de normas estipuladas pela empresa; a escolha dos dirigentes é feita com base no regimento da EBSEH, onde o diretor geral antes eleito, foi substituído por um superintendente, obrigatoriamente servidor da Universidade, que é indicado pelo Reitor. Foi trocada a nomenclatura dos diretores de administração, enfermagem, clínico, de pesquisa e extensão, para gerente administrativo, gerente de atenção à saúde e gerente de pesquisa e extensão, escolhidas através de análise curricular e sabatina feita pelo diretor da EBSEH. Os chefes de divisão, de setores e de unidades, também são escolhidos por análise curricular e também capacidade técnica; o quantitativo de leitos foi ampliado, passando de 303 para 403, onde, destes, 30 são domiciliares.

No Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, as mudanças que ocorreram após a adesão à EBSEH ainda são pouco sentidas, devido à assinatura do contrato ainda ser recente, e a instituição está em processo de transição. Cita-se: liberação de recursos para troca de todo o telhado do Hospital; está prevista a chegada de um novo tomógrafo de 64 canais; mudança no organograma com valores de gratificações bem significativos para as funções, porém, apenas foram empossados o superintendente e os gerentes de administração, de atenção à saúde e de pesquisa e extensão; a efetivação do gerente para as atividades ligadas a pesquisa e extensão; a escolha dos dirigentes é feita com base no regimento da EBSEH, onde o diretor geral antes eleito foi substituído por um superintendente, obrigatoriamente servidor da Universidade, que foi indicado pelo Reitor. Foi trocada a nomenclatura dos diretores de administração, enfermagem, clínico, de pesquisa e extensão, para gerente administrativo, gerente de atenção à saúde e gerente de pesquisa e extensão já escolhidas através de análise curricular e sabatina feita pelo diretor da EBSEH; já foi realizado o primeiro concurso para contratação de pessoal para o HU, porém, até o término da presente pesquisa ainda não foram efetivamente contratados.

Ressalta-se que a EBSEH ainda não cumpriu nenhuma das suas obrigações contratuais no HU/UFSC, e ainda continuam fechados cerca de 98 leitos, e, nenhum funcionário aprovado no concurso realizado em dezembro de 2016 foi convocado. Dessa forma, é preciso denunciar o descumprimento do contrato e a revisão da adesão do HU/UFSC à EBSEH, apurando as responsabilidades por esse fato. Não se pode mais

permitir que a gestão pública brasileira deixe de cumprir o seu compromisso com a comunidade, ainda mais na questão da assistência hospitalar, onde vidas estão em jogo.

No contexto das teorias de administração pública é possível afirmar que as características da EBSEH se enquadram dentro do modelo gerencial, pois, a EBSEH é uma empresa pública, de capital exclusivo da união, apresentando orientação para critérios de eficiência via adoção de técnicas de administração de empresas, prestando serviços públicos, com controle de resultados e reduzindo os níveis hierárquicos.

Corroborando com o que escreve Sodré (*et al.*, 2013), o pesquisador acredita que a EBSEH se enquadra dentro do discurso gerencial que fará a modernização da gestão dos recursos humanos, flexibilizando o regime de trabalho de pessoal (SODRÉ *et al.*, 2013). No modelo de administração pública gerencial, torna-se fundamental a busca pela eficiência, simplificação de processos, economicidade, adequada administração do patrimônio público e a prestação de serviços revestidos com qualidade, essencialmente, com foco no cidadão (BRASIL, 1995a).

Por outro lado, estudos mostram que a reforma gerencial não obteve sucesso em consolidar um corpo burocrático comprometido com o interesse público. A adoção de programas de origem privada acabou por restabelecer a padronização do trabalho, além de focalizar mais a melhoria do serviço do que o julgamento moral e o aprendizado cotidiano (MARIA, 2000; PAULA, 2005).

Conforme demonstrado exaustivamente no capítulo 4 da presente pesquisa, é possível afirmar que o objetivo geral proposto foi alcançado, tendo em vista que os objetivos específicos foram integralmente cumpridos.

Na visão do pesquisador, baseado em tudo que foi estudado, relatado e analisado, a EBSEH foi criada com uma proposta de salvar os HU's Federais que passam por sérias dificuldades, porém, fica claro que ainda muito precisa ser feito para que se justifique a criação de uma empresa para gerir esses Hospitais Universitários Federais, haja vista que, apenas as questões ligadas à falta de pessoal foram parcialmente solucionadas. Ainda persistem problemas de infraestrutura e tecnologia, e de regulamentações relacionadas às questões de pessoal regidas pela CLT, como progressões por capacitação e qualificações profissionais. É pertinente citar os altos valores pagos as funções gratificadas pela EBSEH, que variam entre R\$ 4.255,10 o menor valor a R\$ 18.438,39 o maior valor. Por conta dessas gratificações, a conotação política pode influenciar a ocupação dessas funções.

A dificuldade em obter informações sobre o HU de Santa Maria e realizar as entrevistas, principalmente relacionadas à logística e questões burocráticas, registra-se como fatores que dificultaram a realização dessa pesquisa. Literaturas ainda muito limitadas sobre a EBSEH, e a existência de poucos trabalhos científicos e artigos, também foi um grande entrave na realização desse trabalho.

## 5.2 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Após a realização do presente trabalho, é possível recomendar as seguintes pesquisas:

- a) Investigar na percepção dos cursos de medicina, serviço social, enfermagem, quais as reais melhorias que ocorreram no HU da UFSC após a implantação da EBSEH.
- b) Conhecer a percepção dos servidores técnico-administrativos da UFSC e dos funcionários da EBSEH, em relação aos principais aspectos positivos e negativos com a implantação da EBSEH no HU da UFSC.



## REFERÊNCIAS

- ABRAHUE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO. **Hospitais universitários e de ensino no Brasil: desafios e soluções**. Brasília: ABRAHUE, 2003. Disponível em: <[http://www.abrahue.org.br/pdf/hues\\_no\\_brasil.pdf](http://www.abrahue.org.br/pdf/hues_no_brasil.pdf)> Acesso em: 08 abr. 2016.
- ACUNHA, Fernando José Gonçalves. **A Administração Pública brasileira no contexto do Estado Democrático de Direito**. Brasília: CEAD/UnB, 2012.
- ACOBI, P. **Políticas sociais e ampliação da cidadania**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2000.
- ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. In: **Significados**. 2016. Disponível em: <<http://www.significados.com.br/administracao-publica>>. Acesso em: 08 abr. 2016.
- ALVES, A. **Financiamento e eficiência em dois Hospitais Privados Filantrópicos Paulistas**. 1997. 129 F.Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- ANDRADE, R. B de; AMBONI, N. **Estratégias de gestão: processos e funções do administrador**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- ARAÚJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, out./dez. 2014, p.1261-1281. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n4/0104-5970-hcsm-S0104-59702014005000022.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2016.
- AVRITZER, Leonardo. Sociedade civil e participação no Brasil democrático. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 27-54. (Coleção Democracia Participativa).
- BANDEIRA, Marina. **Definição das variáveis e métodos de coleta de dados**. Laboratório de Psicologia Experimental. São João Del Rei: Departamento de Psicologia – UFSJ, 2004. Disponível em:

<<http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/lapsam.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2016.

BERGUE, S. T. **Modelos de gestão em organizações públicas**: teorias e tecnologias para análise e transformação organizacional. Caxias do Sul, RS: Educs, 2011.

BEVIR, M. **Democratic governance**. New Jersey: Princeton, 2010.

BOLZAN, C. I. M. **Excelência em gestão universitária**: um estudo de caso em uma instituição federal de ensino superior. 2006. 136f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Centro de Tecnologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2006.

BONEZI, Carlos Alberto; PEDRAÇA, Luci Leia de Oliveira. **A nova administração pública**: reflexão sobre o papel do Servidor Público do Estado do Paraná. 2008. 42 p. Monografia (Pós-Graduação em Formulação e Gestão de Políticas Públicas) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

BOWDITCH, James L.; BUONO, Anthony F. **Elementos de comportamento organizacional**. São Paulo: Pioneira, 2011.

BRAGA NETO, Francisco C.; BARBOSA, Pedro R.; SANTOS, Isabela S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Lídia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 665-704.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Presidência da República**, Brasília, DF, 05 out. 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: 13 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 48. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jan. 2010a. Disponível em:



<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm)>. Acesso em: 15 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 5.825/06, de 29 de junho de 2006. Estabelece as diretrizes para elaboração do Plano de Desenvolvimento dos Integrantes do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, instituído pela Lei nº 11.091, de 12 de janeiro de 2005. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-006/2006/decreto/d5825.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-006/2006/decreto/d5825.htm)>. Acesso em: 17 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 9.192, de 21 de dezembro de 1995. Disponível em <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_leis/1995/leis/0192.htm)>. Acesso em: 17/05/2017.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 maio 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm)>. Acesso em: 15 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 08 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 08 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.429, de 02 de junho de 1992. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 jun. 1992. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8429.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8429.htm)>. Acesso em: 08 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 dez. 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm)>. Acesso em: 08 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 dez. 2011. 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: 08 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.091/05, de 12 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, no âmbito das Instituições Federais de Ensino vinculadas ao Ministério da Educação, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111091.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111091.htm). Acesso em: 17 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 2010b. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/98798>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Regimento interno EBSEH – Hospitais Universitários Federais**. Brasília: MEC, 2014a. Disponível em: <[http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/legislacao/regimento\\_interno\\_dou\\_02\\_04\\_2014\\_aprovado\\_c\\_a\\_26\\_03\\_2014.pdf](http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/legislacao/regimento_interno_dou_02_04_2014_aprovado_c_a_26_03_2014.pdf)>. Acesso em: 08 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Hospitais universitários**. 2014. 2014b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios>>. Acesso em: 08 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério de Estado da Saúde. PORTARIA Nº 1.702/GM, de 17 de agosto de 2004. **Ministério de Estado da Saúde**, Brasília, DF, 17 ago. 2004e. Disponível em:

<[http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/P\\_1702\\_170804.pdf](http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/P_1702_170804.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ata da 91ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 05 out.1999. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/ata91.doc>>. Acesso em 12/04/2016>. Acesso em: 23 mar. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)>. Acesso em: 17 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html)> Acesso em: 0 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 27 maio 2004d. 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: 23 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2400, de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como hospitais de ensino. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 02 out. 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400\\_02\\_10\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400_02_10_2007.html)>. Acesso em: 23 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília: Editora MS, p. 9-67, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.702, de 17 de agosto de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário**

**Oficial da União**, Brasília, DF, 17 ago. 2004c. (Revogada pela PRT GM/MS nº 3.410 de 30.12.2013). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1702\\_17\\_08\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1702_17_08_2004.html)>. Acesso em: 08 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil. **Dário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 dez. 2004b. Disponível em: <<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-dn.com/files/2010/03/pnsbras.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2016.

\_\_\_\_\_. **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.

\_\_\_\_\_. **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: 10 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: Câmara da Reforma do Estado, 1995a.

\_\_\_\_\_. Do estado patrimonial ao gerencial. In: PINHEIRO; WILHEIM; SACHS (Orgs.). **Brasil: um século de transformações**. São Paulo: Cia. das Letras, 2001. p. 222-259. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/papers/2000/00-73EstadoPatrimonial-Gerencial.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. TCU - 2010. Disponível em: <<http://www.tcu.gov.br/governanca>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. **Governança**: entenda o que é governança. 2014. Disponível em: <<http://portal.tcu.gov.br/comunidades/governanca/entendendo-a-governanca/alinhamento-conceitual/>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 47, n. 1, jan./abr. 1996.

BROTTI, M. G. et al. **A gestão universitária em debate**. Florianópolis:

Insular, 2000.

CAHALI, Yussef Said. **Responsabilidade civil do Estado**. São Paulo, Revista dos Tribunais, 2012.

CANÇADO, Airton Cardoso; TENÓRIO, Fernando Guilherme; PEREIRA, José Roberto. Gestão social: reflexões teóricas e conceituais. **Caderno EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 681-703, set. 2011.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Processo administrativo federal**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001.

CASTRO, C. M. **A prática de pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1997.

CATANI, Afrânio Mendes; DOURADO, Luiz F.; OLIVEIRA, João F. Natureza jurídica, organização acadêmica e gestão universitária. In: SGUISSARDI, Valdemar; SILVA JÚNIOR, João dos Reis (Orgs.). **Educação superior: análise e perspectivas de pesquisa**. São Paulo: Xamã, 2001.

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.

COELHO, Daniella Mello. Elementos essenciais ao conceito de administração gerencial. **Revista de informação legislativa**, Brasília, v. 37, n. 147, p. 257-262, jul./set. 2000. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/622>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

COLOSSI, Nelson. Controle da gestão na universidade: algumas considerações. In: ENCUESTO REGIONAL NOA SOBRE AVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR” UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN, 1999, San Miguel de Tucumán Argentina. **Anais...** Argentina: [S.n.], 1999.

CONZATTI, Ricardo Ferri. **Pesquisa de satisfação como fonte de informação para controle da gestão pública: o caso de Eldorado do Sul**. 2003. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

CRESS - CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL/SC. **Coletânea de Leis**. Santa Catarina: CRESS, 2011.

DAFT, Richard L. **Organizações: Teoria e Projetos**. 9ª. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

DALLORA, Maria Eulália Lessa Do Valle; FORSTER, Aldaísa Cassanho. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino: considerações teóricas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, p. 135-142, 2008.

DANTAS, Claudio Bezerra. **Análise da utilização de Indicadores de desempenho pelo Ministério da Educação para o financiamento dos Hospitais Universitários Federais no período de 2004 a 2008**. 2011. 62 f. Dissertação (Mestrado em contabilidade) - Programa Multiinstitucional e Inter-Regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis UNB, UFPB, UFRN, Natal, 2011.

DENHARDT, Robert B. **Theories of public organization**. 4. ed. New York: Wadsworth Publishing, 2003.

\_\_\_\_\_. **Teorias da Administração Pública**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

DENHARDT, Robert B; DENHARDT, Jane Vinzant. **The new public service: serving, not steering**. New York: M.E.Sharpe, 2003.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

\_\_\_\_\_. **Direito Administrativo**. 25.ed. São Paulo:Atlas, 2012.

DUTRA, J. C. **Gestão de Pessoas. Modelo, Processos, Tendências e Perspectivas**. 1ª Ed, São Paulo, 2002.

EBSERH - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Regimento interno: Hospitais Universitários Federais**. 2011. Disponível em: <[www.google.com.br/artigos/gestaopublicamoderna](http://www.google.com.br/artigos/gestaopublicamoderna)>. Acesso em: 05 mar. 2016.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

FERREIRA, A. L. S. Lages, um jeito de governar. **Pólis**, São Paulo, n. 5, 35p. 1991.

FIGUEIREDO, Lucia Vale. **Curso de direito administrativo**. 4. ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

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.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANÇA FILHO, G. C. de. **Gestão social: um conceito em construção**. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE PODER LOCAL, 9., 2003, Salvador. **Anais...** Salvador: [S.n.], 2003.

\_\_\_\_\_. **Definido gestão social**. In: SILVA JÚNIOR, J. T.; MÂISH, R. T.; CANÇADO, A. C. **Gestão social: práticas em debate, teorias em construção**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2008.

GENRO, T. **Teses para a criação de uma política democrática e socialista**. In: GENRO, T. (Coord.). **Porto da Cidadania: esquerda no governo de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

\_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, A. S. et al. **Gestão do fator humano: uma visão baseada em stakeholders**. 2. ed. rev. atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

GOHN, M. G. **História dos movimentos e lutas sociais: a construção da cidadania pelos brasileiros**. São Paulo: Loyola, 1995.

GONÇALVES, José Ernesto Lima. **A necessidade de reinventar as empresas**. RAE - Revista de Administração de Empresas, v. 38, n. 2, abr./jun, 1998.

GRESSLER, Loiri Alice. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

GROTTI, Dinorá Adelaide Musetti. **O serviço público e a constituição brasileira de 1988**. São Paulo: Malheiros, 2003. p. 298-299.

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.

HATCH, M. J. **Organization Theory:** modern, symbolic and postmodern perspectives. Oxford: Oxford University Press, 2006;

HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (Orgs.). **Políticas públicas e desenvolvimento:** bases epistemológicas e modelos de análise. 3. ed. Brasília: UNB, 2014.

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.

IFAC - INTERNATIONAL FEDERATION OF ACCOUNTANTS. Governance in the public sector: a governing body perspective. **International public sector study**, [S.l.], n. 13, 2001. Disponível em: <<http://www.ifac.org/sites/default/files/publications/files/study-13-governance-in-th.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2016.

JACOBSEN, Alessandra de Linhares. **Teorias da administração**. 2. ed. reimp. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, UFSC, 2012.

KERLINGER, Fred N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais:** um tratamento conceitual. São Paulo: EPU/EDUSP, 1980.

KEINERT, T. M. M. **Administração Pública no Brasil:** crises e mudanças de paradigmas. São Paulo: Annablume, Fapesp, 2000.

LAMAS, M. R. **A relação universidade/sociedade**. Cabo Verde, Editora Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, 2006. Disponível em: <<http://bdigital.unipiaget.cv:8080/jspui/bitstream/123456789/214/1/MarcoRibeiroLamas.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

LAMPERT, J. (org.). 40 anos do Curso de Medicina em Santa Maria (1954/1994). Santa Maria: UFSM; 1997.

LEFORT, Claude. **Éléments d'une critique de La bureaucratie**. Genève: Droz, 1971.

LIMA, Tharcísio Pimentel. A importância da eficiência e eficácia na gestão pública. **E Portal Educação**, [S.l.], 15 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/administracao/artigos/55602/a->



importancia-da-eficiencia-e-eficacia-na-gestao-publica422QH HlvO>.  
Acesso em: 28 jul. 2015.

LOPES, Maurício Antônio Ribeiro. **Comentários à reforma administrativa**: de acordo Malheiros, 2000. p. 60.

\_\_\_\_\_. **Comentários à Reforma Administrativa: de acordo com as Emendas Constitucionais 18, de 05.02.1998, e 19, de 04.06.1998**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998. p. 108.

MALAGÓN-LONDONO, G.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. *Administración hospitalaria*. Bogotá: Panamericana, 1996.

MALIK, A. M.; PENA, F. P. M. **Administração estratégica em hospitais**. São Paulo: FGV/EAESP – NPP, 2003. (Relatório 21/2003).

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-9, jul./set. 2001.

MARINELA, Fernanda. **Direito Administrativo**. 1. ed. Salvador: Juspodivm, 2005.

MARTINS, Argemiro Cardoso Moreira. **A Noção de Administração Pública e os Critérios de sua Atuação**. Brasília: CEAD/UnB, 2012.

MARTINS, Vidigal Fernandes. Hospitais universitários federais e a nova reestruturação organizacional: o primeiro olhar, uma análise de um hospital universitário. **Revista de Administração e Contabilidade da FAT**, Feira de Santana, v. 3, n. 2, 2011. Disponível em:  
<<http://www.fat.edu.br/revistas/Index.php/reac/article/viewFile/33/53>>  
Acesso em: 11 abr. 2016.

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.

MAZZILLI, S. Ensino, pesquisa e extensão: reconfiguração da universidade brasileira em tempos de redemocratização do Estado. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**. São Paulo, v. 27, n. 2, p. 205-221, maio/ago de 2011.

MEDICI, André Cezar. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil**: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: USP, 1994.

\_\_\_\_\_. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

MEDICI, A.C. **Hospitais Universitários**: Passado, Presente, Futuro. Rev Ass Med Brasil, 2001. p. 149-156.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. 16. ed. São Paulo, Malheiros, 1991.

\_\_\_\_\_. **Direito administrativo brasileiro**. 27ª edição. São Paulo: Malheiros, 2002.

MELLO, Celso Antonio Bandeira de. **Curso de direito administrativo**. São Paulo: Saraiva, 2005.

\_\_\_\_\_. **Curso de direito administrativo**. 12. ed. Ed: Malheiros. São Paulo. 1999. Disponível em: <<http://www.portalconscienciapolitica.com.br/administracao publica/>>. Acesso em 26/jun.2016.

MELLO, Gilmar Ribeiro de; SLOMSKI, Valmor. Índice de governança eletrônica dos estados Brasileiros (2009): no âmbito do poder executivo. **JISTEM Journal of Information Systems and Technology Management**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 375-408, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=>](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=>)>. Acesso em: 26 jun. 2016.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes**. São Paulo: Atlas, 2003.

MOREIRA, E.C. Relatório de Atividades de Enfermagem. Santa Maria (RS): HUSM/UFSM; 1970. [Manuscritos a mão e datilografados]

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis:Vozes, 2001.

NASCIMENTO, C. S. do. Autonomia universitária e a Constituição Federal do Brasil. **Universo Jurídico**, Juiz de Fora, ano 11, fev. 2008.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Qual o papel da universidade?: universidade, conhecimento e opinião. **Simplesecomplexo** [blog na

internet], São Paulo, 19 jan. 2004. Disponível em: <<http://marxbrito.blogspot.com.br/2008/02/qual-o-papel-da-universidade.html>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

OLIVEIRA, M.I.R. Enfermeiros de hospitais de ensino: contribuição ao debate. *Rev Bras Enferm.* 1985 Abr-Jun; 38 (2):204-7.

OLIVEIRA, R. P. de. O. O direito à educação. In: OLIVEIRA, R. P.; ADRIÃO, T. (Orgs.). **Gestão, financiamento e direito à educação: análise da LDB e da Constituição Federal.** São Paulo: Xamã, 2001.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946.** 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organizacao-Mundial-da-constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

ORTIZ, G. F. **Teoría y práctica de la administracion de la atencion medica y de hospitales.** México: La Prensa Médica Mexicana, 1972.

PAIM, J. S.. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

PAIM, J. S. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil.** In: Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos/ Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública--Salvador: SESAB, 2009.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; PIRES-ALVES, Fernando; HOCHMAN, Gilberto. A cooperação técnica Opas-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciência e saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 929-939, maio/jun. 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** V.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.653-673. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 21 de julho de 2016.

\_\_\_\_\_. TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-35,

jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

PAES DE PAULA, Ana Paula. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **RAE Debate**, [S.l.], v. 45, n. 1, p. 36-49, jan./mar. 2005.

\_\_\_\_\_. **Por uma nova gestão pública: Limites e Potencialidades da Experiência Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2005. 240 p.

PEREIRA, Claudia F. O. **Reforma administrativa: o estado, o serviço público e o servidor**. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Brasília Jurídica, 1998.

PIRES-ALVES, Fernando Antonio; PAIVA, Carlos Henrique. **Recursos críticos: história da cooperação Opas-Brasil em recursos humanos em saúde (1975-1988)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.

PLANO 2012. **Planejamento estratégico do Hospital Universitário**. Florianópolis: HU, 2006.

PROCHNOW, A.G. O exercício da gerência do enfermeiro: cultura e perspectivas interpretativas [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Anna Nery/UFRJ; 2004.

RAMOS, Alberto Guerreiro. A Síndrome comportamentalista; Política cognitiva; Teoria da delimitação dos sistemas sociais. In: \_\_\_\_\_. **A nova ciência das organizações: uma reconceituação da riqueza das nações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1989.

\_\_\_\_\_. **A nova ciência das organizações: uma reconceituação da riqueza das nações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1989.

\_\_\_\_\_. Modelos de homem e teoria administrativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 3-12, abr./jun. 1984.

RANIERI, N. B. S. **Autonomia universitária: as universidades públicas e a Constituição Federal de 1988**. São Paulo: EDUSP, 1994.

RÊGO, I. J. do. Autonomia: discussão que precisa ser retomada. In: DRUCKER, Peter. **The effective executive**. [S.l.]: Harper Collins Publishers, 1993. (Livro ANDIFES).

REK, Marcos. Modelos de Administração Pública e Reflexos na qualidade de gestão administrativa no Brasil. **Conteúdo Jurídico**, [S.l.], out. 2014. Disponível em:

<<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,modelos-de-administracao-publica-e-reflexos-na-qualidade-de-gestao-administrativa-no-brasil,50050.html>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

ROBERTS, Nancy. Public deliberation in an age of direct citizen participation. **American Review of Public Administration**, [S.l.], v. 34, n. 4, p. 315-353, dec. 2004.

RODRIGUES, Marta M. Assumpção. **Políticas públicas**. São Paulo: Publifolha, 2011. (Coleção Folha Explica).

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A via do Parlamento. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 63-92.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia de estágios, trabalhos de conclusão, dissertação e estudo de caso**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

RUA, Maria das Graças. As políticas públicas e a juventude dos anos 90. In: \_\_\_\_\_. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998. p. 731-752. 2 v.

SÃO THIAGO, Polydoro Ernani de. **Promovendo Saúde e Ensino: Hospital Universitário de Santa Catarina**. 1983

SALLES, Pedro. **História da Medicina no Brasil**. Belo Horizonte: Coopmed. 2004.

SANTOS, Alba Conceição Marquez dos. **A administração pública gerencial**. 2003. Disponível em: <[www.seplag.rs.gov.br/uploads/AdministracaoPublicaGerencial.pdf](http://www.seplag.rs.gov.br/uploads/AdministracaoPublicaGerencial.pdf)>. Acesso em: 05 jul. 2016. (Artigo apresentado para a disciplina Administração Pública e Governo, ministrada pelo Prof. Mestre Gilcemar Oliveira, agosto de 2003).

SANTOS, Boaventura de Souza. Da idéia de universidade a universidade de idéias. In: \_\_\_\_\_. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

SANTOS, Clezio Saldanha dos. **Introdução à gestão pública**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SCHNEIDER, Volker. Redes de políticas públicas e a condução de sociedades complexas. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 5. n. 1, p. 29-57, jan./jun. 2005.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análises, casos práticos. São Paulo: CENGAGE Learning, 2012.

SEGUNDO, Lino Osvaldo Serra Sousa. A axiologia de moralidade administrativa tendo por base sua posição no sistema jurídico brasileiro. **Jus Navegandi**, Teresina, v. 5, n. 48, dez. 2000. Disponível em: <[www1.jus.com.br/doutrina](http://www1.jus.com.br/doutrina)>. Acesso em: 13 jun. 2016.

SINDICATO ESTADUAL DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR. SINTEST/RN – 2016. Disponível em: <<http://www.sintestrn.org.br/sinplate/>>. Acesso em: 28 abr. 2016

SILVA, Cleber Demetrio Oliveira da. **Gestão pública**. 2007. Disponível em: <<http://www.rzoconsultoria.com.br/noticias.php?id=86>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

SLOMSKI, Valmor et al. A demonstração do resultado econômico e sistemas de custeamento como instrumentos de evidenciação do cumprimento do princípio constitucional da eficiência, produção de governança e accountability no setor público: uma aplicação na Procuradoria-Geral do Município de São Paulo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, jul./ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=) Acesso em: 26 jun. 2016.

SOARES, M. S. A. (coord). A educação Superior no Brasil. Disponível em: <http://universidades.universia.com.br/universidades-brasil/historia-ensinosuperior/pdf.>>. Acesso em 20/07/16.

SOCIAL. In: MODERNO Dicionário da língua Portuguesa – Michaelis. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2011.

SODRÉ, Francis, et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Revista Serviço Social & Sociedade**, 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. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 554-561, 2012b.

\_\_\_\_\_. **O Cebes e o movimento de reforma sanitária: história, política e saúde pública (Rio de Janeiro, 1970-1980)**. Tese (Doutorado

em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2012a.

SOUZA, I. M de. **Gestão das universidades federais brasileiras**: uma abordagem fundamentada no conhecimento. Projeto de Qualificação de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Engenharia e gestão do conhecimento) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2008.

\_\_\_\_\_. **Gestão das universidades federais brasileiras**: uma abordagem fundamentada na Gestão do Conhecimento. 2009. 399 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento, Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

\_\_\_\_\_. Contribuições para a construção de uma teoria de gestão universitária. In: Silveira A.,; Domingues, M.J.C.S. (coordenadoras) **Reflexões sobre Administração Universitária e Ensino Superior**. Blumenau: Edifurb, 2010. Cap. 1; p.18-47.

SOUZA, Celine. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, Paulo Nathanael Pereira. **Estrutura e funcionamento do ensino superior brasileiro**. [S.l.]: Pioneira Ciências Sociais, 1991.

SORENSEN, E.; TORFING, J. Introduction governance networks research: towards a second generation. In: SORENSEN, E.; TORFING, J. (Ed.). **Theories of democratic network governance**. New York: Palgrave Macmillan, 2007a.

\_\_\_\_\_. Making governance networks effective a nd democratic through metagovernance. **Public Administration**, [S.l.], v. 87, n. 2, p. 234–258, 2009.

\_\_\_\_\_. The second generation of governance network: theory and beyond In: SORENSEN, E.; TORFING, J. (Ed.). **Theories of democratic network governance**. New York: Palgrave Macmillan, 2007b.

STEINER, João E.; MALNIC, Gerhard (Orgs.). **Ensino superior**: conceito e dinâmica. São Paulo: EDUSP, 2006.

STONER, J. A. F.; FREEMAN, R. E. **Administração**. Rio de Janeiro:

Prentice-Hall, 1999.

TAVARES, Sergio Marcus Nogueira. Governança no ensino superior privado. IN: COLOMBO, Sonia Simões e RODRIGUES, Gabriel Mario. **Desafios da gestão universitária contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 175-190.

TACHIZAWA, T. **Gestão ambiental e responsabilidade social corporativa**: estratégias de negócios focadas na realidade brasileira. 6.ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2009.

TEIXEIRA C. F. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. In: CONFERÊNCIA MUNICIPAL E ESTADUAL DE SAÚDE, 2011, Salvador. **Anais...** Salvador: [S.n.], 2011. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)>. Acesso em: 28 jul. 2015.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. **Gestão social, um conceito não idêntico? Ou a insuficiência inevitável do pensamento**. In: CANÇADO, Airtón Cardoso; TENÓRIO, Fernando Guilherme; SILVA JR, Jeová Torres. (Org.). **Gestão social**: aspectos teóricos e aplicações. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2012, v. , p. 23-36.

\_\_\_\_\_. **Gestão Social: uma réplica**. In: RIGO, A. S. et al. **Gestão social e políticas públicas de desenvolvimento**: ações, articulações e agenda. Recife: UNIVASF, 2010.

TORFING, J. governance network theory: towards a second generation. **European Political Science**, [S.l.], v. 4, p. 305-315, 2005.

TRINDADE, H. **Saber e poder**: os dilemas da universidade brasileira. São Paulo: Estudos, 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UFSC. Estatuto da UFSC. Disponível em: <http://cun.orgaosdeliberativos.ufsc.br/estatuto-da-ufsc/>>. Acesso em 23/09/16.

\_\_\_\_\_. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2015 a 2019** / Universidade Federal de Santa Catarina. – Florianópolis: UFSC, 2016.

\_\_\_\_\_. Notícias da UFSC. Disponível em: <<http://noticias.ufsc.br/2016/03/reitora-da-ufsc-assina-contrato-de-adexao-a-ebserh/>>. Acesso em: 08 fev. 2016



\_\_\_\_\_. **Parecer Relatório Processo n.º 23080.061734/2015.**

Florianópolis, nov. 2015. 44 p. Disponível em:

<<https://grupos.moodle.ufsc.br/course/view.php?id=109>>. Acesso em: 08 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. HU - Histórico do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Disponível em: [http://hu.ufsc.br/?page\\_id=13](http://hu.ufsc.br/?page_id=13). Acesso em 23/09/16.

\_\_\_\_\_. Hospital universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Regimento Interno do HU/UFSC. Florianópolis: HU/UFSC, 1992. Disponível em: < [http://www.hu.ufsc.br/documentos/regimento\\_interno\\_hu.pdf](http://www.hu.ufsc.br/documentos/regimento_interno_hu.pdf)>. Acesso em 23/09/2016.

UFMS. Relatório do Departamento de Administração Hospitalar. Santa Maria (RS): HUSM/UFMS, 1970.

\_\_\_\_\_. Relatório Geral de Gestões do HUSM 1980/1981. Santa Maria (RS): HUSM/ UFMS; 1981. Disponível em: < <http://w3.ufsm.br/engproducao/images/01APRESENTAÇÃO.pdf>>. Acesso em 19/09/2016.

\_\_\_\_\_. Regimento Interno do HUSM. Santa Maria (RS): HUSM/UFMS, 1998. Disponível em: < [http://www.santamaria.rs.gov.br/images/campanhas/152anos/ufsm\\_historico.pdf](http://www.santamaria.rs.gov.br/images/campanhas/152anos/ufsm_historico.pdf)>. Acesso em 19/09/2016.

\_\_\_\_\_. Hospital Universitário de Santa Maria. Termômetro: informativo do HUSM. 2000 Ago. Santa Maria: HUSM/UFMS; 2000. Disponível em: <<http://site.ufsm.br/noticias/>>. Acesso em 19/09/2016.

VERGARA, Sylvia C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 96 p.

WAGNER III, J. A.; HOLLENBECK, J. R. **Comportamento organizacional**: criando vantagem competitiva. São Paulo: Saraiva, 2009.

WANDERLEI, Luiz Eduardo W. **O que é universidade**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

WEBER, Max. Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa.

Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

WILLIAMSON, O. E. **Markets and hierarchies**: Analysis and antitrust implications. New York: Free Press, 1975.

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

ZIKMUND, W. G. Busin; BARQUIN C., M. **Dirección de hospitales**: sistemas de atención médica. 6. ed. México: Interamericana, 1992.

## APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE PESQUISA – ENTREVISTA  
COM GESTORES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA E DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
UNIVERSITÁRIA

Este roteiro de entrevista foi elaborado pelo Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária (PPGAU) da Universidade Federal de Santa Catarina, Alécio Carminatti Júnior, sob a orientação do Prof. Dr. Irineu Manoel de Souza, e tem como objetivo analisar a gestão do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina após a adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Agradeço muito sua participação.

- 1 – Discorra sobre a estrutura do HU antes da adesão à EBSEH, em relação à estrutura física.
- 2 – Discorra sobre a estrutura do HU antes da adesão à EBSEH, em relação à estrutura tecnológica.
- 3 – Discorra sobre a estrutura do HU antes da adesão à EBSEH, em relação à estrutura organizacional.
- 4 – Discorra sobre o funcionamento do HU antes da adesão à EBSEH, em relação ao relacionamento com o SUS.
- 5 – Discorra sobre o funcionamento do HU antes da adesão à EBSEH, em relação ao atendimento a comunidade.
- 6 – Discorra sobre o funcionamento do HU antes da adesão à EBSEH, em relação a política de pessoal.
- 7 – Discorra sobre o funcionamento do HU antes da adesão à EBSEH, em relação ao atendimento ao ensino, pesquisa e extensão.
- 8 – Discorra sobre o funcionamento do HU antes da adesão à EBSEH, em relação a tomada de decisão.
- 9 – Discorra sobre o funcionamento do HU antes da adesão à EBSEH, em relação a autonomia.
- 10 – Discorra sobre o funcionamento do HU antes da adesão à EBSEH, em relação a escolha dos seus dirigentes.
- 11 – Discorra sobre o funcionamento do HU antes da adesão à EBSEH,

em relação ao quantitativo de leitos fechados ou desativados.

12 – Discorra sobre a estrutura do HU após a adesão à EBSEERH, em relação à estrutura física.

13 – Discorra sobre a estrutura do HU após a adesão à EBSEERH, em relação à estrutura tecnológica.

14 – Discorra sobre a estrutura do HU após a adesão à EBSEERH, em relação à estrutura organizacional.

15 – Discorra sobre o funcionamento do HU após a da adesão à EBSEERH, em relação ao relacionamento com o SUS.

16 – Discorra sobre o funcionamento do HU após a adesão à EBSEERH, em relação ao atendimento a comunidade.

17 – Discorra sobre o funcionamento do HU após a adesão à EBSEERH, em relação a política de pessoal.

18 – Discorra sobre o funcionamento do HU após a adesão à EBSEERH, em relação ao atendimento ao ensino, pesquisa e extensão.

19 – Discorra sobre o funcionamento do HU após a adesão à EBSEERH, em relação a tomada de decisão.

20 – Discorra sobre o funcionamento do HU após a adesão à EBSEERH, em relação à autonomia.

21 – Discorra sobre o funcionamento do HU após a adesão à EBSEERH, em relação à escolha dos seus dirigentes.

22 – Discorra sobre o funcionamento do HU após a adesão à EBSEERH, em relação ao quantitativo de leitos fechados ou desativados.

23 – Em sua análise, o que mudou em relação à situação do HU após a adesão a EBSEERH?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Prezado(a) participante:

Sou estudante de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina. Estou realizando uma pesquisa sob supervisão do Prof. Irineu Manoel de Souza (PPGAU/CAD/UFSC), cujo objetivo é **“Compreender como ocorre à gestão do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina, após a adesão à EBSERH”**.

Esta pesquisa trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, cujas informações são coletadas por meio de entrevista semiestruturada. As entrevistas serão gravadas e, posteriormente, transcritas para a realização da análise de conteúdo, por este pesquisador. Sua participação neste estudo é livre, podendo desistir do mesmo em qualquer momento, sem que lhe seja imputado qualquer tipo de prejuízo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefício direto em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo(s) pesquisador(es) no telefone \_\_\_\_\_ ou pela entidade responsável – PPGAU, telefone (48) 37216525.

Florianópolis, novembro de 2016.

---

Alécio Carminatti Jr (Mestrando)

---

Prof. Irineu Manoel de Souza, Dr. (Orientador)

Assinatura do entrevistado:

---

**ANEXOS**

# ANEXO 1 - CONTRATO FIRMADO ENTRE O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA COM A EBSERH



**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

CONTRATO Nº 263 /2013.

CONTRATO DE GESTÃO ESPECIAL GRATUITA QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM e a EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

A **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM**, com sede na Av. Roraima, nº 1000, na cidade de Santa Maria, Bairro Camobi, RS, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 95.591.764/0001-05, neste ato representada por seu Reitor **FELIPE MARTINS MULLER**, brasileiro, casado, servidor público, inscrito no CPF sob nº 442.925.380.34 e RG sob nº 9011117844 SSP/RS, doravante denominada **CONTRATANTE**, e **EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH**, Empresa Pública vinculada ao Ministério da Educação, 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 – Distrito Federal, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 15.126.437/0001-43, neste ato representada por seu Presidente, **JOSÉ RUBENS REBELATTO**, brasileiro, casado, fisioterapeuta, portador do RG no 7.481.896, expedido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda sob número 867.117.688-68, domiciliado na Rua Equador 295, Parque Estancia Suíça, CEP 13566-800, São Carlos/SP, e por seu Diretor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação, **CRISTIANO CABRAL**, brasileiro, casado, analista de sistemas, portador da Carteira de Identidade nº 120772357527, MEX/DF, inscrito no Cadastro de Pessoa Física do Ministério da fazenda sob número 037.001.556-89, residente e domiciliado no Condomínio São Mateus, casa 4, Setor Habitacional Jardim Botânico, Lago Sul, Brasília, DF, CEP 71680-378, com poderes conferidos pelo Decreto nº 7661/11, de 28 de dezembro de 2012, doravante denominada **CONTRATADA**, na forma da previsão da parte inicial do artigo 175 da Constituição Federal de 1988, da alínea "a" do § 1º do artigo 10, do Decreto-lei nº 200, de 1967 e do artigo 5º da Lei n.º 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 artigo 207 da Constituição da República.

1

*[Handwritten signatures and initials]*





**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

### Cláusula Primeira - Do Objeto

O presente contrato tem por objeto a gestão especial gratuita, pela **CONTRATADA**, do **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA – HUSM**, órgão integrante da **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM**, na forma e condições definidas neste Contrato e na Lei nº 12.550, de 2011, compreendendo:

I - a oferta, à população, de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

II - o apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública; e

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 – É 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 cedidos à EBSERH; 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 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 anterior será elaborado o Plano Diretor do Hospital, conjuntamente pela **CONTRATADA** e **CONTRATANTE**.

**Cláusula Quarta – Da Cessão do Patrimônio**

A **CONTRATANTE** cederá à **CONTRADADA** o imóvel localizado no Campus Universitário de Camobi, prédio que hoje abriga o HUSM, cuja descrição, dimensões/planta e certidão 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 uso próprios.

Parágrafo Primeiro – A **CONTRATANTE** autoriza, desde já, que a **CONTRATADA** utilize o imóvel e os bens referidos na presente cláusula para a consecução dos objetivos do presente contrato, zelando pela integridade do referido patrimônio.

Parágrafo Segundo – A cessão dos bens permanentes pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** surtirá efeitos após a realização de inventário que será concluído observando-se o prazo constante no parágrafo sétimo de cláusula sexta.

Parágrafo Terceiro – Ao término do contrato, os bens e direitos cedidos, a qualquer tempo, serão devolvidos à **CONTRATANTE**.

**Cláusula Quinta – Da cessão dos servidores públicos à CONTRATADA**

A critério da **CONTRATANTE**, e observados os procedimentos legais aplicáveis, os servidores públicos em exercício no Hospital na data da assinatura do CONTRATO poderão ser cedidos à **CONTRATADA**, caso em que continuarão exercendo as mesmas atividades e sujeitos ao que dispõe a Lei nº 8.112, de 1990, inclusive quanto aos deveres, proibições e regime disciplinar.

Parágrafo Primeiro – Compete à **CONTRATANTE** fornecer à **CONTRATADA** relação nominal dos servidores públicos efetivos (Anexo IV) que lhe serão cedidos.

Parágrafo Segundo – Observadas as disposições legais e regulamentares, compete à **CONTRATADA** a gestão administrativa dos servidores cedidos, inclusive quanto a aspectos referentes a:

a) concessão, com ônus pela **CONTRATADA**, de diárias, passagens e indenização de



**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

transporte;

- b) redistribuição interna de competências e alocação de pessoal;
- c) controle de frequência, de produtividade e de horas extraordinárias de trabalho;
- d) programação de escala de trabalho, de recessos e de plantões; e
- e) encaminhar para os trâmites legais da **CONTRATANTE** a programação de férias, licenças, afastamentos (quando for o caso) e, as avaliações de desempenho e capacitações realizadas.

Parágrafo Terceiro – A cessão de que trata o caput desta cláusula, bem como a cessão de servidores para ocupar cargos em comissão ou função gratificada na estrutura da **CONTRATADA**, dar-se-á por meio de Portaria da autoridade competente, garantidos os direitos referentes ao regime de origem, na forma do art. 7º da Lei nº 12.550, de 2011, do art. 93 da Lei 8.112, de 1990, do Decreto 4.050, de 2001 e da Portaria MEC nº 404, de 23 de abril de 2009.

Parágrafo Quarto – A cessão de servidores para o exercício de cargos em comissão ou função gratificada na estrutura da **CONTRATADA** será veiculada em portarias específicas, diversas das portarias editadas para veicular a cessão de servidores que não irão exercer cargo em comissão ou função de confiança na estrutura da **CONTRATADA**. Os servidores que figurarem nas duas hipóteses de cessão constarão em duas portarias de cessão.

Parágrafo Quinto – Quando a cessão for de docente do quadro efetivo da **CONTRATANTE**, fica acordado que a **CONTRATADA** poderá disponibilizar a sua participação em atividades teóricas das disciplinas acadêmicas de seu Departamento de origem, conforme grade curricular previamente apresentada, com carga horária semanal de até oito horas.

Parágrafo Sexto – Ao tomar ciência de qualquer irregularidade supostamente cometida por servidor cedido pela **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** deverá promover a sua apuração imediata, mediante sindicância, encaminhando-a, após sua conclusão, à autoridade competente da **CONTRATANTE** para que se realize o juízo de admissibilidade quanto à necessidade de instauração do pertinente procedimento disciplinar.

Parágrafo Sétimo – A **CONTRATADA** oportunizará aos servidores públicos cedidos a opção pelo Plano de Benefícios – EBSERH, caso seja mais favorável ao servidor.

**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





**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

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.

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 acima referido.

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 artigo 46, §3º do 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 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 (SIAFI e 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 anterior fica limitado ao período de 12 (doze) meses, contados da assinatura do contrato, podendo ser prorrogado por termo aditivo, desde que evidenciada a ocorrência de fato superveniente pelas partes, que comprometa o cumprimento do prazo.

5





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 nessa cláusula, os instrumentos jurídicos firmados junto ao SUS para a prestação de serviços de saúde (Lei n.º 8.080, de 1990), devendo a **CONTRATADA** providenciar, ao final do referido prazo, a respectiva sub-rogação.

**Cláusula Sétima – Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA**  
São obrigações da **CONTRATADA**:

- I. Administrar com ética e transparência o Hospital Universitário de Santa Maria, da **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM**;
- II. Zelar pelo patrimônio 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 e serviços necessários para o processo de ensino e aprendizagem destinados à formação profissional dos cursos oferecidos pela Universidade;
- IX. Incentivar a produção de conhecimento científico e tecnológico no âmbito do hospital, por meio da promoção de projetos de pesquisa e da definição de diretrizes;
- X. Destinar recursos para o incentivo à pesquisa no Hospital Universitário, cujo percentual será definido anualmente pela Diretoria Executiva da **CONTRATADA**;
- XI. Definir, preservando as necessidades para o ensino e a pesquisa de interesse da **CONTRATANTE**, o perfil do Hospital Universitário, a partir das necessidades da rede de saúde e das políticas prioritárias do Ministério da Saúde;
- 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,





**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

contemplando as políticas prioritárias do SUS e a integração ensino-serviço;

XIII. Firmar diretamente junto ao SUS, na forma da Lei n.º 8.080, de 1990 c/c artigos 3º, § 1º e 4º, inciso I, da Lei n.º 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;

XV. Promover a padronização dos insumos hospitalares, de acordo com política definida pela **CONTRATADA** para a rede de hospitais universitários federais;

XVI. Apoiar a estruturação do Hospital Universitário para o processo de certificação como Hospital de Ensino – HE;

XVII. Elaborar, no período máximo de 12 meses, 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 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 cedidos 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, indicadores e prazos de execução, previstas 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;





**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

- XXX - Fornecer à **CONTRATANTE**, quando solicitado, todos os documentos, elementos, dados técnicos e informações referentes aos interesses e finalidade social do Hospital Universitário, observadas as disposições legais sobre o sigilo;  
XXXI - Responder pelas obrigações decorrentes de suas contratações.

**Cláusula Oitava – 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, indicadores e prazos de execução, previstas no respectivo Anexo, conforme art. 6º, II da Lei nº 12.550, de 2011;
- III. Apresentar, para a **CONTRATADA**, relação dos servidores públicos que exerçam atividades relacionadas ao objeto do presente contrato, cuja cessão seja pertinente, nas condições estipuladas no 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 informações referentes aos interesses e 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 Ministério da Saúde destinados ao Hospital Universitário no âmbito do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF.

**Cláusula Nona – 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**, preferencialmente do quadro permanente da **CONTRATANTE**, obedecendo a critérios estabelecidos de titulação acadêmica e comprovada experiência em gestão pública na área da saúde, definidos em conjunto pelas partes;
- II - As Gerências serão ocupadas por pessoas 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





**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

**CONTRATADA**, por meio de critérios técnicos específicos para a área, e submetida à apreciação da Diretoria Executiva da **CONTRATADA**;

IV - A escolha do Ouvidor do Hospital será realizada pelo Colegiado Executivo do Hospital, obedecendo a critérios técnicos sugeridos pelo Ouvidor Geral da **CONTRATADA**;

V - Para os cargos de Chefia, a seleção será feita pelo Colegiado Executivo e o 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 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 para o mesmo, 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 referida Resolução seguirá as regras gerais aplicáveis ao caso, ad nutum.

#### **Cláusula Décima – Do Financiamento**

A execução do objeto do presente Contrato será financiada pelas dotações orçamentárias do Ministério da Educação, alocadas diretamente no orçamento da **CONTRATADA**, e pelos recursos provenientes do SUS e de outras fontes de recursos públicos.

Parágrafo Único – Os recursos REHUF provenientes do Ministério da Saúde também comporão as fontes de financiamento do presente contrato e serão transferidos diretamente à **CONTRATADA** pelo FNS mediante autorização expressa da **CONTRATANTE**.

#### **Cláusula Décima Primeira – Da incomunicabilidade de atos de gestão de recursos humanos**

A contratação, a qualquer tempo, de mão-de-obra, 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 mão-de-obra.

#### **Cláusula Décima Segunda - 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 – Descumprindo 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 Terceira – Da Vigência e da Prorrogação**

O contrato é celebrado pelo prazo de 20 (vinte) 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.



**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

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 Quarta – 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 Quinta – 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 artigo 11 da Medida Provisória nº 2180-35, de 2001.

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, 17 de dezembro de 2013.

Pela UFSM

  
**FELIPE MARTINS MULLER**  
Reitor

Pela EBSERH

  
**JOSÉ RUBENS REBELATTO**  
Presidente

  
**CRISTIANO CABRAL**  
Diretor

Testemunhas:

1)

CPF: 028543778-00

JEANNE L. M. MICHEL

2)

CPF: 026445090-41

11 Raulo Guazzolin





## ANEXO 2 - CONTRATO FIRMADO ENTRE O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA COM A EBSERH



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](mailto: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



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.



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 do 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 EBSEH 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;



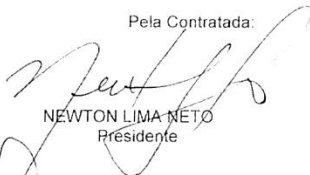
E, por se acharem justas e contratadas, as partes assinam o presente contrato em três vias de igual teor e forma, contendo rubrica das partes em todas as folhas, na presença das testemunhas, para que produza todos os efeitos legais.

Brasília/DF, 16 de março de 2016.

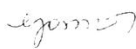
Pela Contratante:


  
ROSELANE NECKEL  
Reitora

Pela Contratada:

  
NEWTON LIMA NETO  
Presidente

  
JEANNE LILIANE MARLENE MICHEL  
Vice-presidente executiva

Iaia Guana  
CPF: 365540236-09  


Luizinho Ambrósio Costa  
CPF: 055.986.316-08  




ANEXO 3 - DOCUMENTO DA COMISSÃO DE LEGISLAÇÃO E REGIMENTO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA QUE HOMOLOGA O “AD REFERENDUM” DE ADESÃO COM A EBSERH.



COMISSÃO – CLR

PROCESSO SOC. N. 031/2012

PARECER – 041/2012

PROCESSO DAG. N. 23081.004522/2012-75

RELATOR – Prof. Rogério Ferrer koff

A Comissão de Legislação e Regimentos recebeu, para análise e parecer, o Processo N. 23081.004522/2012-75, da Divisão de Protocolo do Departamento de Arquivo Geral, e N. 031/2012, do Conselho Universitário, no qual o Gabinete do Reitor solicita autorização para contratação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.


A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação e foi criada pela Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Sua finalidade é prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade. Também presta serviços de apoio ao ensino, pesquisa e extensão às instituições públicas federais.

Estando o processo bem instruído e a finalidade bem definida, a Comissão de Legislação e Regimentos é de

**PARECER**

que o Conselho Universitário pode autorizar o Gabinete do Reitor a iniciar os trâmites para a contratação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Santa Maria, 23 de março de 2012.

  
 Prof. Rogério Ferrer Koff,  
 Relator e Presidente da CLR.

ANEXO 4 - LEI 12.550/2011 QUE CRIOU A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH

**Presidência da República  
Casa Civil**

**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI Nº 12.550, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2011.**

Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências.

**A PRESIDENTA DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a criar empresa pública unipessoal, na forma definida no [inciso II do art. 5º do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967](#), e no [art. 5º do Decreto-Lei nº 900, de 29 de setembro de 1969](#), denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado.

§ 1º A EBSEH terá sede e foro em Brasília, Distrito Federal, e poderá manter escritórios, representações, dependências e filiais em outras unidades da Federação.

§ 2º Fica a EBSEH autorizada a criar subsidiárias para o desenvolvimento de atividades inerentes ao seu objeto social, com as mesmas características estabelecidas no caput deste artigo, aplicando-se a essas subsidiárias o disposto nos arts. 2º a 8º, no caput e nos §§ 1º, 4º e 5º do art. 9º e, ainda, nos arts. 10 a 15 desta Lei.

Art. 2º A EBSEH terá seu capital social integralmente sob a propriedade da União.

Parágrafo único. A integralização do capital social será realizada 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.

Art. 3º A EBSEH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diag-



nóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do [art. 207 da Constituição Federal](#), a autonomia universitária.

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

§ 2º No desenvolvimento de suas atividades de assistência à saúde, a EBSEH observará as orientações da Política Nacional de Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde.

§ 3º É assegurado à EBSEH o ressarcimento das despesas com o atendimento de consumidores e respectivos dependentes de planos privados de assistência à saúde, na forma estabelecida pelo [art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998](#), observados os valores de referência estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Art. 4º Compete à EBSEH:

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.

Art. 5º É dispensada a licitação para a contratação da EBSEERH pela administração pública para realizar atividades relacionadas ao seu objeto social.

Art. 6º A EBSEERH, respeitado o princípio da autonomia universitária, poderá prestar os serviços relacionados às suas competências mediante contrato com as instituições federais de ensino ou instituições congêneres.

§ 1º O contrato de que trata o caput estabelecerá, entre outras:

I - as obrigações dos signatários;

II - as metas de desempenho, indicadores e prazos de execução a serem observados pelas partes;

III - a respectiva sistemática de acompanhamento e avaliação, contendo critérios e parâmetros a serem aplicados; e

IV - 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 instituições federais de ensino ou instituições congêneres, visando ao melhor aproveitamento dos recursos destinados à EBSEERH.

§ 2º Ao contrato firmado será dada ampla divulgação por intermédio dos sítios da EBSEERH e da entidade contratante na internet.

§ 3º Consideram-se instituições congêneres, para efeitos desta Lei, as instituições públicas que desenvolvam atividades de ensino e de pesquisa na área da saúde e que prestem serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

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

§ 1º Ficam assegurados aos servidores referidos no caput os direitos e as vantagens a que façam jus no órgão ou entidade de origem.

~~§ 2º A cessão de que trata o caput ocorrerá com ônus para o cessionário.~~ [\(Revogado pela Lei nº 12.863, de 2013\)](#)

Art. 8º Constituem recursos da EBSEERH:

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

II - as receitas decorrentes:

a) da prestação de serviços compreendidos em seu objeto;

b) da alienação de bens e direitos;

c) das aplicações financeiras que realizar;

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

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

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

IV - rendas provenientes de outras fontes.

Parágrafo único. O lucro líquido da EBSEERH será reinvestido para atendimento do objeto social da empresa, excetuadas as parcelas decorrentes da reserva legal e da reserva para contingência.

Art. 9º 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.

§ 1º O estatuto social da EBSEERH definirá a composição, as atribuições e o funcionamento dos órgãos referidos no caput.

§ 2º (VETADO).

§ 3º (VETADO).

§ 4º A atuação de membros da sociedade civil no Conselho Consultivo não será remunerada e será considerada como função relevante.

§ 5º Ato do Poder Executivo aprovará o estatuto da EBSEERH.

Art. 10. 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.

Parágrafo único. Os editais de concursos públicos para o preenchimento de emprego no âmbito da EBSEERH poderão estabelecer, como título, o cômputo do tempo de exercício em atividades correlatas às atribuições do respectivo emprego.

Art. 11. Fica a EBSEERH, para fins de sua implantação, autorizada a contratar, mediante processo seletivo simplificado, pessoal técnico e administrativo por tempo determinado.

§ 1º Os contratos temporários de emprego de que trata o caput somente poderão ser celebrados durante os 2 (dois) anos subsequentes à constituição da EBSEERH e, quando destinados ao cumprimento de contrato celebrado nos termos do art. 6º, nos primeiros 180 (cento e oitenta) dias de vigência dele.

§ 2º Os contratos temporários de emprego de que trata o caput poderão ser prorrogados uma única vez, desde que a soma dos 2 (dois) períodos não ultrapasse 5 (cinco) anos.

Art. 12. A EBSEERH poderá celebrar contratos temporários de emprego com base nas [alíneas a e b do § 2º do art. 443 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943](#), mediante processo seletivo simplificado, observado o prazo máximo de duração estabelecido no seu art. 445.

Art. 13. Ficam as instituições públicas federais de ensino e instituições congêneres autorizadas a ceder à EBSEERH, no âmbito e durante a vigência do contrato de que trata o art. 6º, bens e direitos necessários à sua execução.

Parágrafo único. Ao término do contrato, os bens serão devolvidos à instituição cedente.

Art. 14. A EBSEERH e suas subsidiárias estarão sujeitas à fiscalização dos órgãos de controle interno do Poder Executivo e ao controle externo exercido pelo Congresso Nacional, com auxílio do Tribunal de Contas da União.

Art. 15. A EBSEERH fica autorizada a patrocinar entidade fechada de previdência privada, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo único. O patrocínio de que trata o caput poderá ser feito mediante adesão a entidade fechada de previdência privada já existente.

Art. 16. A partir da assinatura do contrato entre a EBSEERH e a instituição de ensino superior, a EBSEERH disporá de prazo de até 1 (um) ano para reativação de leitos e serviço inativos por falta de pessoal.

Art. 17. Os Estados poderão autorizar a criação de empresas públicas de serviços hospitalares.

Art. 18. O art. 47 do [Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal](#), passa a vigorar acrescido do seguinte inciso V: [V - proibição de inscrever-se em concurso, avaliação ou exame públicos.](#)” (NR)

Art. 19. O Título X da Parte Especial do [Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal](#), passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo V:

### **“CAPÍTULO V**

#### **DAS FRAUDES EM CERTAMES DE INTERESSE PÚBLICO**

Fraudes em certames de interesse público

‘Art. 311-A. Utilizar ou divulgar, indevidamente, com o fim de beneficiar a si ou a outrem, ou de comprometer a credibilidade do certame, conteúdo sigiloso de:

I - concurso público;

II - avaliação ou exame públicos;

III - processo seletivo para ingresso no ensino superior; ou

IV - exame ou processo seletivo previstos em lei:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem permite ou facilita, por qualquer meio, o acesso de pessoas não autorizadas às informações mencionadas no caput.

§ 2º Se da ação ou omissão resulta dano à administração pública:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, e multa.

§ 3º Aumenta-se a pena de 1/3 (um terço) se o fato é cometido por funcionário público.’ (NR)”

Art. 20. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 15 de dezembro de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA ROUSSEFF

*Fernando Haddad*

*Alexandre rocha Santos Padilha*

*Miriam Belchior*

**Este texto não substitui o publicado no DOU de 16.12.2011**