



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS, GESTÃO E
AValiação DA EDUCAÇÃO SUPERIOR –
MESTRADO PROFISSIONAL

VALDINEZ DA SILVA LIMA

A EFICIÊNCIA DA GESTÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE
SERVIÇOS HOSPITALARES NA ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

JOÃO PESSOA – PB

2018

VALDINEZ DA SILVA LIMA

**A EFICIÊNCIA DA GESTÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE
SERVIÇOS HOSPITALARES NA ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY**

Dissertação submetida ao Centro de Educação, Mestrado Profissional em Políticas Públicas, Gestão e Avaliação da Educação Superior da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Área de Pesquisa: Políticas Públicas, Gestão e Avaliação da Educação Superior.

Orientador: Prof. Dr. Éder da Silva Dantas

JOÃO PESSOA – PB

2018

VALDINEZ DA SILVA LIMA

**A EFICIÊNCIA DA GESTÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES NA ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Gestão e Avaliação da Educação Superior – Mestrado Profissional do Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba. Linha de Pesquisa Políticas Públicas do Ensino Superior, como requisito à obtenção do título de mestre.

Valdinez da Silva Lima

Aprovada em: João Pessoa/PB ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Éder da Silva Dantas
(Orientador– MPPGAV – CE/UFPB)

Prof. Dr. Damião de Lima
Titular interno – MPPGAV – CE/UFPB

Prof. Dr. Swamy de Paula Lima Soares
Suplente interno – MPPGAV – CE/UFPB

Prof. Dr. Wilson Honorato Aragão
Suplente externo – PPGE – CE/UFPB

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, pelas bênçãos alcançadas, nesta trilha de minha vida, para concretização deste trabalho.

Aos amigos Mestres, em especial, Milena Moura Medeiros, que desde o início do projeto me orientou e me conduziu ao alcance dos meus objetivos, a quem sou eternamente grata, e Wladimir Tadeu Baptista Soares (Hospital São Pedro-Rio).

A colaboração da amiga Janilde Guedes, nas correções.

Aos meus Professores e ao meu Orientador Éder da Silva Dantas, que se dedicaram ao máximo para conclusão desta dissertação de Mestrado, para que a mesma traga benefícios ao Programa e à UFPB.

À minha família pela dedicação, pelo apoio e por acreditar em mim.

“Sempre que tiver dúvida sobre até onde posso ir, vou lembrar até onde cheguei. Não esquecerei tudo que enfrentei, todas as batalhas que venci e todos os medos que superei. ” (Autor Desconhecido).

RESUMO

Partindo do pressuposto que a EBSEH é um novo modelo de gestão dos Hospitais Universitários, verifica-se a necessidade de avaliar a gestão da mesma, no âmbito do Hospital Universitário Lauro Wanderley de 2013 a 2018 e se a mesma atingiu patamares de eficiência no serviço. Para tanto, utilizou-se como abordagem o método indutivo, sendo a pesquisa realizada do tipo descritiva, com enfoque qualitativo. Quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa foi bibliográfica, documental e de campo. Para a coleta de dados os instrumentos escolhidos foram: entrevista, indicadores de avaliação de desempenho EBSEH/SUS para aprofundar a descrição das características da prestação de serviços pelos hospitais conveniados e questionário com perguntas objetivas e subjetivas, sobre informações organizacionais da instituição e estratégias da gestão. A população do estudo foi composta por 5 (cinco) gestores, seguindo o organograma do hospital. Frente à análise dos dados, considerou-se que, nos discursos dos gestores, o objetivo da implantação da EBSEH foi alcançado, são eles: O déficit de recursos humanos que foi superado, pelas 1.175 contratualizações com vínculo CLT e emprego dos recursos do REHUF para novas instalações, recuperação do prédio, aquisição de equipamentos e instalações foram realizadas em 90%. Atualmente, há uma padronização dos serviços na rede EBSEH, os organogramas são diferenciados pelo porte dos hospitais, uniformizando as ações, apontado como um ponto positivo da transição, assim como a implantação de uma unidade de auditoria interna no hospital. Diante do exposto, concluiu-se que dentro do proposto na criação da EBSEH a mesma é eficiente. Sugerem-se novas pesquisas e estudos sobre esse tema para que possam dar continuidade à presente pesquisa sobre o objeto de estudo nacionalmente a fim de ampliar amostras e detectar demandas e potencialidades consideradas relevantes para a melhoria da gestão. Ao final foi apresentado um quadro de pontos positivos e negativos da gestão e sugestões de implementação para futuras análises.

Palavras-Chave: Gestão. Administração. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Hospitais Universitários. Indicadores.

ABSTRACT

Based on the assumption that the EBSEH is a new management model of the University Hospitals, it is necessary to evaluate the management of the same, within the scope of the University Hospital Lauro Wanderley from 2013 to 2018 and if it reached levels of efficiency in the service. For that, we use as an approach the inductive method, being the research carried out of the descriptive type, with a qualitative approach. As for the technical procedures, the research was bibliographical, documentary and field. For the data collection, the chosen instruments were interview, performance evaluation indicators EBSEH / SUS to deepen the description of the characteristics of the services provided by the hospitals and questionnaire with objective and subjective questions, about the institution's organizational information and management strategies. The study population was composed of 5 (five) managers, following the organization chart of the hospital. In view of the analysis of the data, I considered that, in the managers' speeches, the objective of the EBSEH implementation achieved namely: The human resources deficit that overcome, through the 1,175 contractualizations with CLT link and use of REHUF resources for new facilities, recovery of the building, acquisition of equipment and facilities were carried out in 90%. Currently, there is a standardization of services in the EBSEH network; the organizational charts differentiated by the size of the hospitals, standardizing the actions, pointed as a positive point of the transition, as well as the implementation of an internal audit unit in the hospital. In view of the above, it concluded that within the proposed in the creation of EBSEH, it is efficient. It is suggested new research and studies on this subject so that they could continue the present research on the study object nationally in order to expand samples and detect the demands and potentialities considered relevant for the improvement of the management. At the end, a table of positive and negative management points and implementation suggestions for future analysis presented.

Keywords: Management. Administration. Brazilian company of Hospital Services. University Hospitals. Indicators.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1. Organograma Gerencial do HULW/2013 - antes da EBSEH21	21
Figura 2. Organograma Gerencial HULW e EBSEH22	22
Figura 3. Organograma Gerencial do HULW/2013 - antes da EBSEH22	22
Figura 4. Organograma da Gerencial de Ensino e Pesquisa.....23	23
Figura 5. Organograma de Gerência Administrativo e Financeira.....23	23
Figura 6. Histórico da Saúde Pública32	32
Figura 7. Modelo de Administração Pública36	36
Figura 8. Ciclo de Políticas Públicas39	39
Figura 9. Mapa estratégico HULW - EBSEH.....41	41
Figura 10. Painel de Indicadores Gerais do HULW-2015 - Gráficos46	46
Figura 11. Painel de Indicador de Permanência 2018.48	48
Figura 12. Histórico Hospitais Universitários58	58
Figura 13. Ciclo de Planejamento.....65	65
Figura 14. Filiais da EBSEH no Brasil.68	68
Figura 15. Evolução dos repasses da contratualização e do REHUF69	69
Figura 16. Cargos e Funções72	72
Figura 17. Demonstrativo do Aumento de Residentes74	74
Figura 18. Cirurgias realizadas EBSEH: agosto a novembro/2018.....75	75
Figura 19. Exames realizados EBSEH: agosto a novembro/2018.....75	75
Figura 20. Internações realizadas EBSEH: agosto-novembro/2018.....75	75
Figura 21. Número de Leitos EBSEH: agosto-novembro/2018.76	76
Figura 22. Demonstrativo de Patrimônio77	77
Figura 23. Demonstrativo de Pregões na Unidade de Licitação.....79	79
Figura 24. Ilustração do Quadro de Pessoal atual do HULW.80	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Respondentes da Pesquisa por Questionário Semiestruturado.....	26
Quadro 2 - Categorias, Sujeitos da Pesquisa e Instrumento de Coleta de Dados.....	28
Quadros 3 - Identificação dos Entrevistados quanto aos Dados Demográficos	71
Quadro 4 - Equipamentos	78
Quadro 5 - Pontos Negativos e Positivos	81

LISTA DE SIGLAS

CF	- Constituição Federal
CLT	- Consolidação das Leis do Trabalho
DD	- Denominado de Documento Descritivo
DRU	- Desvinculação dos Recursos da União
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FEDP	- Fundações Estatais de Direito Privado
FMI	- Fundo Monetário Internacional
HSL	- Hospital Sírio Libanês
HU	- Hospital Universitário
HULW	- Hospital Universitário Lauro Wanderley
MEC	- Ministério da Educação
MPOG	- Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão
MS	- Ministério da Saúde
NOB	- Normas Operacionais Básicas
NOAS	- Norma Operacional da Assistência à Saúde
OS	- Organizações Sociais
OSCIP	- Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PDE	- Plano Diretor Estratégico
POA	- Plano Operativo Assistencial
REHUF	- Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RJU	- Regime Jurídico Único
SUS	- Sistema Único de Saúde
TAE	- Técnico-Administrativos em Educação
TCU	- Tribunal de Contas da União.
UFPB	- Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 MARCO METODOLÓGICO	18
2.1 Características do Estudo	18
2.2 Campo do Estudo.....	19
2.3 Sujeitos da Pesquisa.....	24
2.4 Instrumentos da Pesquisa	24
2.6 Técnicas e Instrumentos de Coleta e Análise de Dados e Sujeitos da Pesquisa	26
2.7 Posicionamentos Éticos dos Pesquisadores	28
3 GESTÃO E SAÚDE PÚBLICA	29
3.1 Histórico da Saúde Pública	29
3.2 Tipos de Administração	36
3.3 Estado e Políticas Públicas.....	38
4.4 Tipos de Gestão	40
3.5 Eficiência	Erro! Indicador não definido.
3.6 Indicadores	45
3.6.1 Indicadores de Atenção à Saúde.....	47
3.6.2 Indicadores de Ensino e Pesquisa.....	48
3.6.3 Indicadores de Administração/Infraestrutura.....	49
3.7 UFPB, HULW, REHUF E EBSEERH	49
3.7.1 Universidade – UFPB	49
3.7.2 Hospitais Universitários	57
3.7.2.1 Caracterização do HULW.....	58
3.7.3 EBSEERH	59
3.7.3.1 Caracterização do Novo Modelo de Gestão.....	65
3.7.3.2 O HULW antes da EBSEERH	66
3.7.3.3 O HULW após a EBSEERH	66
3.7.3.4 Estratégias da Gestão para melhoria no atendimento	67
3.7.3.5 Filiais da EBSEERH no Brasil	67
3.7.4 REHUF	68
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
4.1 Caracterizações dos Participantes	71

4.2 Questões Disparadoras.....	72
4.3 Discursos dos Gestores e Análise dos Dados	73
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 82
 REFERÊNCIAS.....	 86
 APÊNDICES	 92
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO	93
APÊNDICE B - SUPERINTENDENTE- HULW.....	94
APÊNDICE C - GESTÃO DE ATENÇÃO Á SAÚDE	95
APÊNDICE D - GESTÃO DE ENSINO E PESQUISA	96
APÊNDICE E - GESTÃO ADMINISTRATIVA-FINANCEIRA.....	97
APÊNDICE F - GESTÃO DE PESSOAS	98
APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	99
 ANEXOS.....	 101

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a área hospitalar ainda precisa trilhar um longo caminho em busca da modernização de sua gestão, pois tais organizações ainda se utilizam de métodos contábeis tradicionais e ultrapassados, desconhecendo efetivamente seus custos por não utilizarem qualquer tipo de sistema que oriente e proporcione parâmetros para decisões administrativas, investimentos e controle de atividades (ABBAS, 2001).

De acordo com Drucker (1999), o gerenciamento na área de saúde é mais complexo do que em qualquer outro tipo de organização. Portanto, a administração de hospitais constitui-se numa especialidade complexa e peculiar da administração, por envolver união de recursos humanos e procedimentos muitos diversificados. Serviços característicos de outras organizações, tais como engenharia, alimentação, lavanderia, hotelaria e suprimentos, convivem com os complexos cuidados da área de saúde, interagindo com eles, a fim de dar aos pacientes, condições para sua recuperação (ALVES, 1998). Mas, para atender as demandas do processo assistencial e gerencial se faz necessário que se implante um modelo de gestão, a fim de aperfeiçoar o processo gerencial hospitalar, que é visto hoje como uma empresa (BURMESTER et al., 2007).

É exatamente com esta visão gerencial que o governo, desde a crise enfrentada pelos Hospitais Universitários em 1970 e com a carência de gerência em saúde, vinha tentando suprir as necessidades dos Hospitais Universitários, que em 1990 integraram-se ao SUS. Antes o mesmo era vinculado apenas ao MEC. Em 1999 foram realizadas duas oficinas pelo CNS, para discutir a situação dos mesmos (CNS,1999).

De acordo com a portaria nº 562 de 23/05/2003, estabeleceu-se uma comissão Interinstitucional entre os órgãos de controle MEC/MS/MCT/MPOG, para analisar os problemas dos HU e, de acordo com a portaria MEC/MS nº 1006/2004, de 27/05/2004, foram inseridas as contratualizações e a obrigatoriedade da certificação e por último foi criado o programa REHUF (REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS) pelo art. nº 3, decreto nº 7.082 em 27/01/2010, financiamento destinado para revitalização dos HU, até 2012. No entanto, o programa não supriu a demanda dos Hospitais Universitários e foi criado pela lei nº 12.550/2011 a EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), cuja mesma é uma empresa pública de direito privado, para gerenciar os Hospitais Universitários, onde seus colaboradores são empregados públicos, com vínculo CLT e admitidos por meio de concurso que tem por finalidade uma modelagem jurídica institucional para a prestação dos serviços administrativos e médicos hospitalares (FASUBRA, 2011).

A UFPB, em 30/04/2013, assinou o contrato de nº 45/2013 por 20 anos, cujo objeto é a gestão especial gratuita pela EBSEH do HULW e, após 12 meses a gestão da EBSEH, foi plenamente efetivada. Os financiamentos são oriundos do MEC, SUS, MS e REHUF e são diretamente repassados para a EBSEH. Dessa forma, cabe a UFPB, apenas a atribuição do controle, da fiscalização do contrato assinado com a EBSEH.

Este tema é de grande relevância, para o Mestrado Profissional em Políticas Públicas, pois não é uma realidade restrita à Paraíba mas sim a todo o Brasil, que coloca os servidores da saúde do regime estatutário de frente com as políticas públicas do governo que visa à terceirização e privatização da saúde.

Analisar a gestão da EBSEH na administração do HULW, desde o contrato de gestão especial gratuita de nº 45/2013 com a UFPB é de suma importância devido ao grande impacto na gestão dos Hospitais Universitários (HU) das instituições federais de ensino superior (IFES), por trazer mudanças no modelo de gestão, na formação de graduandos, na assistência à saúde e qualificação profissional visando contribuir com a instituição, a cumprir a meta de hospital acreditado (selo de excelência) até 2019 que foi prorrogado para 2025.

Faz-se necessário avaliar a gestão desta empresa e apresentar propostas que visem a melhoria nas condições de trabalho, atendimento humanizado e de qualidade aos usuários do SUS, enfim, oferecer um ambiente de trabalho seguro para o exercício das atividades laborais e mais eficiente.

Realizar esta pesquisa sobre: “A eficiência da gestão da EBSEH na administração do Hospital Universitário Lauro Wanderley” é de grande importância, por ser funcionária deste hospital há 15 anos, no cargo de Auxiliar de Enfermagem e participar da comissão de servidores do HULW, a qual serve de comunicação entre os servidores e gestores. Vivencia-se toda transição enfrentada pelos trabalhadores como mudanças constantes nas escalas de serviço na intenção do aumento de carga horária, sendo a mesma definida pela resolução CONSUNI nº 33/2010 da UFPB e que mantém a carga horária de 30 horas semanais, sem o devido diálogo, sem uma informação antecipada das mudanças de condutas impostas pela governança e com as mudanças somos chamados de colaboradores, apenas na execução de metas e não como participantes ativos da gestão.

O Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) integra a estrutura da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) Campus I e foi inaugurado em 12 de fevereiro de 1980. Está localizado no município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba com 801.718 habitantes (IBGE, 2016). Dentre os Hospitais Universitários do MEC, ocupa posição de destaque por sua atuação no ensino e assistência.

Para Médici (2001), o Hospital Universitário e de Ensino (HUE) se caracteriza por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde, por prover treinamento universitário em saúde assim reconhecido, hospital de ensino, estando submetido à supervisão de autoridades competentes e por propiciar atendimentos de maior complexidade a uma parcela da população.

De acordo com Pereira (2004), os Hospitais Universitários são Laboratórios destinados à prática do ensino na área da saúde, vinculados às universidades como órgãos suplementares, desenvolvem, juntamente com o ensino, atividades de pesquisa, extensão e assistência à saúde, de forma integrada ao sistema único de saúde (PEREIRA, 2004, p.20).

O HULW representa uma estrutura de saúde de referência no Estado da Paraíba e obedece às referências pactuadas para o município de João Pessoa, verificando a quantidade física e financeira prevista (EBSERH, 2014) e que precisa ter condições estruturais, de equipamentos que acompanhem o avanço tecnológico, cujo objetivo é de: ensino, pesquisa, extensão, multiprofissional e assistencial de qualidade. Nos seus 39 anos de História, a falta de investimento resultou em um hospital sucateado e com falta de recursos humanos.

A falta de políticas públicas em saúde na Paraíba e no Brasil tornou mais difícil a vida dos usuários do SUS e, conseqüentemente, o oferecimento de serviços desorganizados, desumanizados, e de péssima qualidade, que de acordo com a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições de qualidade no atendimento para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Conforme a organização e o funcionamento dos serviços, desde a Constituição de 1988, o SUS agrega as 3 (três) esferas governamentais (federal, estadual e municipal) com serviços privados ou conveniados, além de ser responsável pela execução dos princípios constitucionais (BRASIL, 2006).

O governo federal avaliou as condições dos Hospitais Universitários e instituiu o decreto 7.082 de 27/01/2010, criando o plano de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) que dispõe sobre o financiamento dos Hospitais Universitários nas áreas da saúde e educação, o mesmo tem o objetivo de criar condições materiais e institucionais para que os hospitais possam desempenhar plenamente suas funções oferecendo serviços de referência para todo o Estado da Paraíba como: pré-natal, para acompanhamento de gravidez de alto risco, doenças infectas parasitárias (DIP), portadores de DST e AIDS (SAE), fissurados (lábio palatino) oferecem atendimento ambulatorial especializado, cirúrgico, consultas de psicologia, serviço social, enfermagem, nutrição, odontologia e fisioterapia. Realiza exames de média e alta complexidade em: Patologia clínica, anatomopatologia, citopatologia, rádio diagnóstico, ultrassonografia e diagnose (PDE, 2014).

No Brasil, a resistência à adesão a esta empresa foi unânime, com a realização de seminários em Brasília. “I e II Seminários Nacionais dos Hospitais Universitários” (FASUBRA, 2015; 2017) foram apresentados pelos estados participantes os problemas enfrentados diariamente pelos servidores, aumento dos conflitos de assédio moral e psicológico, onde este era alimentado pela ameaça de seção dos servidores RJU à EBSEH sem consulta prévia, aumentando a taxa de absenteísmo e atestados médicos. Os seminários saíram fortalecidos com a formação da comissão dos Servidores nos HU, da qual sou membro desde 2015, e que está continuamente lutando pelos direitos dos mesmos. Em 07/06/2018, foi realizada uma Audiência Pública dos Hospitais Universitários em Brasília, na câmara dos deputados no anexo II (COMISSÃO DE LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA, 2018).

A gestão autoritária, composta de cargos comissionados com altas comissões, cujos elevados valores podem ser vistos no portal da transparência e que tomam decisões sem a devida consulta aos servidores, tirando até o direito a escolha do superintendente do HULW, cuja ação fere a autonomia universitária, em que todos os cargos são indicados pela reitoria, demonstrando o autoritarismo por parte da gestão. As dificuldades enfrentadas são variadas e agravaram-se ao longo dos anos, a exemplo da reposição do seu quadro de funcionários, pela falta de concurso público e contratação de pessoal, controle de gastos, falta de investimento na infraestrutura e tecnologia.

O REHUF e a EBSEH foram criados para solucionar os problemas de gestão dos Hospitais Universitários descritos pelo governo federal, vínculos empregatícios de fundações que ofereciam uma terceirização irregular, oferecendo formas precárias de contratação. Na verdade, propõem uma nova forma de terceirização, de mão-de-obra dos Hospitais Universitários, uma Terceirização Pública onde a EBSEH substituiu as fundações (Fundação José Américo) e demais vínculos empregatícios precários e o que presenciamos é a continuação dos mesmos, relatos da falta de insumos e medicamentos insuficientes, impossibilitando um tratamento humanizado e, ao contrário do que se esperava, são notificados quase todos os dias das imensas filas que se formam em frente ao ambulatório e aumentaram as reclamações entre os usuários e profissionais de saúde junto a comissão de servidores deste hospital. Foi elaborado um relatório de todos os problemas citados e estes dados foram coletados com visita a todas as clínicas que compõem os 7 andares do hospital, incluindo o ambulatório, através de relatos de funcionários, pacientes e fotos da péssima infraestrutura apresentada.

Este relatório foi enviado a diversos órgãos: COREN (Conselho Regional de Enfermagem) e Ministério Público. Outro problema, enfrentado há vários anos desde a criação dos HU, é a dualidade do vínculo empregatício dentro do hospital, que neste caso são os

estatutários e celetistas que provoca desarmonia nas relações de trabalho, insatisfação profissional e inclusive dificulta a organização do trabalho da gestão atual.

Diante do exposto, o tema apresentado é de fundamental relevância para a produção de conhecimento e para o Mestrado Profissional em Políticas Públicas Gestão e Avaliação em Ensino Superior, tendo em vista os equívocos causados pela falta de comunicação e interação da gestão com seus colaboradores (gestão participativa), demonstrando a necessidade da criação de ações compartilhadas, entre os servidores do HULW sem nenhum tipo de distinção e aproveitando essas diferenças em benefício de todos.

Diante da contextualização exposta, indagamos: Como ocorre a gestão da EBSEH no HULW?

Para responder o questionamento, nossa pesquisa tem por **objetivo geral** avaliar a Gestão da EBSEH, no âmbito do Hospital Universitário Lauro Wanderley de 2013 a 2018 a fim de verificar se a mesma atinge patamares de eficiência no serviço público. E, para alcançar tal finalidade, delineamos como **objetivos específicos**: Caracterizar o novo modelo de gestão, verificar as estratégias utilizadas pela gestão para melhoria no atendimento e analisar a eficiência da gestão no HULW, a partir da EBSEH.

Para atingir os objetivos, a presente dissertação terá esta introdução como sendo seu primeiro capítulo e os demais que passaremos a apresentar.

No segundo capítulo, apresentamos a metodologia desenvolvida com a descrição do método de abordagem e dos procedimentos de coleta e análise de dados, descrevendo-os através de instrumentos utilizados para atender aos objetivos propostos no trabalho.

Já no terceiro capítulo, tratamos no referencial teórico, enfatizamos à saúde pública, o Estado, as políticas públicas de educação e saúde, tipos de gestão, no qual abordaremos o resgate histórico das reformas do estado, da gestão pública até os dias atuais.

No quarto capítulo falamos sobre os indicadores clássicos da gestão.

No quinto capítulo, faremos a caracterização do nosso local de pesquisa – UFPB. HULW e EBSEH e em que serão apresentadas as características do hospital através de documentos que mostraram a visão, missão e objetivos da gestão, como é realizado o atendimento aos usuários do SUS e neste capítulo também será apresentada as considerações gerais sobre a gestão e serão coletados dados com os entrecruzamentos com o referencial teórico.

Na conclusão, apresentamos os pontos positivos e negativos da gestão e sugestões para implementação.

2 MARCO METODOLÓGICO

2.1 Características do Estudo

Na perspectiva de responder os objetivos deste estudo, realizou-se uma pesquisa documental, descritiva para entender a análise de características importantes do fenômeno na EBSEH, cuja finalidade é desenvolver, esclarecer, modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2008).

O planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo a possibilitar considerações dos mais variados aspectos, relativos ao fato estudado. O mesmo autor afirma que, os estudos descritivos objetivam a descrição de características de uma determinada população ou fenômeno. Neste grupo, estão incluídas as pesquisas que têm a finalidade de levantar opiniões, atitudes dos gestores. Entre as suas características mais significativas está a utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados como entrevistas. Onde, as pesquisas exploratórias descritivas, juntamente com as documentais, são utilizadas por pesquisadores.

Com relação a abordagem seu enfoque será qualitativo a escolha deve-se ao fato de que ela permitirá uma melhor avaliação dos dados coletados através de elementos analíticos que permitirá alcançar os objetivos traçados delineando o estudo, permitindo assim uma melhor percepção dos gestores do HULW quanto à qualidade e eficiência da gestão.

De acordo com Richardson, (2008), a abordagem qualitativa deve-se ao fato de que ela permitirá uma melhor avaliação dos dados coletados, além de permitir a implantação de uma teoria ou a sua reformulação, mudando o foco e avaliação da pesquisa.

Entretanto, deve-se levar em consideração que para alguns autores, a exemplo de Minayo (2009), uma análise qualitativa, além de permitir a implantação de uma teoria reformula abordagens já consolidadas, sendo de grande importância para a construção do conhecimento. A mesma autora acrescenta, ainda, que os instrumentos de investigação devem entender a realidade, de forma a ultrapassarem os fenômenos percebidos pelos sentidos, capazes de trazer, para o interior da análise, o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o meio em que estão inseridos. Quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa é bibliográfica e documental. É uma pesquisa bibliográfica porque foi realizada, no primeiro momento, um estudo sistemático baseado em livros, artigos, dissertações, teses, revistas e sites especializados e tivemos a fundamentação teórico-metodológica necessária, conhecendo o atual estado da arte.

Segundo Lakatos e Marconi (2008),

A pesquisa bibliográfica permite compreender que, se de um lado a resolução de um problema pode ser obtida através dela, por outro, tanto a pesquisa de laboratório quanto a de campo (documentação direta) exigem, como premissa, o levantamento do estudo da questão que se propõe a analisar e solucionar. A pesquisa bibliográfica pode, portanto, ser considerada também como o início de toda pesquisa científica (2008, p.44).

A pesquisa é documental porque utilizamos do histórico da organização baseada nas publicações das instituições – HULW e UFPB, como livros, sites e documentos internos (PDI, PDE, entre outros) e logo após compararmos pontos comuns e de divergência com o que foi encontrado. Segundo Lakatos e Marconi (2008, p.157) os documentos são considerados fontes primárias, com a utilidade de trazer conhecimento que servem de suporte no estudo de campo de interesse. Também é uma pesquisa de campo porque coletará dados junto aos gestores responsáveis pela gestão do HULW.

De acordo com Gonçalves (2001, p.67):

A pesquisa de campo é o tipo de pesquisa que pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada. Ela exige do pesquisador um encontro mais direto. Nesse caso, o pesquisador precisa ir ao espaço onde o fenômeno ocorre, ou ocorreu e reunir um conjunto de informações a serem documentadas.

2.2 Campos do Estudo

Este estudo foi realizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), um órgão suplementar pertencente ao Campus I da Universidade Federal da Paraíba, no bairro Castelo Branco, no município de João Pessoa-PB. É uma autarquia federal, vinculado ao Ministério da Educação (MEC) e possui uma estrutura complexa de grande porte com 212 leitos ativos, foram inaugurados mais 70 leitos depois (EBSERH, 2015). Totalizando, assim, 282 leitos ativos atualmente. A escolha deste local não se deu de forma aleatória. Foi escolhido por ser um hospital escola que tem por referência atendimentos especializados, de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, que atende todo o Estado da Paraíba.

A instituição surgiu da necessidade do curso de medicina na Universidade Federal da Paraíba, em criar unidades de apoio a fim de que fossem proporcionadas práticas de ensino aos estudantes. Sendo assim, até 1977 o curso contava com o apoio das instalações do Hospital Santa Isabel, unidades filantrópicas e particulares, Maternidade Santa Isabel, Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, entre outros. Por conseguinte, a universidade transformou o Hospital Clementino Fraga no mais novo Hospital Universitário e, somente em 1980 o HULW

foi oficialmente inaugurado nas instalações na qual se encontra hoje, e desde então tem sido uma escola de formação.

Atualmente a instituição disponibiliza campo de prática na profissionalização dos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia, odontologia, serviço social, psicologia, educação física, comunicação social entre outros. Oferece, ainda, residência médica nas áreas de anestesia, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria, oftalmologia, Terapia-intensiva e doenças infecto-parasitárias (DIP).

É uma instituição pública, sem fins lucrativos, com finalidade assistencial e de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão. Das suas mais diversas funções, destaca-se a de prestar assistência à saúde da população, nos níveis (primário, secundário e terciário) serve de campo de estágio para o ensino de graduação e pós-graduação das profissões de saúde e ciências a fins, de colaborar com entidades públicas na elaboração e execução de cronogramas de saúde e educação sanitária e desenvolver atividades de investigação científica e tecnológica, entre outras (PEREIRA, 1994). O HULW conta com a colaboração e participação permanente de mestres, servidores e alunos dessa unidade hospitalar, ou seja, uma equipe multiprofissional, e vem se destacando dentre os Hospitais Universitários do MEC por sua grande atuação na assistência e formação dos profissionais da saúde.

Atualmente o hospital atende exclusivamente usuários do SUS e é uma filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao MEC, sendo parte integrante e inseparável. Sua infraestrutura apresenta alguns desgastes naturais gerando algumas deficiências na sua arquitetura, deficiências da manutenção e falta de investimentos, o que causa a necessidade de reestruturação e recuperação de todo o prédio. Os servidores vinculados ao regime jurídico único (RJU) são 810, 1.037 colaboradores, 751 contratados através do concurso público da EBSERH. Disponibiliza de 271 leitos ativos, 80 consultórios médicos, 10 laboratórios, realizam cerca de 700 internações, 20 mil atendimentos, 250 cirurgias e 50 mil exames por mês.

Recentemente, foi implementada proposta de dimensionamento dos serviços assistenciais, que conta com 16 unidades com estruturação progressiva das linhas de cuidados, dentre elas: unidade de visão, de sistema cardiovascular, de sistema digestório, de sistema endócrino, de sistema neuromuscular esquelético, do sistema respiratório, do sistema urinário, da atenção à saúde da mulher, da atenção à saúde da criança, de materno infantil, de oncologia/hematologia, de clínica médica, de cirurgia geral, de atenção psicossocial, de saúde bucal, de atenção às doenças infecto parasitária.

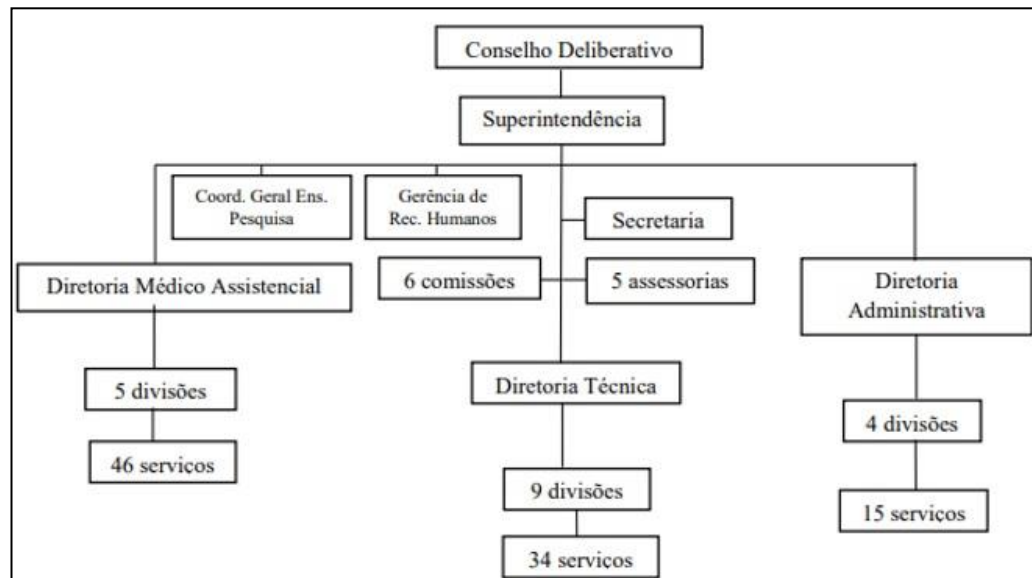
A estrutura, conforme Loyola ET al. (2014), ao lado das relações da organização com o seu ambiente e da estratégia organizacional, considerada como uma das dimensões cruciais para a concretização de uma análise organizacional. Representa os aspectos tidos como os mais concretos da vida organizacional. Para Robbins (2009), ela define como as tarefas são formalmente distribuídas, agrupadas e coordenadas.

A Resolução CONSUNI nº 09/2002 aprovou o Regimento Interno do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), que vigorou até a reestruturação ocorrida com a EBSEH. O regimento em si está contido no anexo à resolução.

O Capítulo IV do regimento trata da estrutura organizacional. O seu art. 4º dispõe que a estrutura do HULW é composta da seguinte forma: Conselho Deliberativo (CD); Superintendência (DS); Diretoria Médica Assistencial (DMA); Diretoria Técnica (DT); Diretoria Administrativa (DA). A direção do hospital cabe ao Diretor Superintendente, auxiliado pelo Diretor Médico assistencial, Diretor Técnico, Diretor administrativo, Gerente de recursos humanos, coordenadores, assessores e presidentes de comissão (art. 7º).

Seu organograma era distribuído conforme a figura abaixo:

Figura 1. Organograma Gerencial do HULW/2013 - antes da EBSEH

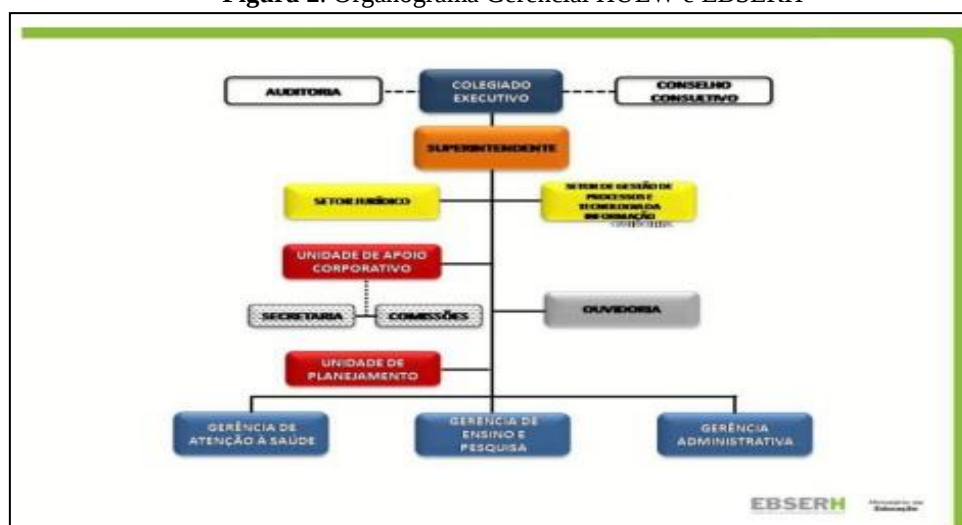


Fonte: <http://www.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb/organograma>

O organograma complexo e não possuía auditoria para deliberações das demandas, possuía apenas o conselho deliberativo. O organograma geral, quanto os organogramas das diretorias apresentavam ao mesmo tempo descentralização vertical e horizontal. Especialmente, o da Diretoria Técnica possuía uma horizontalidade acentuada, a área de ensino e pesquisa não tinha o mesmo status das divisões médica e administrativa e a Gerência de Recursos Humanos não era vinculada à Diretoria Administrativa.

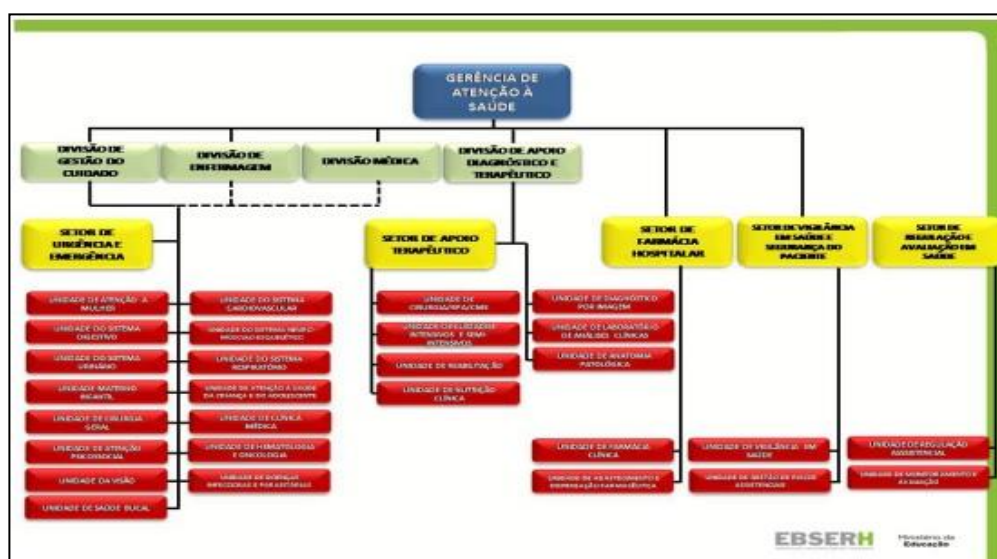
O novo organograma é padronizado para todas as filiais da EBSEERH no Brasil, diferenciados apenas pelo tamanho dos hospitais. Há hospitais de grande porte, de médio porte e de pequeno porte, foram criadas a auditoria e conselho consultivo. A superintendência do HULW é subordinada ao colegiado executivo (da EBSEERH), cujo mesmo está ligado indiretamente (tem sua autonomia) ao conselho consultivo e auditoria. Possui 2 setores, 2 unidades, 1 secretaria, comissões, ouvidoria e 3. Ilustrado pela figura abaixo:

Figura 2. Organograma Gerencial HULW e EBSEERH



Fonte: <http://www.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb/organograma>

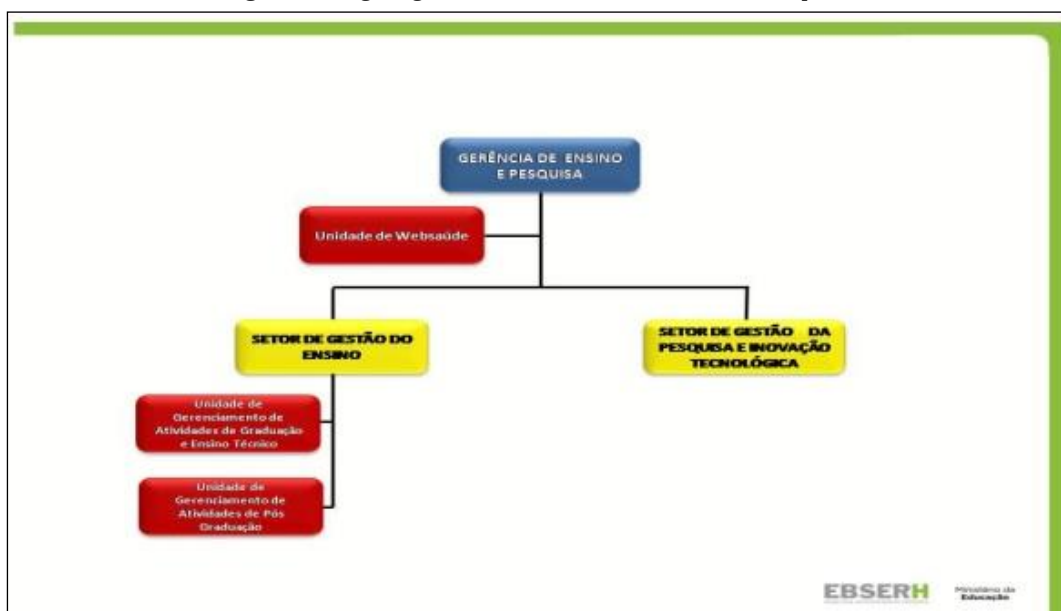
Figura 3. Organograma Gerencial do HULW/2013 - antes da EBSEERH



Fonte: <http://www.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb/organograma>

O organograma se manteve horizontal e vertical da gerência de atenção à saúde divide-se, em: 4 divisões, 5 setores e 29 unidades.

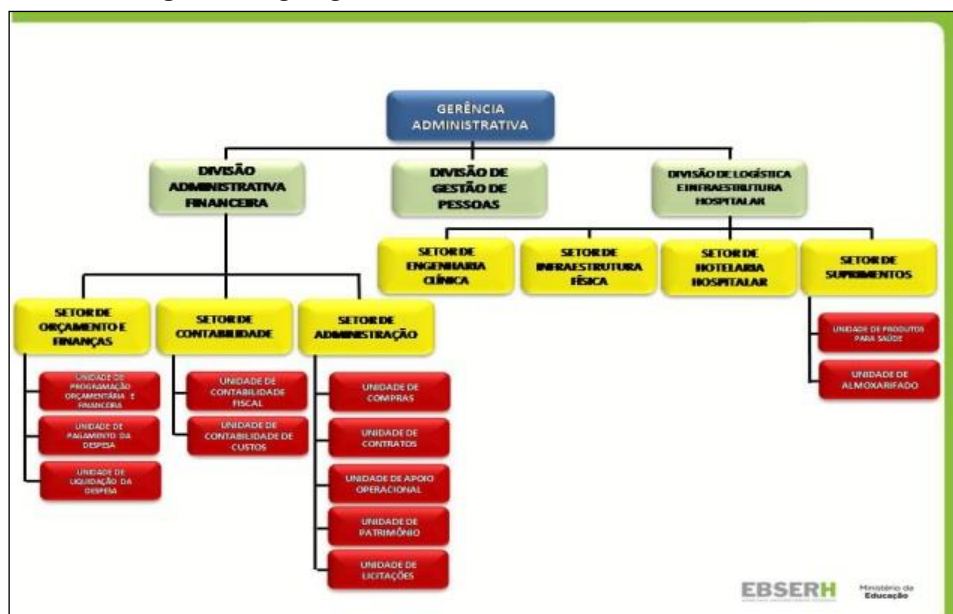
Figura 4. Organograma da Gerencial de Ensino e Pesquisa.



Fonte: <http://www.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb/organograma>

Observamos um organograma horizontal, que possui: uma gerência ligada a uma unidade de internet e a 2 setores, que se subdividem em 2 unidades. A área de ensino e pesquisa é a que possui o menor organograma das três gerências.

Figura 5. Organograma de Gerência Administrativo e Financeira



Fonte: <http://www.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb/organograma>

O organograma se manteve horizontal e vertical, onde se divide em: uma Gerência administrativa, que controla 3 divisões de processos de trabalhos, cujos mesmos subdividem-se

em 7 setores e 12 unidades. A Gerência de Recursos Humanos não era vinculada à Diretoria Administrativa como é atualmente.

2.3 Sujeitos da Pesquisa

A população do estudo foi constituída por cinco gestores do HULW. Neste sentido, a amostra foi composta seguindo o organograma da instituição, no qual foi escolhido cinco gestores: um superintendente do hospital e a quatro gestores de unidade de planejamento. Esses últimos são de atenção à saúde (1), de ensino, pesquisa e extensão (1) e de administração (1). Na última unidade contemplamos a sua subdivisão, gerência de pessoas (1), por entender que está diretamente relacionada ao objeto de estudo.

2.4 Instrumentos da Pesquisa

A fim de compreender o problema proposto, relacionamos, dentre os instrumentos de coleta de dados, a entrevista. Segundo Minayo (2010), a entrevista pode ser definida como um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais, por ser a fala:

[...] reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, sendo ela mesma um deles, e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. (MINAYO, 2000, p. 109-110).

Após aprovação do comitê de ética e pesquisa, seguindo o cronograma, por meio do instrumento elaborado de acordo com a proposta do estudo, os dados foram coletados iniciando um contato prévio com os gestores, onde foram explanados os objetivos da pesquisa bem como sua importância e a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a viabilização do estudo, dividimos a coleta por meio de questionário (APÊNDICE A) em duas partes: primeiro formulamos perguntas objetivas, com o intuito de que elas fossem dicotômicas, limitando o entrevistado a optar por apenas uma alternativa, envolvendo informações pessoais e do HULW.

Na segunda parte teremos o APÊNDICES (B, C, D, E, F, G), onde foram formuladas perguntas objetivas e específicas a cada gestor, respectivamente que são: um superintendente e quatro gerentes: uma gerência de atenção à saúde, uma gerência de ensino e pesquisa e uma gerência administrativa (financeira, logística) e gerente de pessoas. As questões são voltadas aos aspectos relacionados a gestão da EBSEH procurando-se analisar dados que nos informem

quais as dificuldades da gestão, falta de orçamento, falta de recursos humanos, falta de infraestrutura. As perguntas, assim, poderiam ter, segundo Gil (2012), conteúdo sobre fatos, atitudes, comportamentos, padrões de ação, comportamento presente ou passado, entre outros.

Dessa forma, as perguntas objetivaram aprofundar a descrição das características da prestação de serviços pelos hospitais conveniados a EBSEH/SUS, utilizando os indicadores de avaliação de desempenho da empresa. Esses indicadores foram de atenção básica a saúde, ensino e pesquisa e de infraestrutura.

Na terceira parte foram usados os relatórios de gestão anterior e posterior à EBSEH no período de 2013 a 2018.

Após a realização da coleta, os dados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2002), a qual se organiza em volta de um processo de categorização que é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e depois por reagrupamento, com critérios previamente definidos. Optou-se por adotar essa técnica por ser entendida como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos, relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2002). Ainda segundo a autora, a análise de conteúdo compreende três etapas:

Pró-análise: são leituras e releituras constantes para a organização do material a ser organizado, retomando as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a sistematização dos dados.

Descrição analítica: consiste na operação de codificação e na transformação dos dados brutos em unidades de compreensão do texto (núcleos de sentido), para a classificação e a agregação dos dados, procurando identificar as categorias e subcategorias que comandarão a especificação dos temas.

Tratamento dos resultados: consiste na organização de uma estrutura condensada das informações para permitir, especificamente, reflexões e interpretações sobre cada categoria e subcategoria apresentada, utilizando os fragmentos das falas dos próprios sujeitos participantes da pesquisa. Os dados foram analisados, ainda, de acordo com a literatura pertinente ao estudo proposto e com as políticas públicas de saúde do país.

2.5 Delimitações 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 pelo Hospital Universitário Lauro Wanderley que aderiu a EBSEH. Neste contexto, definem-se como sujeitos da pesquisa, que participaram por meio de questionário semiestruturado, os respondentes constantes dos quadros:

Quadro 1 - Respondentes da Pesquisa por Questionário Semiestruturado

Cargos e Funções	Gestão Central	Atenção e Saúde	Ensino e Pesquisa	Administrativa	Pessoas (RH)	Total
Superintendente	1	-	-	-	-	1
Gerente	-	1	1	1	1	4
Total de Respondentes	1	1	1	1	1	5

Fonte: A autora (2018).

2.6 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 pelo questionário, por ser, segundo Minayo (2001), o procedimento mais usual no trabalho de campo. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, levantada por meio de questionário semiestruturado aplicado com o superintendente e gerentes do HULW (APÊNDICE A-F), e documental, a análise das informações coletadas é delineada com base no conteúdo, que compreende uma prática mais objetiva no exame das respostas obtidas nos questionários (TRIVIÑOS, 1987).

Após contextualizar o teor da pesquisa, foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE G), a cada um dos gestores, em duas vias, em que uma das vias retornou devidamente assinada. Autorizada pelo gestor. Os questionários foram tabulados e analisados, utilizando-se a análise qualitativa, mediante a definição dos temas, dando destaque à fala dos gerentes referente aos roteiros do questionário, objetivando descrever, analisar e compreender as informações coletadas em toda sua dimensão, considerando toda manifestação dos gestores, 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), podem-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 e dezembro de 2018. Foram agendados os encontros com os sujeitos integrantes da amostra, e entregue o documento com liberação do comitê de ética (GEP) para início da pesquisa e às informações referentes à mesma cadastrada na Plataforma Brasil. No HULW, os questionários foram entregues entre 1/11/18 e 30/11/18, tendo o pesquisador se deslocado até o hospital citado. Inicialmente, todos foram altamente receptivos em relação ao tema do estudo, e prontamente manifestaram interesse em participar da pesquisa. 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.

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

Quadro 2 - Categorias, Sujeitos da Pesquisa e Instrumento de Coleta de Dados

OBJETIVOS	CATEGORIAS	SUJEITOS	INSTRUMENTO DE COLETA
A) Avaliar a Gestão da EBSEH, no âmbito do Hospital Universitário Lauro Wanderley de 2013 a 2018 e se a mesma atinge patamares de eficiência no serviço público. B) caracterizar o novo modelo de gestão;	Adesão A EBSEH	Superintendente e Gerentes	Documental Questionário
C) analisar a eficiência da gestão no HULW, a partir da EBSEH.	Mudanças ocorridas após a adesão a EBSEH, em relação ao novo modelo de Administração Pública, Universitária e do SUS.	Superintendente e Gerentes	Documental e Questionário
D) Verificar as estratégias utilizadas pela gestão para melhoria no atendimento.	mudanças ocorridas após a adesão a EBSEH, em relação ao novo modelo de Administração Pública, Universitária e do SUS.	Superintendente e Gerente	Documental e Questionário

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

2.7 Posicionamentos Éticos dos Pesquisadores

Esta pesquisa foi realizada com base nos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 466/12 CNS, dos aspectos éticos que trata do envolvimento de seres humanos em pesquisa, em especial ao artigo, dos Riscos e benefícios em que ressalta toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, sendo que, quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes (BRASIL, 2013).

A Resolução 311/2007 que determina: Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo a vida e a integridade da pessoa e reforça no Art. 91: respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo da pesquisa, especialmente na divulgação de seus resultados (COFEN, 2000). Neste sentido, ressalta-se que a pesquisa poderá apresentar riscos de intimidação ou coação, já que os participantes do estudo responderão a uma entrevista proposta. No entanto, os benefícios dos resultados da pesquisa superarão os prováveis riscos, já que trará subsídios para que os gestores do HULW possam esclarecer todas as dúvidas sobre a temática da gestão da EBSEH nos HU e a pactuação com a prefeitura para os atendimentos em saúde vinculados ao SUS.

3 GESTÃO E SAÚDE PÚBLICA

À saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Art.196, CF/88).

O advento da Constituição Federal de 1988 (CF/88) teve o objetivo de estabelecer garantias fundamentais a todo cidadão, propiciando aos indivíduos condições mínimas para o pleno gozo de seus direitos. A partir de então, incluiu-se ao rol dos direitos fundamentais os direitos sociais, consagrando, por conseguinte, o direito à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados (MORAES, 2005), é considerada a lei maior do estado, ela visa à garantia de forma igualitária, à vontade geral da nação. Expressa o desejo de reforma da sociedade. É utilizada para compreender e sinalizar as reformas que vão sendo propostas no decorrer do tempo, a qual se altera, detendo-se a elementos do contexto, onde estão concebidas em diferentes momentos históricos proporcionando reformas ao longo dos anos.

O SUS foi definido na constituição de 1988 e regulamentado em 1990 através da Lei 8.080, que define esse modelo de sistema, sua organização e forma de funcionamento. Dessa forma o SUS propõe um modelo de saúde que olhe também para os problemas coletivos da população, relacionando entre si ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação. “Exigindo do poder público, ações sobre a coletividade e não somente a busca de soluções para doenças a partir da procura individual do cidadão” (CARTILHA DIREITO A SAÚDE, 2008; p 40).

Os novos modelos de gestão – Organizações Sociais (os), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado, Organizações não Governamentais (ONG) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) – com características distintas, integram a estratégia de contrarreforma neoliberal do estado, no contexto de enfrentamento da crise do capital, baseada no repasse do fundo público para entidades de direito privado. São modelos de terceirização do sistema único de saúde (SUS).

3.1 Históricos da Saúde Pública

A saúde pública no Brasil começa sua trajetória com o seguro social, que surgiu no Brasil em 24/01/1923, conhecida como a “Lei Eloy Chaves”, no final de 1932, existiam 140 Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP) com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e,

aproximadamente, 8.800 pensionistas. Em substituição ao sistema extremamente fragmentário das CAP, foram fundados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP). O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado pelo Decreto Lei nº 72 de 21/11/1966, com o objetivo central de corrigir os inconvenientes da segmentação institucional e, com isto, aumentar a eficiência do sistema.

A narrativa em torno da reforma sanitária brasileira tem como 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 visa, 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 PIASS, lançado em agosto de 1976, 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: aumentar o alcance da cobertura dos serviços médicos, especialmente nas áreas rurais; 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 PIASS 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, 2012). 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).

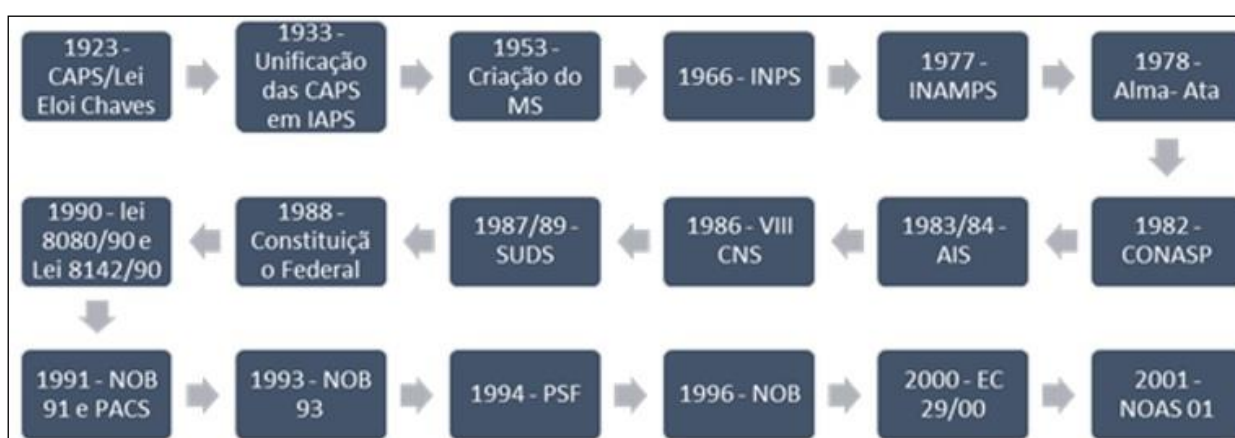
Em 1984 foi implantado Ações Integradas de Saúde (AIS), que reforçou a atuação da CIPLAN na área federal, e estimulou a criação de Comissões Interinstitucionais de Saúde, no âmbito dos estados, das regionais estaduais de saúde e dos municípios.

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 assembleia 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). No início dos anos 1990, as relações internas ao SUS passaram a ser subordinadas por normas técnicas publicadas em Portarias Ministeriais. As Normas Operacionais Básicas, conhecidas como NOB, e editadas entre os anos de 1991 e 1996 regulamentados pela Portaria GM/MS nº 1399, de 15 de dezembro de 1999, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de epidemiologia e controle de doenças.

As NOB, portanto, foi o principal instrumento legal para a descentralização das ações de saúde, particularmente o de atenção básica, com esta preocupação foi criado em 1994, o PSF que incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS na estrutura da Unidade de Saúde da Família, vinculada à rede de serviços de forma a garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias, bem como a assegurar a sua transferência para clínicas e serviços de maior complexidade, que estabeleceu progressivamente as estratégias para a organização e o funcionamento do sistema através de um processo de descentralização político-administrativa, cuja ênfase se dava nas diferentes modalidades de habilitação dos estados e municípios, tipos de serviços e modalidades de financiamento, pavimentando o caminho para o lançamento, em 2001, da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

Figura 6. Histórico da Saúde Pública



Fonte: <https://www.e-sanar.com.br/aluno/mural-post/259>

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: universalidade de acesso aos

serviços de saúde em todos os níveis de assistência; 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; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; 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; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; 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; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

A 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, 1990).

Nestes quase 30 anos de história do SUS, desde sua criação, 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, a seguir:

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, macro diretrizes 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 são 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 macro diretrizes 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;

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 57 autoridades sanitárias 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;
- 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 (UPA) 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).

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, 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).

O modelo sanitaria (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), como também os diversos tipos de administração que influenciam nas políticas públicas em saúde e educação. No tópico a seguir apresentaremos vários tipos de administração.

3.2 Tipos de Administração

A administração pública brasileira passou por várias mudanças desde o período colonial, até os dias atuais. A mesma apresenta três grandes fases: reforma burocrática (década de 30). Reforma militar (década de 60), reforma gerencial (década de 90). Abaixo figura ilustrativa:

Figura 7. Modelo de Administração Pública



Fonte: <http://www.portal-administracao.com/2014/06/administracao-publica-brasileira-modelos.html>

- **Administração Patrimonialista**- Tem seu início no Brasil Colônia com a vinda da corte portuguesa para o Brasil em 1808 até a República Velha em 1900.

- **Administração Burocrática**- Vai desde a reforma administrativa em 1930 até 1995. As suas principais características: Distinção entre o público e privado, funções bem definidas, controle administrativo, normativo e impessoal, serviço público profissional, sistema administrativo impessoal, formal e racional, avaliação, estruturas de poder hierárquicas.

- **Administração Gerencial**- A sua efetiva implementação iniciou-se no governo de Fernando Henrique Cardoso em 1995 e suas principais características: discurso de participação social, foco nas dimensões econômico-financeiras e institucional-política do governo democrático, práticas comuns da iniciativa privada para alcançar a eficiência na gestão pública, busca pela transparência governamental, descentralização das políticas.

Na administração prestadora constitutiva, não basta o administrador atuar de forma legal e neutra, é fundamental, que atue com eficiência, com rendimento, maximizando recursos e produzindo resultados satisfatórios. (MODESTO, 2000, p.113).

As mudanças proporcionadas pela Constituição de 1988 mostram que as reformas administrativas e da gestão pública determinaram, em cada época, a postura do Estado perante a população. Modificando os princípios vigentes e determinando aspectos importantes sobre a forma com que o Estado se relaciona com a população, garantindo seus direitos, fomentando políticas e voltando suas ações principalmente para a melhoria do seu bem-estar.

Segundo Bresser Pereira (1996):

As características básicas da administração pública gerencial são a orientação para o cidadão e para a obtenção de resultados, em contraponto à administração burocrática, que se concentra nos processos, sem considerar a ineficiência envolvida (BRESSER-PEREIRA, 1996).

De acordo com Costin (2010) existem algumas características relevantes do gerencialismo como: A maior autonomia gerencial do administrador público, avaliação e divulgação dos efeitos das políticas; Estruturas de poder menos centralizadas e hierárquicas, o que permite maior rapidez e economia na prestação de serviços e a participação dos usuários; Criação de novas figuras institucionais para a realização de serviços que não configuram atividades exclusivas de estado, entre outras que estão relacionadas às práticas de empresas privadas. Percebe-se, portanto, que as políticas de saúde vêm sofrendo alterações na medida em que o Estado se preocupa cada vez mais com sua qualidade e eficiência.

- **Administração Universitária**- A administração universitária, possui 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 e autonomia.

- **Administração dos Hospitais Universitários Federais (HU)** - 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).

- **Administração Societal** - É um novo modelo cuja as principais características, são: foco da dimensão sociopolítica, possibilidade de formação de uma estrutura que institucionalize

a participação social da criação e avaliação de programas. Iniciou-se no governo do presidente Lula em 2003, com seu foco nas políticas públicas.

3.3 Estado e Políticas Públicas

No século XX com a organização do estado em estado social-democrático assumindo novos papéis sociais e econômicos, a administração pública continuou burocrática. Esta transição levou a uma reafirmação e uma ampliação do sistema burocrático e forte intervenção estatal na economia, causadas pela crise do Estado social democrático, pelas ideologias neoliberais, crise fiscal, globalização e os sindicatos enfraquecidos para a defesa dos direitos dos cidadãos.

Todos os tipos de trabalho do setor público foram identificados com os servidores públicos, quando não com servidores públicos estatutários, cujo os mesmos, realizavam atividades exclusivas do Estado e o PDRAE (Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, 1995), refere-se a 4 setores na organização da administração pública: Atividades Exclusivas, Atividades não exclusivas e produção de bens de Serviços para o mercado.

No estado do bem-estar, pode-se afirmar que a expressão só tomaria importância no período pós-II Guerra Mundial. Estado de bem-estar significaria, então, uma proposta institucional nova de um Estado que pudesse implementar e financiar programas e planos de ação destinados a promover os interesses sociais coletivos dos membros de uma determinada sociedade. O objetivo, conforme Beveridge admitia (segundo Outhwaite e Bottomore, 1996:261-262), era combater os cinco maiores males da sociedade: “a escassez, a doença, a ignorância, a miséria e a ociosidade”.

O Estado de bem-estar, posterior à década de 1950, pode ser considerado uma concepção mais avançada dos chamados “serviços sociais” que foram promovidos, por exemplo, em países como a Alemanha de Bismarck no século XIX, durante período de intensa industrialização. Convém lembrar que, nesse século, a Alemanha tinha como uma de suas estratégias de projeto político o desenvolvimento de uma ciência administrativa do Estado. Isso ficou sob a responsabilidade dos cameralistas que, entre fins do século XVI e final do século XVIII, promoveram a fusão articulada da “ciência da administração, da economia, das finanças, das técnicas agrárias e manufatureiras” (Braga, 1999). O governo assumiu a educação básica, universidades, a assistência à saúde, a assistência social. Desse modo professores universitários, médicos, enfermeiros, enfim todos se tornaram servidores públicos estatutários no Brasil.

De acordo com Secchi (2012, p.37):

O estabelecimento de objetivos são, importantes para nortear a construção de alternativas e as posteriores fases de tomada de decisão, implementação e avaliação da eficácia das políticas públicas.

Figura 8. Ciclo de Políticas Públicas



Fonte: <https://www.google.com/search?q=figura+ciclo+de+políticas+públicas&tbm>

Para que o programa/política saia do papel, é preciso interpretar o ambiente para planejar/organizar as ações, decidir sobre os benefícios/serviços que se pretende implementar, e de onde serão extraídos os recursos para sua implementação. (RODRIGUES, 2011, p.50).

A gestão de políticas públicas pode ser elaborada através de esquemas de visualização e interpretação também conhecido como ciclo de políticas públicas. Esses esquemas são organizados em fases sequenciais e interdependentes que vão desde a fase inicial de identificação do problema, até a formulação de alternativas para o mesmo e implementação da política pública: De modo geral podemos organizar o ciclo de políticas públicas de acordo com as etapas abaixo: Identificação do problema, formação de uma agenda, formação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação, extinção da política pública e para que possamos organizar precisamos entender dos diversos tipos de gestão.

4.4 Tipos de Gestão

A reforma da gestão pública ocorreu em 1995-1998 e significou a transição institucional, cultural, gerencial da administração burocrática para a moderna gestão pública e surgiu quando a crise da globalização e do Estado desafiou a legitimidade das burocracias estatais e da administração pública burocrática e apresentaram três motivos principais: Conter as despesas do setor público; declínio generalizado da confiança pública na efetividade das políticas públicas e na qualidade dos serviços públicos; nova ordem econômica internacional.

Esta reforma pretendia criar novas instituições jurídicas organizacionais, que permitissem transformar os burocratas profissionais, em administradores públicos e é impossível fazer uma reforma da gestão pública sem possuir um corpo de servidores públicos profissionais de alto nível, com capacidade e mandato legal para administrar o Estado, sob a supervisão dos políticos e da sociedade, suas estratégias são: tornar as suas agências e seus administradores públicos mais autônomos e responsáveis, controle através de contrato de resultados, competição administrada pela excelência, terceirizar empresas comerciais as atividades de apoio, descentralizar os poderes e recursos para as agências reguladoras e executivas que desempenham atividades exclusivas do Estado, exigir dos servidores públicos competência técnica e capacidade política, estabelecer um sistema de incentivos , diferenciais de remuneração, avaliação de desempenho , treinamento e progressão na carreira, informatização e tecnologia para auditoria e todos os tipos de registros oficiais.

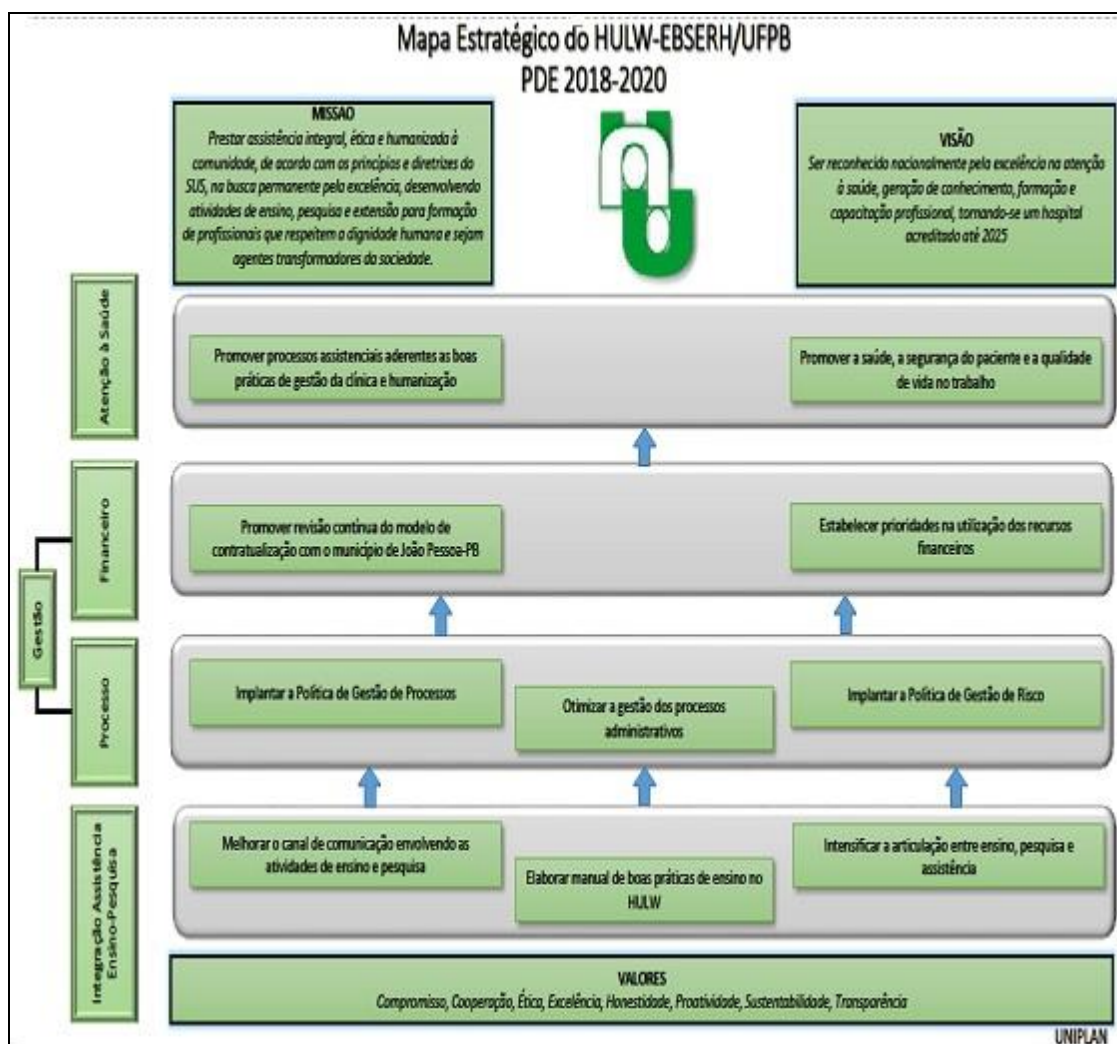
O modelo de gestão ideal deve levar em conta a história, missão, visão, valores e cultura organizacional da instituição existem vários modelos de gestão: gestão da qualidade, gestão estratégica, gestão participativa.

A gestão de qualidade pode ser avaliada pela abordagem de três elementos principais conhecidos como tríade: Estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1960).

A gestão estratégica é um processo sistemático, planejado, gerenciado, executado e acompanhado pela liderança da alta administração, dos gerentes e colaboradores da instituição. Quando o processo e a metodologia são adequados às pessoas e os processos deixam de ser parte do problema, para tornarem-se parte da solução. (COSTA, 2010). A mesma tem por finalidade assegurar o crescimento, a continuidade e sobrevivência da instituição, por meio de contínua adequação da sua estratégia, de sua capacitação e de sua estrutura, possibilitando-lhe enfrentar e antecipar-se às mudanças observadas ou previsíveis no seu ambiente interno ou externo. O direcionamento estratégico permite selecionar as prioridades em função da gravidade dos

problemas enfrentados pela organização e estabelecendo uma sequência lógica nos processos de intervenção. (COSTA, 2005, pg. 54-55).

Figura 9. Mapa estratégico HULW - EBSERH



Fonte: http://ebserhhulw/uftp_bde 2018-2010

O ciclo de implantação da gestão estratégica passa por cinco grandes etapas: Preparação, workshop, detalhamento, implantação e revisão.

Etapla da preparação - motivação e diagnóstico (da avaliação da situação estratégica).

Etapla do workshop - Serão elaborados os seguintes tópicos: análises, propósito da instituição onde são formuladas a visão, a missão, os valores, princípios e o posicionamento estratégico da Instituição, estratégias corporativas e competitivas e análise da capacitação e formulação dos planos em consequência das estratégias escolhidas.

Etapa de detalhamento - Onde serão feitos os planos de ação e projetos específicos, os orçamentos de investimento, orçamento estratégico e os cronogramas de implantação.

Etapa de implantação - Envolve a execução (planos de ações) e o acompanhamento (relatórios), efetuados simultaneamente.

Etapa de revisão - São avaliações e revisões do processo de implantação das ações programadas, andamento e resultados obtidos e também deve gerar sugestões, decisões e melhorias no processo para o próximo ciclo de planejamento. (COSTA, 2005, pg.219-221).

De acordo com Mitezberg (1994), a estratégia deve ser vista como um processo complexo, pois somente assim ela agregará vantagem competitiva à organização. É por esse motivo que a estratégia deve ser vista por cinco vieses fundamentais, os chamados 5ps. São eles: plano, pretexto, padrão, posição e perspectiva. Um dos primeiros pensadores em Administração conclui que “a estratégia não pode ser planejada, porque planejamento é análise e estratégia é síntese”, afirma, ainda, Mitezberg (1994). É por essa razão, assegura o autor, que o processo fracassa de forma tão frequente e dramática

Plano - A estratégia é vista como um plano, uma vez que as ações desenvolvidas são previamente pensadas antes de serem colocadas em prática. Além disso, são feitas de forma consciente e não por impulsos.

Pretexto - Nesse ponto de vista a estratégia é um pretexto para enganar um concorrente ou competidor. É o famoso blefe, muitas vezes utilizados em jogos de cartas, como o pôquer.

Padrão - A estratégia padrão é aquela que surge durante o [planejamento estratégico](#) e segue sendo realizada pelas empresas de forma padrão, ou seja, sem grandes alterações ao longo do passar dos anos.

Posição - A estratégia, nessa perspectiva, é vista como uma maneira de posicionar recursos para apresentar maiores chances de derrotar um inimigo ou um concorrente.

Perspectiva - Ao traçar uma estratégia com perspectiva, deve-se ter uma visão geral dos sentimentos humanos das pessoas envolvidas no planejamento. Ela tem um conceito abstrato e trabalha muito com a intuição.

A gestão participativa é um sistema que pretende eliminar quem planeja, executa, gere e avalia os serviços. É um conjunto ampliado de indivíduos que compõem a organização. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). É um instrumento valioso, para tornar o atendimento eficiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Os gestores têm suas próprias resistências para promover e favorecer o desenvolvimento no ambiente de trabalho com novas atitudes, ações e transformações.

A gestão Hospitalar é organizada através do ambiente hospitalar de infraestrutura, de instalações, equipamentos, instrumentais, médicos, funcionários, recursos financeiros e especialmente os clientes que ali se dirigem em busca de tratamento ou consulta. Para administrar adequadamente tais recursos, faz-se necessário um gestor competente, capaz de entender de pessoas, dinheiro, tecnologia e dos processos necessários (LINO et.al. 2008).

O hospital, então, constitui-se em um centro de serviços onde são despendidos esforços técnicos, de pesquisa e de gestão, realizados por diferentes tipos de profissionais. Desta forma, a gestão de tais instituições possui papel fundamental, cabendo a esta a disponibilização de recursos materiais, físicos e humanos, distribuindo-os adequadamente, coordenando ações e resultados. Assim, o gestor deve ter como principal objetivo a melhoria contínua da qualidade, considerando que todos os serviços ali oferecidos são igualmente essenciais, devendo, portanto, coordená-los equilibrada e harmoniosamente, a fim de obter sucesso em seus resultados (MALÁGON-LODOÑO, 2000).

As organizações hospitalares têm buscado seus processos de gestão, aumentando a competitividade, através da eficiência e redução de custos, metas cada vez mais buscadas pelos administradores hospitalares. Vale ressaltar que a redução de custos deve ser feita sem que qualidade dos serviços prestados seja perdida (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

Segundo Tognon (2000), as ferramentas administrativas e financeiras são cada vez mais essenciais à gestão hospitalar, que não pode mais abrir mão da capacidade técnica em favor do empirismo. Assim, é comum se tratar de planejamento financeiro, fluxo de caixa e outras ferramentas simples, porém de grande utilidade para a administração do negócio hospitalar, dentre estas a questão dos custos. Os critérios que conduzem a uma nova gestão hospitalar, considerados pilares essenciais da nova missão hospitalar, são a orientação ao usuário, avanço

contínuo da procura por excelência e autoridade responsável no contexto de coordenação e integração em redes, acompanhados por elementos estratégicos, tais como participação social, transparência e responsabilidade no desenvolvimento das políticas públicas (SCARPI, 2004). Sejam públicos ou privados, é necessário que os hospitais possuam um perfil com postura empreendedora, baseada no entendimento das organizações como conjuntos de elementos que interagem entre si, para a realização de um objetivo comum, mantendo interrelação com o ambiente (CATELLI et.al. 2001). E a sociedade de forma eficiente.

3.5 Eficiências

A eficiência é a relação entre custos e benefícios, onde se busca a minimização do custo total para uma quantidade de produto ou serviços ou a maximização do produto para um gasto total previamente fixado (GIANE, 2006). O MEC liberou desde 1997, um conjunto amplo de dados relacionados aos Hospitais Universitários e o conjunto de dados, referentes aos semestres dos anos de 1997 até 2000. Dentre as formas para alcançar a eficiência dos serviços públicos pode-se destacar a medição do desempenho (GREILING, 2006). Conforme o autor, cada dia mais essa abordagem ganha força dentro dos modelos de gestão pública, o que pode ser atribuído a influência crescente dos modelos da iniciativa privada nos processos de gestão de projetos públicos. Os relatórios de desempenho são ligados à medição da eficiência como uma ferramenta de controle e monitoramento da prestação de serviços públicos (GREILING, 2006).

Um administrador é considerado eficiente quando reduz o custo dos recursos usados, para atingir determinado fim, da mesma forma, se o administrador consegue maximizar os resultados com determinada quantidade de insumos, será considerado eficiente.

Daft (1999), afirma que a

Eficiência é um conceito mais limitado que diz respeito aos trabalhos internos da organização, é o volume de recursos utilizados para produzir uma unidade de produto e pode ser medida como a razão entre as entradas e as saídas e se uma organização puder conseguir um determinado nível de produção com menos recursos que outra, diz-se que ela é mais eficiente (DAFT, 1999, p. 39-45).

No entanto, Smith & Street (2005) centram a preocupação na necessidade de compreender os limites impostos pela análise da eficiência dos serviços públicos. Os autores defendem a existência de uma demanda na medição da eficiência dos serviços públicos a partir dos gestores das organizações públicas. A dificuldade de identificar um processo para a medição

da eficiência dos serviços públicos é considerada natural dada a complexidade contextual envolvida (SMITH & STREET, 2005).

A ineficiência propriamente dita não é observável isoladamente, denota-se que a medição passa pela identificação de fenômenos observáveis, e isso envolve os seguintes processos: a) medição de fenômenos observáveis (saídas, insumos, custos, preços); b) identificação de alguma forma de relação entre os fenômenos; c) necessidade de definição do comportamento eficiente; d) calcular a diferença entre a observação da organização e o número máximo possível de ser atingindo em determinado serviços; e) realizar o julgamento de quanto à diferença medida é atribuível à ineficiência. (SMITH & STREET, 2005).

A avaliação da eficiência dos serviços públicos de modo geral é fundamental, mas a medição da eficiência do setor público de saúde mostra-se, particularmente, relevante por tratar-se de um dos principais receptores de recursos financeiros da administração pública brasileira (MARINHO, 2003). Para Nunes e Harfouche (2015), eficiência representa uma dimensão indispensável para a avaliação de desempenho hospitalar, visto que é um critério econômico e está interligada à maximização dos objetivos produtivos, do lucro e também dos valores sociais. Porém, Mintzberg (1995) e Tanaka e Tamaki (2012) destacaram a dificuldade de gerenciar hospitais, visto as inúmeras e diferentes habilidades bem como formação dos trabalhadores, da estrutura organizacional complexa e, principalmente, da natureza dos serviços prestados. Nesse sentido, os sistemas de avaliação e de incentivos desempenham papéis primordiais (MARINHO, 2001); e, diante da complexidade e especificidade dos hospitais, Castelar, Mordelet e Graboïs (1995) salientam que, para possibilitar o alcance de uma gestão eficiente e a prestação de serviços de qualidade, as organizações hospitalares devem utilizar-se da combinação ótima de recursos humanos, tecnológicos e financeiros, geralmente escassos. Adicionalmente, a presença de fatores externos dificulta o gerenciamento dos hospitais como, por exemplo, a contenção de custos dos agentes financiadores do sistema e a busca ou exigência por parte dos consumidores, por atendimento de alta qualidade (HAMES, 1991).

3.6 Indicadores

Os indicadores são medidas-sínteses que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. A utilização de indicadores de saúde, como todas as medidas em epidemiologia. Que pode ser comparado no tempo e espaço. Indicadores clássicos de avaliação da utilização de

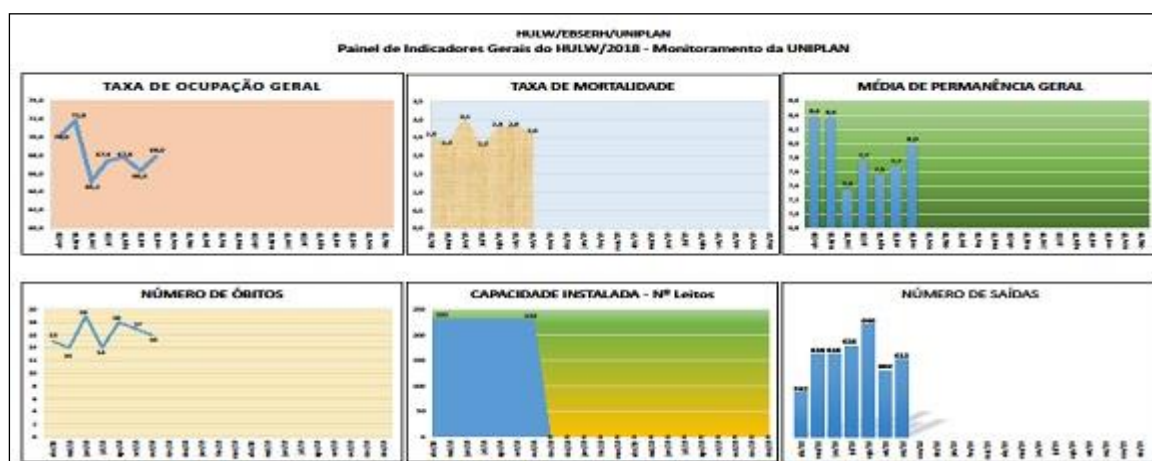
hospitais: indicadores de atenção à saúde: o prazo médio de permanência; a taxa de rotatividade; e a taxa de ocupação e indicadores de ensino, pesquisa e infraestrutura.

Em 2004, os Ministérios da Saúde e da Educação iniciaram processo de certificação dos hospitais de ensino no Brasil de acordo com o cumprimento de pré-requisitos referentes à assistência, ensino, pesquisa e integração ao SUS (Sistema Único de Saúde), visando a garantir a qualidade dos serviços prestados e a alteração do mecanismo de financiamento dessas unidades, agora baseado em orçamentação fixa mediante o cumprimento de metas contratuais. Passados 7 anos da implementação da política de reestruturação de hospitais de ensino (MEC/MS), ainda se discutem quais os instrumentos para a avaliação do seu impacto e algumas técnicas provenientes da pesquisa operacional têm sido propostos. Os Hospitais, tanto quanto universidades, são exemplos clássicos de organizações e de problemas gerenciais complexos, nos quais os sistemas de avaliação e de incentivos desempenham papéis primordiais.

De acordo com Januzzi (2003, p.15:

Indicador é a quantificação que permite a mensuração dos resultados do programa, é um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na instituição.

Figura 10. Painel de Indicadores Gerais do HULW-2015 – Gráficos



Fonte: www.hhttp://hu/ebserh/uniplan2018

Desempenho da EBSEH/HULW/SUS

Os indicadores têm o objetivo de aprofundar a descrição das características da prestação de serviços pelo hospital conveniado ao SUS. A relação matemática entre esses indicadores permite a análise simultânea dos mesmos. Essa análise será realizada, no período de 2013-2018

também com o auxílio de recursos gráficos bastante simples. Todos esses indicadores podem ser calculados em bases anuais. “Os indicadores são medidas de avaliação de desempenho que expressam resultados em índices numéricos” (PALADINI, 2011).

- **Exemplos de INPUTS** (diferença estrutural e demandas): área construída total; número de salas ativadas de ambulatório, emergência e cirurgias (SALAS); recursos financeiros recebidos do SUS; número total de enfermeiros; número total de médicos; número total de leitos hospitalares ativos e leitos de UTI adultos ativos (LEITOS); número total de docentes.

- **Exemplos de OUTPUTS (indicadores de resultados)**: número total de cirurgias; número total de consultas; número total de internações; número total geral de exames; inverso da média das taxas de infecção hospitalar; inverso do número total geral de óbitos; número total geral de altas; número total de médicos residentes.

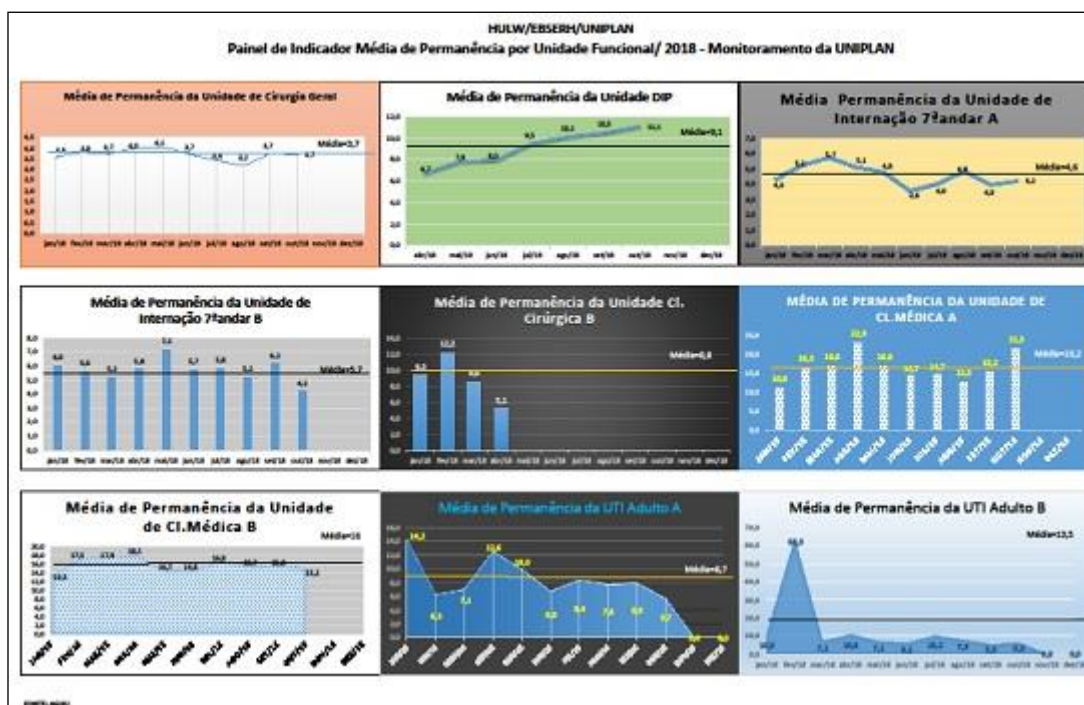
3.6.1 Indicadores de Atenção à Saúde

A taxa de ocupação de leitos- Valores muito baixos associam-se a menores níveis de eficiência. Entretanto, taxas elevadas podem indicar alta prevalência de comorbidades e baixa resolubilidade, sobre o desfecho clínico. A taxa de ocupação atingiu em (abril 71% e outubro 68%)

O prazo médio de internação e a taxa de rotatividade dos leitos- (Quanto maior a taxa, maior a eficiência técnica). A rotatividade embora possa ser considerando um dos principais indicadores de produtividade e eficiência, valores elevados podem indicar internações, desnecessárias ou altas precoces. (7 a 8 dias).

As taxas de ocupação e os prazos médios de permanência- (maiores prazos médios de permanência que os demais hospitais do SUS, pela maior severidade dos casos atendidos pelos HU). Em geral, pagamentos por procedimento incentivam a redução dos prazos de permanência, situação oposta à remuneração por diária de internação, pois, quanto maior a média de permanência, maior o consumo de recursos e menor a produtividade. A simples manipulação algébrica permite verificar que: Taxa de rotatividade = $(\text{Taxa de ocupação} \times 180)$, Prazo médio de permanência. Atualmente possui 250 e ocupação de taxa de rotatividade = 232 leitos/180 aproximadamente 2 dias de permanência no mínimo.

Figura 11. Painel de Indicador de Permanência 2018.



Fonte: [www.hhttp://hu/ebserh/uniplan2018](http://hu/ebserh/uniplan2018)

Analisando a figura 11, vimos que a média de permanência, a mesma varia pela especificidade da internação. Variando de 3,7 a 4,6 dias (menos complexos: cirurgia geral, unidade de internação) e de 8,8 dias (cirurgias) e UTI A (8,7 A 13,5). Clínica médica 16 dias e as UTI Neonatal (47), Pediátrica (43) e Materna (9). De modo geral as internações variam 3,7 a 47 dias, devido aos tratamentos de hospital de média complexidade

3.6.2 Indicadores de Ensino e Pesquisa

De modo a contribuir para a avaliação da política em curso, buscou-se inserir as variáveis que constam na Portaria 1.000, que dispõe sobre os requisitos obrigatórios para que o hospital seja certificado como de ensino.

- Número de alunos e de residentes (output)
- Estrutura Pedagógica (Input)
- Percentual de vagas de Residência (Input)
- Média dos Conceitos dos Programas de pós-graduação (output)

3.6.3 Indicadores de Administração/Infraestrutura

- Instalações Físicas (Input)
- Equipamentos e Instalações (input).

A análise da eficiência do hospital ou de sistemas hospitalares com base nesses indicadores deve ser precedida de análises cuidadosas e de precauções indispensáveis. Os dados serão coletados após aprovação do comitê de ética e pesquisa de acordo com o cronograma, através dos instrumentos elaborados de acordo com a proposta da pesquisa. Após a realização da coleta, os dados serão analisados, a partir dos passos metodológicos propostos por Minayo (2007), quais sejam: ordenação, classificação e avaliação final. Os mesmos serão apresentados em tabelas e gráficos e serão analisados os seus percentuais após processamento em pacote estatístico, serão analisados ainda de acordo com a literatura pertinente ao estudo proposto e com as políticas públicas de saúde do país. A combinação dos resultados com outros indicadores, particularmente os originados em modelos de regressão, é fortemente recomendada em (THANASSOULIS, 1993).

3.7 UFPB, HULW, REHUF E EBSERH

3.7.1 Universidade - UFPB

A 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 criação 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.

As Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil, ao contrário das Américas Espanhola e Inglesa que tiveram acesso ao ensino superior já no período colonial, 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, tendo por prioridades 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 estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo; 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; 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; 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; 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; 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; 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: Igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; Liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber; Pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas e coexistência de instituições públicas e privadas de ensino; Gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais; 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; Gestão democrática do ensino público, na forma da lei; 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 multidisciplinares de formação dos quadros profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano, que se caracterizam por: 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; 1/3 (um terço) do corpo docente, pelo menos, com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado; 1/3 (um terço) do corpo docente em regime de tempo integral. O Papel da universidade é 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. Esta 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 Paraíba foi criada pela Lei Estadual 1.366, de 02 de dezembro de 1955 a Universidade da Paraíba como resultado da junção de algumas escolas superiores, (UNIVERSIDADE, 2014) que se deu pelo estímulo dos seus idealizadores através do êxito obtido nas providências em prol da faculdade de direito e pela necessidade de atender a demanda local, onde os alunos se deslocavam para Recife, onde havia o curso de medicina mais próximo para cursá-lo. Em anexo ao curso de medicina na Paraíba, o curso de odontologia só ganha reconhecimento em 1955 quando o MEC reconhece a Faculdade de Odontologia.

Sua federalização foi aprovada e promulgada pela Lei nº. 3.835 de 13 de dezembro de 1960 onde foi transformada em Universidade Federal da Paraíba, incorporando as estruturas universitárias existentes nas cidades de João Pessoa e Campina Grande (BRASIL, 1960).

Em 1973, o Conselho Universitário (CONSUNI) aprova a reformulação da estrutura acadêmica da instituição, através da Resolução nº 12/73, em consonância com o disposto nos Decretos-leis n.º 53, de 18.11.66, e 252, de 28.02.67, e a Lei nº 5.540, de 28.11.68, em que são lançadas as bases para a formação de centros como órgãos intermediários e de concentração dos Departamentos por áreas de conhecimentos básicos e profissionais.

A UFPB se diferencia das outras universidades federais do sistema de ensino superior do país que, em geral, têm suas atividades concentradas num só espaço urbano, sendo representada por atuação em sete *campus* situados e estruturados nas cidades de João Pessoa, Campina Grande, Areia, Bananeiras, Patos, Sousa e Cajazeiras.

No ano de 2002, passa por um processo de fragmentação dos *campis* em epígrafe em conformidade da Lei nº. 10.419 de 9 de abril de 2002 que criou, por desmembramento da UFPB, a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), com sede em Campina Grande, e a UFPB no *campus* de João Pessoa Capital da Paraíba, Areia localizado na microrregião do Brejo Paraibano e Bananeiras (UNIVERSIDADE, 2014).

A UFPB oferecia cerca de 3.700 vagas por ano e em 2012, são 8.020 vagas distribuídas pelo processo seletivo seriado (PSS) e pelo ENEM/SISU. Contudo, ao longo de toda sua história, a UFPB vem cumprindo papel fundamental baseada no que reza a Constituição da República Federativa do Brasil em seu Art. 207 que trata da autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e obedecendo ao princípio de dissociabilidade entre a promoção do ensino, da pesquisa e da extensão (UNIVERSIDADE, 2014).

No período de 2005 a 2011 houve um progresso no número de cursos de graduação de 50 para 104, e de 18.759 para 29.629 alunos matriculados na graduação; e na pós-graduação, o

número de cursos de mestrado aumentou de 32 para 50 e o de cursos de doutorado de 12 para 28, e o número de alunos de mestrado aumentou de 1.414 para 2.993 e o de alunos de doutorado de 470 para 1.290.

A criação da faculdade de medicina, assim como a ampliação da assistência médica estadual e municipal, com abertura de mais postos de saúde em todo o Estado, impõe cada vez mais a necessidade de mais enfermeiros para prestarem serviços nas áreas de saúde que se ampliam, sendo necessária, a formação da escola de enfermagem, onde tornou-se imprescindível a presença de unidades hospitalares e ambulatoriais em apoio à prática do ensino médico e demais cursos da área de saúde no processo de ensino aprendizagem proposto para os cursos em que concerne no campo do desenvolvimento das atividades práticas para os estudantes.

No início, os estudantes universitários utilizaram as instalações do Hospital Santa Isabel, pertencente à Santa Casa de Misericórdia da Paraíba, que alugava à universidade um quantitativo de leitos para o ensino. Esta situação perdurou até o final do ano de 1977, quando a Universidade Federal da Paraíba, por meio de convênio com o Ministério da Saúde, transformou as instalações do Hospital Clementino Fraga, até então destinado ao internamento de pacientes de tisiologia, no novo Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da UFPB que foi inaugurado em fevereiro de 1980 tendo 44.000m² (BRASIL, 2003).

Atualmente, a UFPB é estruturada de acordo com os seus campus e centros: Campus I, na cidade de João Pessoa (CCEN, CCHLA, CCM, CCS, CCJ, CCSA, CE, CT, CBIOTEC, TDR, CCTA, CI e CEAR)¹; Campus II, na cidade de Areia (CCA);² Campus III, na cidade de Bananeiras (CCHSA)^e Campus IV, nas cidades de Rio Tinto e Mamanguape (CCAIE).³

De acordo com o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), no quinquênio 2014-2018, a UFPB estabelece como missão a geração e difusão do conhecimento que possa propiciar o desenvolvimento científico-tecnológico, socioambiental, econômico e cultural por meio de atividades de ensino, pesquisa e extensão, em estreita interação com os poderes públicos, setor produtivo e movimentos sociais, de modo a construir uma sociedade mais justa (BRASIL, UFPB-PDI, 2014-2018).

¹ Campus I – Centro de Ciências Exatas e da Natureza (CCEN); Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA); Centro de Ciências Médicas (CCM); Centro de Ciências da Saúde (CCS); Centro de Ciências Jurídicas (CCJ); Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA); Centro de Educação (CE); Centro de Tecnologia (CT); Centro de Biotecnologia (CBIOTEC); Centro de Tecnologia e Desenvolvimento Regional (CTDR); Centro de Comunicação, Turismo e Artes (CCTA); Centro de Informática (CI) e Centro de Energias Alternativas e Renováveis (CEAR)

² Campus II – Centro de Ciências Agrárias (CCA).

³ Campus IV – Centro de Ciências Aplicadas e Educação (CCAIE).

Sua visão objetiva é ser uma universidade comprometida com a excelência acadêmica com formas gerenciais e organizacionais avançadas e eficazes que possam promover a sua liderança no processo de desenvolvimento científico-tecnológico, socioambiental, econômico e cultural.

Seus valores são pautados no respeito e compromisso com o bem público, ética, transparência, respeito à diversidade, valorização do ser humano, sustentabilidade ambiental, econômica e social.

Analizamos, também, que em seu Projeto Pedagógico Institucional (PPI), busca-se as seguintes ações:

Inserções regionais: melhoria da qualidade de vida da população paraibana;

Política de ensino: melhorias no seu desempenho com ações que possam ampliar a parceria da UFPB com a Secretaria de Estado da Educação e as Secretarias Municipais de Educação para definir e implementar políticas na área de Formação de Professores e nos Programas de Melhoria da Educação Básica: Infantil, Ensino Fundamental e Médio;

Política de extensão: propõe a inclusão de atividades de extensão na formação acadêmico-profissional dos estudantes, otimizar a gestão financeira e orçamentária dos recursos do PROEXT e ampliar as ações de extensão que estimulem e subsidiem a organização produtiva de grupos de maior risco social.

Responsabilidade socioambiental da instituição: formação continuada de professores da rede pública de ensino, envolvidos com a educação básica, projetos de pesquisa voltados para buscar soluções para os problemas e entraves ao desenvolvimento local e melhoria da qualidade de vida da população, projetos de extensão voltados para segmentos sociais historicamente relegados (idosos, crianças e adolescentes em risco, pessoas com deficiência, remanescentes indígenas, presidiários, assentados, entre outros), projetos de pesquisa e extensão voltados para a comunidade (a extensão da UFPB tem atingido mais de 50% da abrangência no Estado da Paraíba) (BRASIL, UFPB-PDI, 2014-2018, p.28).

Destacamos também que, atualmente, são oferecidas pelo ENEM/SISU 7.790 vagas, para os 128 cursos de graduação presencial e 13 a distância. Dessas vagas, 3.708 são para ampla concorrência, 3.901 vagas são para cotistas e 181 vagas são para alunos com deficiência. Dos

141 cursos ativos na instituição, 48 são de Pedagogia e de Licenciatura, disponíveis no Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmica (SIGAA).

Na educação superior, a UFPB tem o reconhecimento social como resultado de sua histórica contribuição, tanto para o avanço científico e tecnológico regional, quanto para a formação de quadros profissionais. Ainda assim, deixa a desejar no que se refere a atualização dos currículos dos cursos de formação de professores voltados a educação especial, para a preparação desses profissionais para atuar nas diversas áreas e proporcionar a inclusão de todos os alunos, atendendo ao que é preceituado pela LDB.

Para Rodrigues (2003), compete à universidade a responsabilidade de capacitar e qualificar os futuros profissionais para exercerem as práticas pedagógicas, não apenas na escola, mas em contextos pedagógicos e socioculturais diversificados, como por exemplo, o hospital.

Em outras palavras, o entendimento do currículo não pode se esgotar numa matriz curricular, e sim é um meio de intervenção social que extrapola os muros da Universidade, priorizando a formação de profissionais que respondam às demandas sociais, que possuam conhecimentos, habilidades psicomotoras, atitudes e comportamentos éticos, além de compromisso social.

Já em relação a Extensão, a UFPB atua em oito áreas: Comunicação, Cultura, Direitos Humanos, Educação, Meio Ambiente, Saúde, Tecnologia e Trabalho. Identificamos também que a instituição oferece o Programa de Bolsas de Extensão (PROBEX) para os discentes, sendo que as fontes de financiamento são oriundas de recursos próprios, de editais do MEC e de incentivos da Petrobrás e Banco do Nordeste. Suas estratégias dão prioridade à formação acadêmica e cidadã do seu corpo discente, através de ações identificadas com as necessidades e as demandas da sociedade, no sentido de promover o desenvolvimento a partir de um trabalho conjunto com as comunidades e grupos envolvidos.

A extensão universitária assume significado nuclear, pois permite diálogo diferenciado com a sociedade, reconhecendo a responsabilidade social da instituição universitária e contribuindo com espaços de cidadania que lidem com a diversidade na perspectiva da inclusão e da transformação (BRASIL, 2001). Ou seja, a extensão deve ser compreendida como uma construção prática social que vai além de fazeres cotidianos, que emergem das relações entre teoria e prática, no contexto acadêmico, aproximando aluno/sociedade da concepção de práxis.

3.7.2 Hospitais Universitários

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 CLEPIEIAS (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).

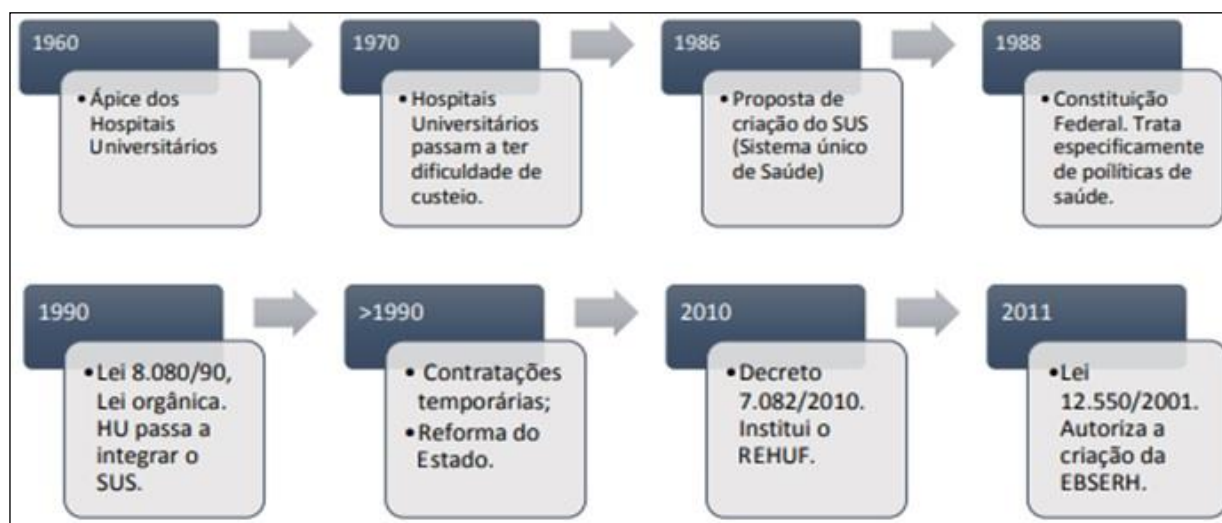
As políticas públicas de saúde no Brasil, referentes a administração dos Hospitais Universitários, iniciam-se em 1948 com a criação do primeiro Hospital de Clínicas na Universidade Federal Brasileira, em Salvador/BA e sua expansão ocorreu devido o surgimento de várias faculdades de medicina, nos anos 70. Tornando-se o centro de referência na formação de médicos e atendimentos de alta complexidade (CALDAS JÚNIOR, 1999).

E depois de décadas em funcionamento enfrentando várias mudanças econômicas e políticas e com a Constituição federal de 1988, as políticas públicas foram influenciadas pelos movimentos sociais, seguridade social, direito a saúde, assistência e previdência (BRASIL, 1988).

Em 1990, foi implementado o SUS e um novo modelo de assistência à saúde foi baseada em um atendimento universal, integral e igualitário no Brasil. (SILVA, 2016; RODRIGUES, 2014). E os Hospitais Universitários passaram, por uma crise de sucateamento e endividamento, o TCU (Tribunal de Contas da União), detectando a ilegalidade de contratação dos terceirizados, através do acórdão nº 1520/2006 exigiu que o governo federal resolvesse os problemas até 31/12/2010.

A Figura a seguir apresenta a trajetória por que passaram os Hospitais Universitários Federais no Brasil, desde a década de 1960, quando foram implantadas as residências médicas para formação especializada de profissionais em áreas específicas da medicina, de acordo com Barros (2014), passando pelo período de crise, até chegar à criação da EBSERH.

Figura 12. Histórico Hospitais Universitários



Fonte: Barros (2014) e Vieira (2017).

3.7.2.1 Caracterizações do HULW

O HULW é caracterizado por ser uma instituição de ensino de porte médio que, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.702/2004, é um espaço de referência da atenção à saúde para alta complexidade, à formação de profissionais de saúde e desenvolvimento tecnológico e integra a estrutura da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) Campus I e foi inaugurado em 12 de fevereiro de 1980. Está localizado no município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba com 801.718 habitantes (IBGE, 2016). Dentre os Hospitais Universitários do MEC, ocupa posição de destaque por sua atuação no ensino e assistência é formada por uma única unidade dividida em duas áreas: ambulatorial e hospitalar.

O HULW tem por missão:

Prestar assistência integral, ética e humanizada à comunidade, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, na busca permanente pela excelência, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão para formação de profissionais que respeitem a dignidade humana e sejam agentes transformadores da sociedade (Plano Diretor Estratégico - PDE 2016/2017 – HULW/UFPB).

Sua visão de futuro é: “Ser reconhecido nacionalmente pela excelência na atenção à saúde, geração de conhecimento, formação e capacitação profissional, tornando-se um hospital acreditado até 2025”.

Seus valores são: “O compromisso, cooperação, ética, excelência, honestidade, proatividade, sustentabilidade e transparência” (PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO - PDE 2016/2017 – HULW/UFPB).

O HULW representa uma estrutura de saúde de referência no Estado da Paraíba e obedece às referências pactuadas para o município de João Pessoa, verificando a quantidade física e financeira prevista (EBSERH, 2014) e que precisa ter condições estruturais, de equipamentos que acompanhem o avanço tecnológico, cujo objetivo: É de ensino, pesquisa, extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, multiprofissional e assistencial de qualidade, de acordo com os termos do art. 207 da Constituição Federal, e autonomia universitária.

3.7.3 EBSERH

A primeira tentativa de criação da EBSERH surgiu como Medida Provisória (MP) nº 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 nº 1.749/2011, e posteriormente aprovou a EBSERH, por meio da Lei nº 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 EBSERH é apontada pelo governo como "única" solução para salvar os HU federais, que ganhou espaço e adesão junto às Universidades Federais.

A criação da empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH) 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).

Nas Competências da EBSEERH, a mesma 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 tenha 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 da 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 EBSEH 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 7º 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 8º da Lei nº 12.550, constitui que serão oriundos de dotações orçamentárias da união; estão previstas 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. 78 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).

Os HU estão vinculados à universidade federal, à qual pertencem, e subordinados ao ministério da educação (MEC), devido a sua dimensão acadêmica, e ao Ministério da Saúde (MS), por sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS). Em linhas gerais, o MEC é responsável pela despesa de pessoal e pela manutenção e ampliação da estrutura física, enquanto ao Ministério da Saúde (MS) cabe o financiamento do custeio das atividades médicos-assistenciais através da pactuação das metas com o SUS. Este financiamento via MS se efetivou a partir da década de 1990, quando estes hospitais foram inseridos dentro da rede pública de saúde, em cumprimento ao artigo 45 da Lei Orgânica da Saúde (SODRÉ, LITTIKE, DRAGO, PERIM; 2013).

A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A, foi realizada no dia 31/12/2010, pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva que assinou a medida provisória (MP) 520, que se converteu na Lei no 12.550, sancionada no dia 15/12/2011. Pela presidente Dilma Rousseff.

A EBSEH é uma empresa estatal de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), que tem como objetivo principal a gestão dos Hospitais Universitários (HU). Após sua criação, a empresa passou a ser o órgão do MEC responsável pela gestão do programa nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).

A EBSEH foi apresentada como a solução do governo federal para a denominada “crise” dos Hospitais Universitários (HU), resultado da progressiva redução de pessoal que assolou o setor público e da falta de investimentos para dar conta de toda a missão de atenção social (ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde), característica dos HU. Enfrentou resistência de um conjunto de instituições e movimentos sociais, com destaque para a Federação de Sindicatos dos Trabalhadores Técnico-administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA). O Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Conferência Nacional de Saúde, Espaços de Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovaram moções de repúdio à iniciativa. No dia 31/01/2013, o então procurador-geral da república, Roberto Gurgel, ajuizou no supremo tribunal federal (STF) uma Ação Direta de

Inconstitucionalidade, (ADI 4895) contra dispositivos da Lei 12.550/2011. Para Gurgel (2011), a lei viola dispositivos constitucionais ao atribuir à EBSEH a prestação de um serviço público.

Alguns dos principais argumentos apresentados contra a criação da empresa pelas comunidades universitárias e demais setores empenhados no processo de resistência eram o risco de privatização dos HU, impondo a lógica empresarial de gestão, ao inspirar-se em modelos hospitalares que contavam com dupla porta e cobrança de serviços, como o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), empresa pública federal vinculada ao Ministério da Educação (MEC), e do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), sociedade de economia mista vinculada ao Ministério da Saúde (MS); quebra da autonomia universitária, pelo fato de o governo impor de cima para baixo um modelo de gestão para os HUS; A omissão do Estado, quando o governo ignora o problema da falta de investimentos e de reposição do quadro de servidores estatutários e reduz a crise dos HUS a um problema de gestão. Mas, apesar do movimento de resistência, hoje faz um pouco menos de uma década de sua criação (ano de 2011).

A EBSEH é uma empresa pública de direito privado, criada através da Lei n. 12.550/2011 e tem como objetivo assegurar a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade bem como a prestação de serviços 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. Sua criação muda radicalmente a relação entre os Hospitais Universitários, o Ministério da Educação e a administração das IES.

É um modelo definido pelo governo federal para aplicar as indicações propostas em diferentes acórdãos do Tribunal de Contas da União (TCU), sobretudo os de nº 1520/2006 e Nº 2813/2009 que tratam do modelo de gestão dos HU recomendando medidas quanto à substituição de trabalhadores terceirizados por servidores concursados, bem como a apresentação de propostas de gestão para os hospitais de ensino com vistas a alcançar eficiência e eficácia na oferta de ações e serviços de saúde (LOJA NETO, 2012).

A principal meta da EBSEH é a solução dos problemas de gestão dos Hospitais Universitários, descritos pelo governo federal. Como: vínculos empregatícios de Fundações que ofereciam uma terceirização irregular, oferecendo formas precárias de contratação. É uma nova forma de terceirização da mão-de- obra dos HUS, uma “Terceirização Pública”, a EBSEH substitui as fundações de apoio (Fundação José Américo) e demais contratações precárias. De acordo com o Relatório de Gestão da instituição do exercício de 2014, o Contrato nº 09/2013 celebrado com a Fundação José Américo, cuja vigência se deu até 13/03/2014, não sendo renovada e, em 14 de maio de 2014, os terceirizados irregulares foram definitivamente

desligados. Dessa forma, em 2014, o HULW deixou de ter em seus quadros postos de trabalho terceirizados irregulares.

A EBSEH é, de fato, uma empresa estatal, com seu capital social integralmente sob a propriedade da União. Em seu artigo 6º a Lei define que a EBSEH, 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.

O contrato assinado estabelece obrigações relacionadas ao estabelecimento de 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 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 instituições federais de ensino ou instituições congêneres, visando ao melhor aproveitamento dos recursos destinados à EBSEH, as universidades perdem parte da sua autonomia para gerir os seus Hospitais Universitários, os tradicionais HU, e os superintendentes destes hospitais permanecem nomeados pelas universidades e mantém as características de hospital- escola. A parte didático-pedagógica permanece sob as políticas definidas pelas IFES.

O planejamento da EBSEH, de acordo com o desenvolvimento estratégico (PDE) do HULW é desenvolver ações no sentido de tornar a instituição uma gestão de excelência na tríade: atenção à saúde, ensino e pesquisa, cuja missão, visão, valores e suas estratégias objetivam assumir políticas organizacionais, favoráveis para o êxito ou sucesso do seu planejamento. Assim:

Sua missão é prestar assistência integral, ética e humanizada à comunidade, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, na busca permanente pela excelência, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão para formação de profissionais que respeitem a dignidade humana e sejam agentes transformadores da sociedade.

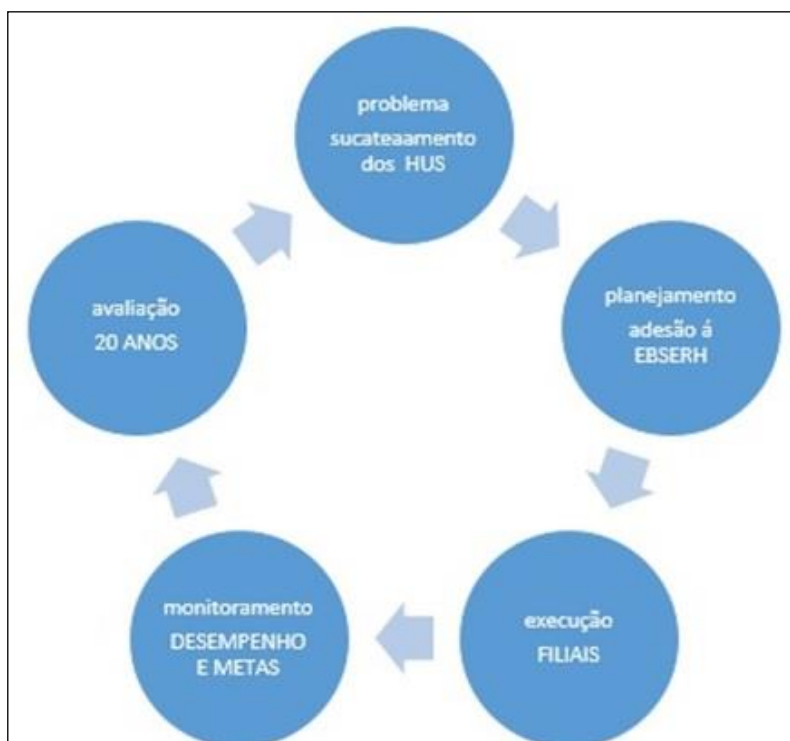
A visão é ser reconhecida nacionalmente pela excelência na atenção à saúde, geração de conhecimento, formação e capacitação profissional, tornando-se um hospital acreditado (selo de excelência) até 2025.

Seus valores referenciam-se ao compromisso, cooperação, ética, excelência, honestidade, proatividade, sustentabilidade e transparência e objetivam assumir políticas

organizacionais favoráveis para o êxito ou sucesso do seu planejamento. E, este fim é necessário, para o feedback das implementações.

Como ilustra a figura abaixo:

Figura 13. Ciclo de Planejamento



3.7.3.1 Caracterizações do Novo Modelo de Gestão

A EBSEH é uma gestão compartilhada, que desde sua implantação superou desafios, implantou um planejamento alinhado e uma gestão estratégica, adequando sua força de trabalho para superar os conflitos existentes entre os regimes, alterando as estratégias dos atores, inclusive descentralizando atividades, como aconteceu com a gestão do HULW, descentralizada para uma empresa pública, que, conforme Bresser-Pereira (1996) é um traço característico de uma administração pública gerencial.

3.7.3.2 O HULW antes da EBSEH

O HULW nos seus 39 anos de História pela falta de investimento resultou em um hospital sucateado e com falta de recursos humanos. No seu quadro de funcionários possuía cerca de 1.618 servidores vinculados ao Regime Jurídico Único (RJU), foi encerrado o contrato com a Fundação José Américo em 2014 e, de acordo com o relatório do Processo TCU 032.519/2014-1 TCU, de 18 de novembro de 2015, o HULW tinha antes da adesão 101 terceirizados irregulares. O edifício apresentava muitas deficiências de infraestrutura física como: instalações elétricas, hidráulicas e sanitárias pelo desgaste natural e pela deficitária manutenção preventiva que é obstaculizada pela falta de investimentos.

3.7.3.3 O HULW após a EBSEH

O modelo de governança experimentado no HULW com a chegada da EBSEH é a gestão compartilhada distribuída entre todos os segmentos envolvidos: gerência de atenção à saúde, gerência de ensino e pesquisa e gerência administrativa, caracterizada por uma atuação participativa e gestão estratégica, capaz de atender as três áreas de competência – gestão, atenção à saúde e ensino.

Nos últimos anos, foram executadas, recuperações da rede hidráulica e sanitária do quinto pavimento e está em execução o quarto pavimento. Portanto, se fez necessário estender essa recuperação por todo edifício e uma reestruturação e ampliação da subestação de energia elétrica e de toda rede de distribuição. (PDE, 2016-2017) e a transição da gestão trouxe um benefício para o hospital que foi a formalização da contratualização, com a confecção definitiva de um contrato celebrado em 2015 entre a EBSEH e a Prefeitura Municipal de João Pessoa - PB. Trata-se do Termo de Contrato nº 10.305/2015, de 23 de setembro de 2015 e, também, a EBSEH proporcionou mais efetividade no controle dos processos de trabalho: planejamento, fluxos, recursos.

Atualmente, há uma padronização nos organogramas, diferenciados apenas pelo tamanho dos hospitais. Há hospitais de grande porte, de médio porte e de pequeno porte. Isso uniformizou a forma de agir dos hospitais, que é apontado como um ponto positivo da transição e, também, a implantação de uma unidade de auditoria interna no hospital.

O contrato assinado com a EBSEH alterou o papel da UFPB em relação ao HULW, no que se refere à gestão, onde a UFPB atuava de forma direta em licitações, contratos. A

responsabilidade da mesma agora é com o controle e fiscalização do contrato assinado que até o momento foi formada uma comissão em 2018, mas ainda não foi efetivada.

3.7.3.4 Estratégias da Gestão para melhoria no atendimento

A gerência atual volta suas atenções para os bons resultados, integração de ideias e ações, de forma a solidificar o seu compromisso com a excelência. O compartilhamento de um propósito comum gira em torno do cumprimento da missão institucional, decisões compartilhadas e padronização dos serviços: de acesso e encaminhamentos, de medicamentos, de escalas e de protocolos de atendimento e serviços e as estratégias da gestão para aumentar a eficiência no HULW, é pensar no HULW na perspectiva de rede de atenção e linhas de cuidado que se integrem em todo Brasil.

3.7.3.5 Filiais da EBSEH no Brasil

A rede hospitalar é composta de 50 hospitais universitários federais, que são vinculados a 35 Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). Onde 42 hospitais os quais suas respectivas universidades optaram por assinar contrato com a estatal. Os últimos a assinarem foram 3 hospitais do Rio de Janeiro (2018) A partir da manifestação da universidade pela contratação, por meio da aprovação do Conselho Universitário da respectiva instituição, é iniciado o processo de caracterização do hospital, com o dimensionamento dos serviços e a necessidade de contratação de pessoal para a posterior realização do concurso público. Onde 8 (oito) hospitais continuam sem adesão e a empresa pública do Rio Grande do Sul (FILIAIS, EBSEH). Onde no ato da adesão o hospital se compromete a cessão de Patrimônio. O contrato vigente (nº 45/2013) tem o prazo de vinte anos, podendo ser prorrogado.

Figura 14. Filiais da EBSEH no Brasil.



Fonte: <http://www.ebserhfiliais.com>.

3.7.4 REHUF

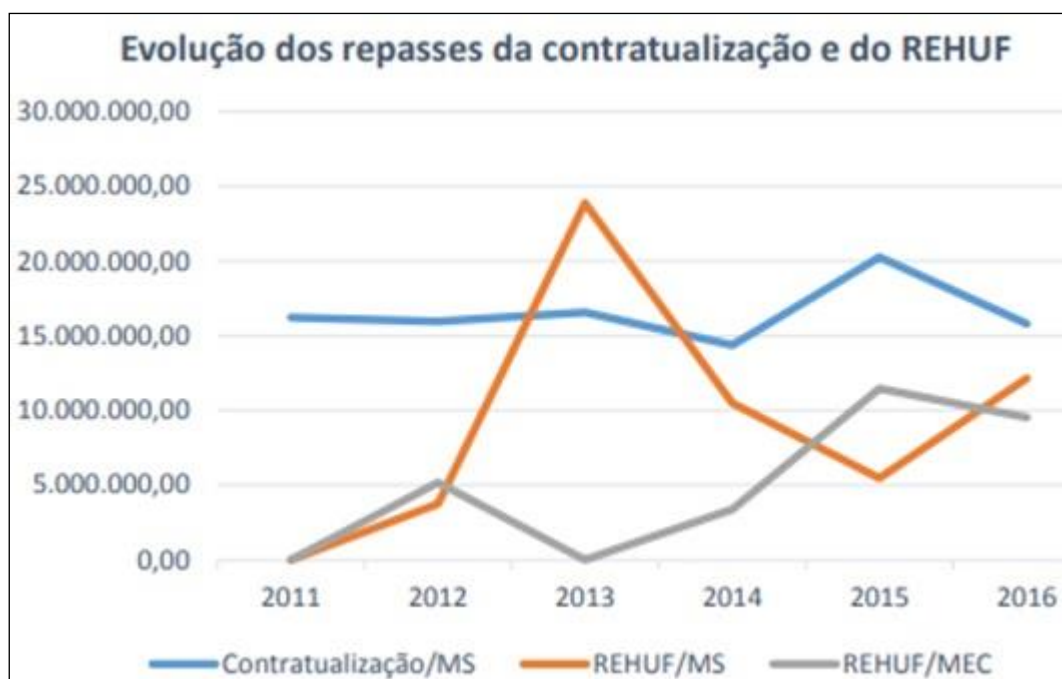
Em relação aos Hospitais Universitários Federais (HUF) o governo federal editou o Decreto 7.082 de 27 de janeiro de 2010, que institui o programa nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), com a destinação da reestruturação e a revitalização dos HUF, com o objetivo de criar condições materiais e institucionais para que os Hospitais Universitários Federais pudessem desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde. O financiamento dos Hospitais Universitários Federais está sendo partilhado, paritariamente, entre as áreas da educação e da saúde. A tabela 1 mostra a série histórica dos recursos financeiros investidos no HULW em capital e custeio.

O REHUF é um programa que visa melhorar o desempenho dos HUS e dentre as ferramentas a ser utilizado para se atingir o objetivo, está à implantação da gestão por resultados, por meio do SIG AGHU, um sistema gerencial de informações que mede indicadores de desempenho através da operacionalização do sistema na rotina do hospital, o MEC disponibilizará essa ferramenta de administração e acompanhamento visando o cumprimento das metas estabelecidas aos HU (MEC, 2010). Com a implantação de um sistema de informação gerencial nos HU o MEC espera melhorar o desempenho dos hospitais, além de implantar a

gestão por resultados, por meio do SIG-AGHU que produzirá indicadores de desempenho hospitalar em tempo real (MEC, 2010).

Observa-se no gráfico abaixo: que os repasses da contratualização tem se mantido constantes nos últimos cinco anos. Quanto aos recursos do REHUF, a cota do MS apresenta uma expressiva alta e a cota do MEC também apresenta variação, mas não tão expressiva. Apresentando o volume de recursos recebidos por origem pelo HULW, de 2011 a 2016, não corrigidos pela inflação.

Figura 15. Evolução dos repasses da contratualização e do REHUF



Fonte: Setor de Orçamento e Finanças HULW/UFPB.

Embora sejam apontadas melhorias, ainda permanecem iguais os valores repassados do REHUF aos hospitais e com a política neoliberal enfrentada nos últimos anos, com o corte de recursos pelo governo congelando as despesas por 20 anos para a saúde, segurança e educação torna mais difíceis o reajuste. Além disso, há um déficit nos repasses do recurso, não existe uma periodicidade bem definida para tais repasses. Isso acaba prejudicando o planejamento dos hospitais.

O HULW é caracterizado por ser uma instituição de ensino de porte médio que, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.702/2004, é um espaço de referência da atenção à saúde para alta complexidade, à formação de profissionais de saúde e desenvolvimento tecnológico e integra a estrutura da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) Campus I e foi inaugurado em 12 de fevereiro de 1980. Está localizado no município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba

com 801.718 habitantes (IBGE, 2016). Dentre os Hospitais Universitários do MEC, ocupa posição de destaque por sua atuação no ensino e assistência é formada por uma única unidade dividida em duas áreas: Ambulatorial e hospitalar.

O HULW representa uma estrutura de saúde de referência no Estado da Paraíba e obedece às referências pactuadas para o município de João Pessoa, verificando a quantidade física e financeira prevista (EBSERH, 2014) e que precisa ter condições estruturais, de equipamentos que acompanhem o avanço tecnológico, cujo objetivo: É de ensino, pesquisa, extensão, ao ensino-aprendizagem e a formação de pessoas no campo da saúde pública, multiprofissional e assistencial de qualidade, de acordo com os termos do art. 207 da Constituição Federal, e autonomia universitária.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Caracterizações dos Participantes

Obedecendo aos objetivos propostos na pesquisa, previamente à análise dos dados, foi realizada uma apresentação do perfil dos participantes da pesquisa, destacando a caracterização dos entrevistados quanto ao sexo, idade, experiência no cargo de gestor, tempo de atuação como gestor na Instituição, os quais apresentaram os seguintes resultados, conforme o quadro abaixo:

Quadros 3 - Identificação dos entrevistados quanto aos dados demográficos

Gestores	Sexo	Idade	Experiência no Cargo de Gestor	Tempo de atuação como Gestor na Instituição
Gestor 1 Administração	M	+ de 50 anos	30 anos	13 anos
Gestor 2 Ensino e pesquisa	M	+ de 40 anos	10 anos	20 anos
Gestor 3 Gestão de saúde	M	+ de 40 anos	Não respondeu	Não respondeu
Gestor 4 Superintendente	F	+ de 50 anos	10 anos	+ de 20 anos
Gestor 5 Gestão de pessoas	F	50 anos	30 anos	41 anos

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, 2018.

Dos gestores selecionados na amostra, todos se dispuseram a participar da pesquisa, mas o gestor 3 não entregou a pesquisa em tempo hábil(foram utilizados dados documentais), onde foi possível fazer as entrevistas com o número total de quatro gestores, dos quais três são do sexo masculino e dois do sexo feminino e os mesmos são cedidos à EBSEH cujo o vínculo é celetista.

O recorte etário dos sujeitos da pesquisa aponta a média de 50 anos de idade.

Em relação ao tempo que exerce a função de gestor na instituição, há média é mais de 10 anos na função. Vale acrescentar que todos são RJU, que exerciam cargos e atualmente são

cedidos e nomeados pela Reitora Margareth Formiga Diniz, então presidente regional da EBSEH e os mesmos fizeram um curso de gestão no Hospital sírio Libanês/SP.

Figura 16. Cargos e Funções

CARGOS E FUNÇÕES	GESTÃO CENTRAL	ATENÇÃO À SAÚDE	ENSINO E PESQUISA	ADMINISTRATIVA	TOTAL
MÉDIO PORTE					
Superintendente	1	-	-	-	1
Gerente	-	1	1	1	3
Ouvidor	1	-	-	-	1
Auditor	1	-	-	-	1
Chefe de Divisão	-	4	-	3	7
Chefe de Setor	2	5	2	7	16
Chefe de Unidade	2	28	3	12	46
TOTAL	7	38	6	23	74

Fonte: <http://www.ebserhulw.com.br>

Após a caracterização dos participantes deste estudo, passamos para a análise dos dados.

4.2 Questões Disparadoras

As questões a seguir foram subjetivas e formuladas de acordo com o procedimento metodológico proposto no intuito de que fosse atingido o objetivo do estudo. Sendo assim, o vivido desta pesquisa possibilitou-nos, por meio das falas junto aos gestores, através da aplicação de questionário, uma aproximação com o fenômeno investigado, o qual foi possível analisar a percepção de cada um deles respectivamente de acordo com seus cargos foram elaboradas perguntas específicas para cada um. Como veremos a seguir:

4.3 Discursos dos Gestores e Análise dos Dados

Gestor 1

A gerência atual volta suas atenções para os bons resultados, integração de ideias e ações, de forma a solidificar o seu compromisso com a excelência. O compartilhamento de um propósito comum gira em torno do cumprimento da missão institucional. Com a adesão do contrato, a EBSEH passou a gerir os recursos do REHUF (verbas de reestruturação dos HU aquisição de equipamentos de imagem, que são 1 ressonância magnética e 2 RX telecomandados que falta instalar. O valor recebido desde sua implantação é de cerca de 140 Milhões e em 2018 R\$ 16,7 milhões.

Os Hospitais Universitários recebem 3 tipos de recursos, contratualizações, vindo do Ministério da Saúde, por meio do contrato com a prefeitura e o REHUF vem dos Ministérios da Educação e da Saúde e são repassados bimestralmente.

Analizando a gestão da EBSEH, nos últimos 5 anos, a avaliação mostra que a mesma veio contribuir para o aperfeiçoamento dos serviços prestados à população, por meio do SUS, e promover a melhoria do ensino e pesquisa nas universidades filiadas e suprir a necessidade do enorme déficit de empregados, A situação financeira do HULW (2013-2018), é regular e que 90% dos compromissos estão dentro dos prazos e as estratégias da gestão para aumentar a eficiência no HULW, é pensar no HULW na perspectiva de rede de atenção e) que ainda não atingiu os objetivos plenamente, pois no âmbito do HULW se propôs a linhas de cuidado que se integrem em todo Brasil.

Gestor 2

De acordo com o Relatório de gestão da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) 2018, um dos projetos importantes, é o projeto de estruturação da transmissão 4K (EAD), onde é o único hospital a fazer uso no Brasil. Uma das vantagens deste procedimento, é a diminuição do quantitativo de alunos no bloco cirúrgico. A consolidação dos POP (Procedimentos Operacionais Padrão) foi de grande importância, ou seja, todos os protocolos foram realizados com a gestão de risco em uma oficina em dezembro de 2018 exigida pelo TCU (Tribunal de Contas da União). Além da aquisição de recursos para a construção do Núcleo de Pesquisa Clínica e Mini Auditório, cujos recursos são provenientes do REHUF.

O gestor relata que a média dos cursos é de acordo com o da CAPES/UFPB e que houve um aumento de 90 vagas de residentes, entre os anos de 2015 e 2018.

Figura 17. Demonstrativo do Aumento de Residentes



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora (2018).

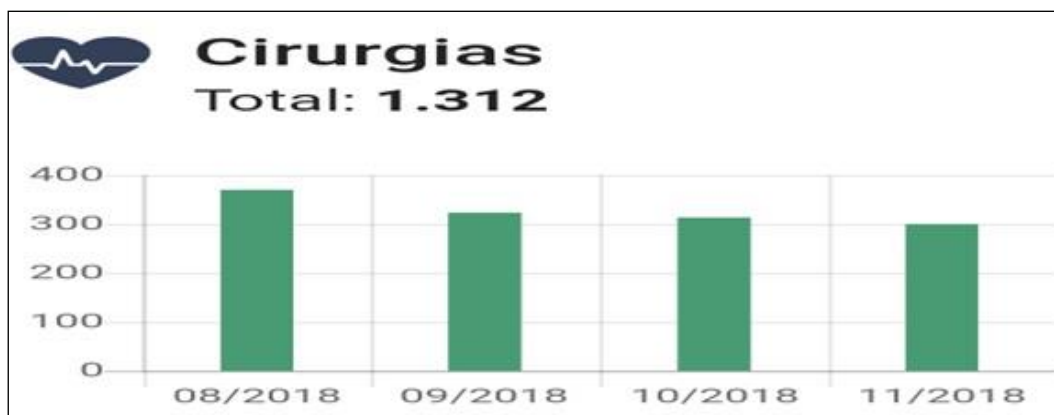
O mesmo também relata que os recursos do REHUF foram destinados para a melhoria na estrutura pedagógica, possui 7 salas, 1 biblioteca climatizada, plataformas virtuais, 03 computadores, wifi, 2 salas de videoconferência, 1 programa de transmissão 4 K de procedimentos e técnicas, 1 auditório, 1 sala de reunião e que a gestão é comprometida a administrar e aplicar os recursos contribuindo de forma eficaz para o aumento e melhoria no ensino e pesquisa, havendo um aumento de 435 alunos em atividades acadêmicas no HULW entre os anos de 2014 e 2018.

Gestor 3

O gestor não respondeu a pesquisa em tempo hábil (foram usados dados documentais, APP e sites da EBSEH e relatório de gestão 2018, para analisar esta gerência.

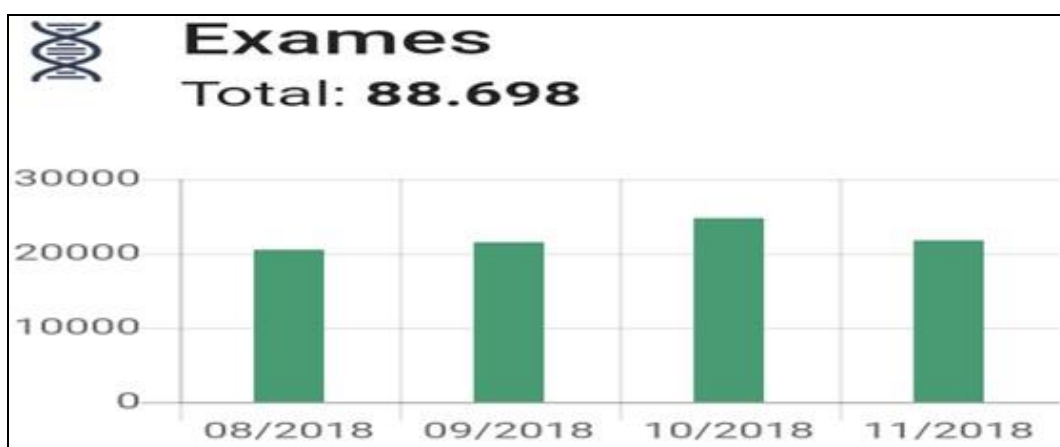
De acordo com o Relatório da gestão 2018, o desempenho nas contratualizações foi cumprido em 106%, os diagnósticos tiveram um percentual de 75% com 20.977 diagnósticos; as consultas médicas em 98% com 12.565 consultas; Internações em leitos obstétricos + de 107% em média 140 partos por mês; internações o percentual é de 89% em média 640 internações; em média 300 procedimentos cirúrgicos ao mês. Os quadros abaixo mostram a grande demanda enfrentada para alcançar a eficiência e muitas vezes o recurso proveniente do REHUF e da pactuação com as prefeituras não suprem as demandas e o Hospital por muitas vezes tem que realizar bazares, chás beneficentes e ter que receber até doações para manter o serviço funcionando dentro da normalidade. As contratualizações são um ponto crítico e que tem que ser revisto pela EBSEH.

Figura 18. Cirurgias realizadas EBSEH: agosto a novembro/2018.



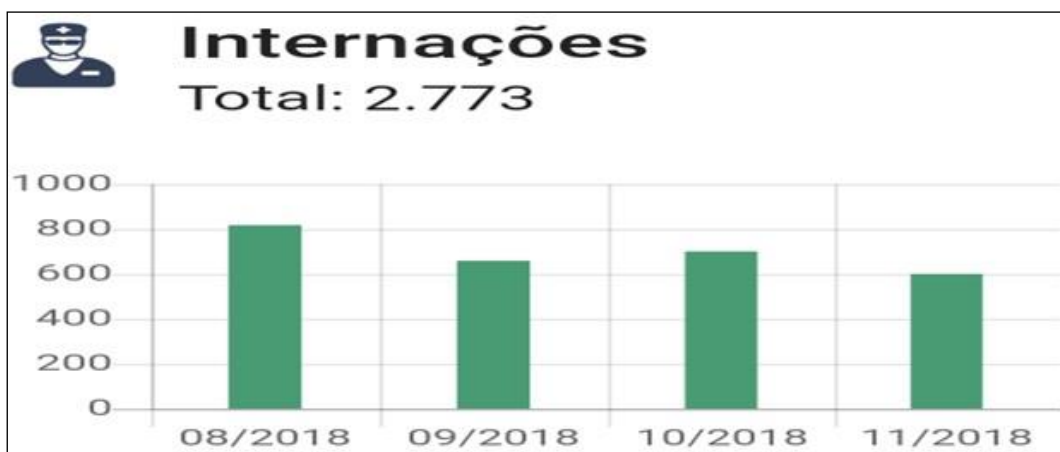
Fonte: APP/EBSEH/HULW

Figura 19. Exames realizados EBSEH: agosto a novembro/2018.



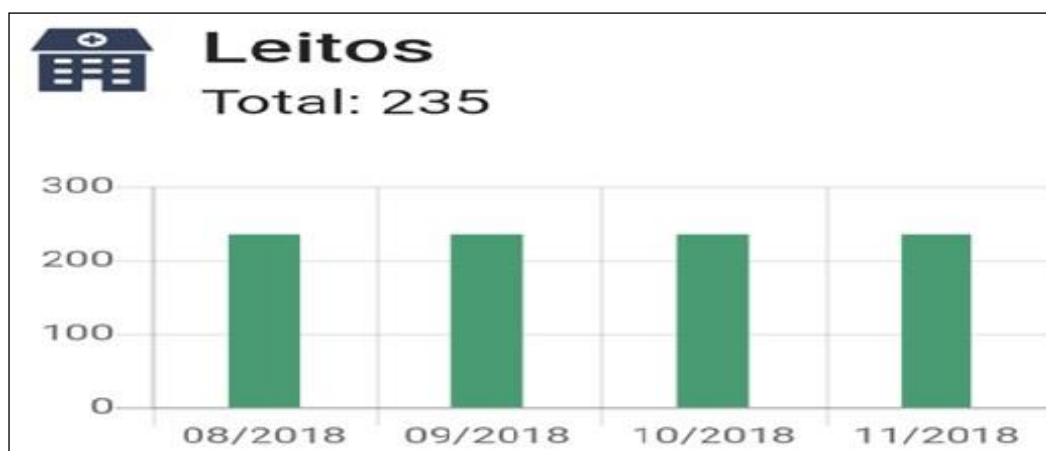
Fonte: APP/EBSEH/HULW

Figura 20. Internações realizadas EBSEH: agosto-novembro/2018.



Leitos EBSEH: agosto-novembro/2018.

Figura 22. Internações realizadas EBSEH: agosto-novembro/2018.



Fonte: APP/EBSEH/HULW (2018).

A Ouvidoria do Hospital Universitário Lauro Wanderley, filial EBSEH, divulgou o resultado do 2º ciclo da Pesquisa de Satisfação dos Usuários, realizado no âmbito desta instituição entre os dias 22/10 e 07/12/2018, período em que foram entrevistados 393 usuários no Ambulatório e 262 usuários na Internação, totalizando 655 entrevistados, superando a amostra prevista no Plano de Trabalho da EBSEH-Sede que contemplava 619 entrevistas e com base nos dados coletados no Sistema de Informações Gerenciais (SIG-EBSEH), pelo qual a pesquisa é processada, verificou-se quanto à avaliação geral os seguintes percentuais: Índice de Satisfação quanto à Infraestrutura de 68,18%; Índice de Satisfação quanto ao Atendimento de 68,02%; Índice de Satisfação quanto à Avaliação Geral 68,19%; Índice de Satisfação quanto à Indicação de 99%; Índice de Satisfação Geral de 71,97%; o Ambulatório obteve os percentuais a seguir: Índice de Satisfação quanto à Infraestrutura de 70,23%; Índice de Satisfação quanto ao Atendimento de 70,42%; Índice de Satisfação quanto à Avaliação Geral 68,62%; Índice de Satisfação quanto à Indicação de 99,00%; Índice de Satisfação Geral de 73,7%.

Finalizando a análise, foram apresentados os percentuais observados para o serviço de Internação: Índice de Satisfação quanto à Infraestrutura de 65,11%; Índice de Satisfação quanto ao Atendimento de 64,41%; Índice de Satisfação quanto à Avaliação Geral 67,56%; Índice de Satisfação quanto à Indicação de 98,00%; Índice de Satisfação Geral de 69,26%. No geral o índice de satisfação dos usuários ultrapassa os 60%.

Gestor 4

O recurso do REHUF trouxe melhoras significativas, com reformas em quase 80% do hospital. As áreas beneficiadas: Ambulatório (Endocrinologia e fissurados- lábio palatino) e centro de imagem, 1º Andar- Reformas e adaptação Etapa I – Bloco cirúrgico (Endoscopia e fissurados), 2º andar- Reforma e adaptação da Central de Material e esterilização (CME) em andamento, 3º andar- Reforma e adaptação (ginecologia e obstetrícia), 4º andar- Reforma e adaptação (pediatria e DIP) e inauguração da brinquedoteca, 5º andar- reforma e reconstrução (Clínica Médica), 7º andar- reforma Cobertura- Criação do espaço fineses (funcionários e pacientes nos 3 horários).

O percentual de aquisição de equipamentos e Instalações de 2010 a 2015 foram registrados no SAP 464 bens, totalizando um valor de compra (bem novo) de R\$ 6.491.566,40. De 2016 até outubro de 2018 foram registrados no SIG Patrimônio 265 bens permanentes, totalizando R\$ 2.171.252,57.

Figura 23. Demonstrativo de Patrimônio



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora (2018).

Abaixo, estão os equipamentos adquiridos, mas, que não foram instalados:

Quadro 4 - Equipamentos

Equipamentos	Fabricante	Data de Aquisição	Quantidade	Nota Fiscal	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Ressonância Nuclear Magnética	GE Healthcare	23/12/11	1	4.526/69/3 81	1.605.000,00	1.605.000,00
Aparelho Raio X Telecomando	Siemens	01/11/11	2	4039/4041	390.500,00	781.000,00
Lavadora Termodesinfectora	Cisa	16/12/16	1	24.350	217.619,05	217.619,05
Aparelho de Raio X Odontológico	Sirona	Material do CCM	1			
Cama PPP	Hospimetal	10/05/13	2	6.583	10.476,19	20.952,38
Eletrocardiógrafo	Comen	24/08/17	4	8.008	4.299,00	17.196,00
Compressor Odontológico	Fiac	19/04/17	1	807	2.393,23	2.393,23
Gabinete de Secagem	Cisa	22/12/16	1	24.352	35.000,00	35.000,00
Pistola de Limpeza	Brasmedical	22/10/18	1	2347	11.772,99	11.772,99
Aparelho Purificador de Água	Hidrotek	29/10/18	1	6267	5.000,00	5.000,00
Aparelho de Estudo Urodinâmico	Dynamed	15/10/18	1	12083	26.400,00	26.400,00

Fonte: Relatório de gestão EBSEH/HULW, 2018.

A Ressonância Magnética foi retirada da caixa, entretanto, ainda não foi completamente instalada e por isso, não está em uso.

No mês de novembro, apenas dois itens chegaram, mas, ainda não foram instalados, os Anteparo de proteção radiológica, da marca New Radiologia, que chegaram em 12/11/2018, Nota Fiscal Nº 13, no valor de R\$ 35.873,00.

As licitações aumentaram nos últimos anos, de 14 pregões realizados em 2014 subiram para 84 em 2018. No total de 70 pregões a mais. O ano de destaque é o de 2015 realizando 28 pregões e o de menor índice é 2018 com 1 pregão.

Figura 24. Demonstrativo de Pregões na Unidade de Licitação.

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora (2018).

As empresas terceirizadas que prestam serviço ao HULW são: JMT- transporte -7 funcionários (4 no ambulatório e 3 administrativo), na higienização 63 funcionários, a administração tem 188 funcionários e a Empresa SL, possui 3 engenheiros (2 estagiários e 1 técnico).

Gestor 5

O mesmo descreve sobre o aproveitamento do potencial individual dos servidores, reconhecendo suas aptidões e limitações para um melhor aproveitamento profissional e com a adesão a EBSEH a falta de pessoal foi suprida em todos os setores do HULW, onde houve 1 concurso de acordo com o regime de pessoal o artigo 11º da Lei nº 12.550, na implantação da EBSEH na gestão dos hospitais universitários, autorizou, mediante processo seletivo simplificado pessoal técnico e administrativo por tempo determinado e foram contratados 1.175 empregados celetistas. As vinculações empregatícias existem no HULW, atualmente são: 350 terceirizados, 1.175 EBSEH, 719 RJU. Onde a gestão, diante da política pública no Brasil, encara a terceirização como redução dos custos, melhorando assim a gestão financeira do HULW.

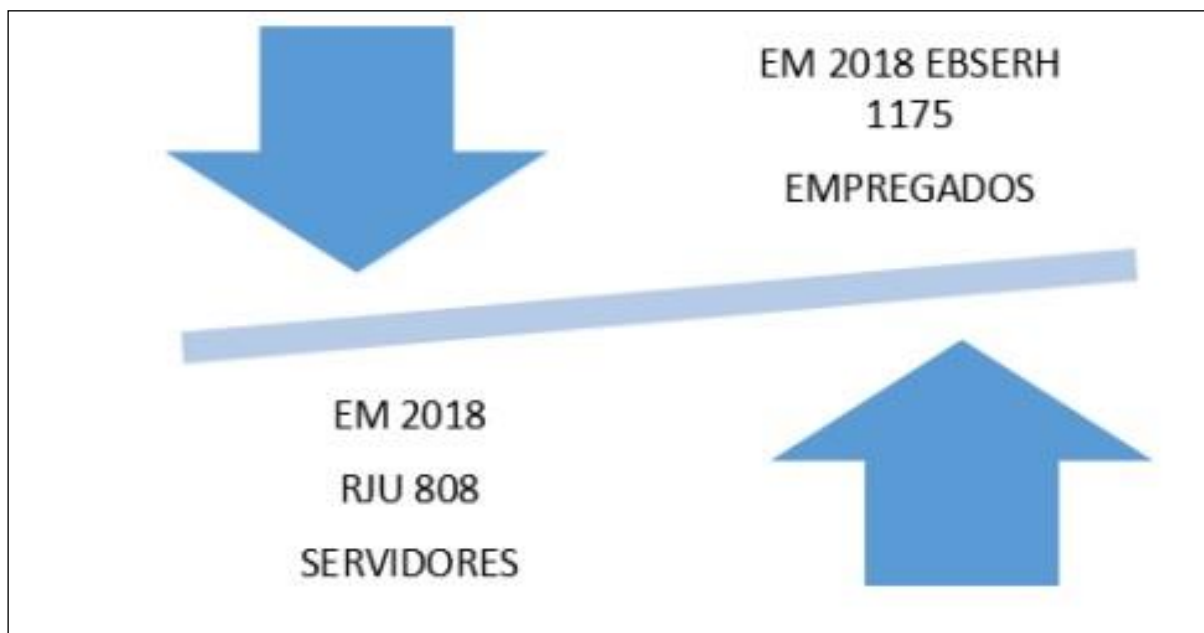
O Gestor de Pessoal informou que os contratados foram efetivados através de 1 único concurso público nº 08/2014 – EBSEH/HULW/UFPB, tendo sido aprovados 978 servidores, e os mesmos foram contratados gradativamente e de acordo com a coleta de dados, com estes contratos, foi solucionada a falta de pessoal existente em todo o HULW e todos os setores foram

supridos de acordo com respostas da gerente de pessoas. Agora, em relação à terceirização, foi justificado o aumento, pela diminuição dos custos que este vínculo traz para a instituição.

Observa-se a crescente diminuição dos RJU, que possuía cerca de 1.618 servidores vinculados ao Regime Jurídico Único (RJU) e atualmente são 719, que diante dos números expostos, a tendência é a extinção dos servidores públicos federais, pelo vínculo do regime jurídico único na área da saúde nos hospitais universitários. Ao mesmo tempo há um crescente aumento de Empregados celetistas (EBSERH), comparando-se a tabela 1 com a tabela 2, o aumento duplicou nos últimos 3 anos, onde em 2015 existiam 751 contratados em 2018 foi para 1.175.

E ilustrado no gráfico a seguir:

Figura 25. Ilustração do Quadro de Pessoal atual do HULW.



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora (2018).

A ilustração mostra a diferença crescente entre os vínculos nos últimos 3 anos, apresentando atualmente uma diferença de 456 empregados da EBSERH em relação aos RJU. Esta é uma realidade em todas as filias no Brasil, onde seu código de vagas está indo para outros centros nas universidades e os concursos realizados são para a EBSERH, conseqüentemente há uma extinção destes servidores.

Quadro 5 - Pontos Negativos e Positivos

PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS
Contratação CLT/EBSERH - este tipo de contrato não oferece estabilidade ao trabalhador e com isso a um maior controle do empregador.	Extinção dos servidores RJU nos HU - pela falta de abertura do código de vagas, como também apresenta diferença nos direitos trabalhistas, aumentando os conflitos entre os regimes de trabalho.
Acreditação em 2019 - reconhecimento da qualidade dos serviços oferecidos a população, pelos órgãos de controle.	Acreditação passou para 2025 - o aumento do prazo provoca uma maior exigência nos serviços prestados, acarretando em sobrecarga aos trabalhadores.
Melhoria na Gestão - diante do treinamento oferecido pela empresa no Hospital Sírio Libanês e a mudança na forma organizacional e atuação de forma estratégica focando na excelência do atendimento.	Aumento do custeio com cargos comissionados - apesar da melhoria mostrada pelos relatórios de gestão, o custeio com estes colaboradores onera os custos e são contraditórios quando visam a eficiência reduzindo os custos finais no orçamento da união, objetivo da terceirização dos serviços de saúde e também a diferença salarial é exorbitante comparado ao salário base da maioria dos trabalhadores. (Vide quadro- 3)
Adesão à EBSEH - os serviços dos HU foram totalmente preconizados pela falta de investimentos e pessoal, para justificar a adesão. e os recursos só eram destinados às Universidades que assinassem o contrato.	Diminuição da autonomia universitária - com a adesão os recursos do REHUF, foram repassados com controle da EBSEH, mas o controle da universidade sobre este patrimônio foi cedido a esta empresa como também sua gerência. e com isso submetido a novas regras.
Metas e Desempenho - aumentam a organização do serviço e qualidade no serviço prestado.	Falta de fiscalização do contrato - falta controle em relação a estas metas, se o contrato vigente e prazos estão sendo cumpridos

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, 2018.

O quadro acima apresenta vários pontos, que são motivos de debates e ações em conjunto com os servidores, comissão de servidores, sindicato do regime estatutário (SINTESPB), sindicato da EBSEH, gestão e Reitoria/ UFPB. Onde a avaliação dos pontos apresentados é de grande relevância para o melhoramento da gestão, condições de trabalho, melhoramento na comunicação entre os atores envolvidos, tornando uma gestão mais participativa, visando à eficiência nos serviços prestados aos usuários do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que a gestão hospitalar é um importante caminho para diminuir os vários problemas que atingem a saúde no país, tanto no gerenciamento de recursos como de pessoas com o objetivo de oferecer um serviço com mais qualidade e eficiência aos usuários do SUS, percebe-se que é claramente visível a necessidade do cumprimento de ações voltadas a políticas públicas em saúde, no intuito de ampliar a todos, o direito à saúde de forma igualitária.

Dialogar sobre o discurso de gestores acerca da gestão, o objetivo principal dessa pesquisa, além de ter sido uma inquietação pessoal, foi também difícil pelo fato de envolver questões de cidadania, questões emocionais e vivência particulares.

A gestão da EBSEH no HULW ocorre de forma compartilhada que, desde sua implantação superou desafios, inseriu um planejamento alinhado e uma gestão estratégica, adequando sua força de trabalho para superar os conflitos existentes entre os regimes, alterando as estratégias dos atores, inclusive descentralizando atividades, como aconteceu com a gestão do HULW, descentralizada por uma empresa pública, que, conforme Bresser-Pereira (1996), é um traço característico de uma administração pública gerencial. As estratégias utilizadas pela gestão para melhoria no atendimento foram: Manter a visão do HULW, que é “Pensar no HULW na perspectiva de rede de atenção e linhas de cuidado que se integrem territorialmente”, padronização de organogramas, escalas, protocolos, controle dos recursos do REHUF (AUDITORIAS).

A gestão está descentralizada, devido a mudança de papel da UFPB, que antes tinha total autonomia sobre o hospital e agora age como controlador e fiscalizador desde a assinatura do contrato nº45/2013 de gestão. Apesar das indicações serem feitas pela reitoria, os indicados têm que ser cedidos a EBSEH e esta autonomia gradativamente diminui com a extinção do quadro de pessoal do Regime Jurídico Único (RJU) do hospital, pois os novos contratados não são vinculados a UFPB e sim à EBSEH. Os recursos são diretamente destinados aos HU através da Unidade Administrativa de Serviços Gerais (UASGS) e, embora tenha conseguido superar alguns desafios, como a implantação de um planejamento alinhado a uma gestão estratégica e a adequação da força de trabalho, outros desafios ainda estão presentes, como a convivência pacífica entre servidores estatutários e celetistas provocada pela diferença de regimes, bem como o próprio financiamento do hospital.

Na avaliação dos Gestores a gestão da EBSEH, nos últimos 5 anos, mostra que a mesma veio contribuir para o aperfeiçoamento dos serviços prestados à população, por meio do SUS e a última pesquisa de satisfação do usuário mostra um índice geral é de 69,26% de

satisfação entre os usuários, houve a melhoria do ensino e pesquisa nas universidades filiadas e aumento no número de vagas de alunos e residentes mantendo a característica de hospital escola, a contratação de novos empregados por meio de concurso supriu a necessidade do enorme déficit de empregados. A situação financeira do HULW (2013-2018) é regular e que 90% dos compromissos estão dentro dos prazos e as estratégias da gestão para aumentar a eficiência no HULW. Na última avaliação do Ministério do Planejamento (MP), com a certificação (IG-SEST). A estatal elevou uma nota de 2.14 (2016) para 6.87 (2018) representando um crescimento de 221% mostrando que as ações citadas anteriormente foram decisivas na melhoria da gestão.

Em relação aos servidores fica claro que as mudanças bruscas, seja em qualquer instância acarreta diversos danos tanto no lado pessoal, financeiro e psicológico do trabalhador. Fazendo com que sua desmotivação ofereça um serviço de baixa qualidade, baixo nível de produtividade, aumento do absentismo, afastamento por doença muitas vezes de ordem psicológica onde as estatísticas mostram o aumento de casos de depressão e suicídio na área da saúde.

Para tanto, o princípio da igualdade de oportunidades tem como finalidade diminuir as diferenças concretas existentes entre os indivíduos de uma sociedade, fazendo com que eles se situem em posições iguais de forma democrática buscando o mesmo objetivo em relação a melhores condições de trabalho e o oferecimento de um serviço de qualidade.

Podemos afirmar, também, que muito se avançou na perspectiva do direito à saúde, uma vez que a Constituição de 1988 prevê um atendimento igualitário e gratuito a todos. Sendo assim, mesmo frente a essa evolução expressada através da efetivação de direitos como a qualidade de saúde garantida na Constituição, conclui-se que a garantia deste direito por meio das políticas públicas ainda é deficitária e enfrenta diversos problemas locais e nacionais.

Frente à análise dos dados, considere-se que, nos discursos dos gestores, o objetivo da implantação da EBSEH foi alcançado, que são eles: déficit de recursos humanos, através das 1.175 contratualizações com vínculo CLT foi superado e emprego dos recursos do REHUF para novas instalações, recuperação do prédio, aquisição de equipamentos e instalações foram realizadas em 90%.

Diante do exposto, conclui-se que dentro do proposto na criação da EBSEH a mesma é eficiente em sua forma organizacional padronizada e diferenciada pelo porte de cada hospital e que mesmo com os recursos sem reajuste de acordo com a inflação, houve mais controle sobre os recursos recebidos das contratualizações.

Sugere-se novas pesquisas e estudos sobre esse tema que possam dar continuidade à presente pesquisa sobre o objeto de estudo em outras instituições nacionalmente a fim de

ampliar amostras e detectar demandas e potencialidades consideradas relevantes para a melhoria da gestão. Diante do exposto, houve uma reflexão sobre as discussões, resultados da pesquisa e apresentados os pontos negativos e positivos da gestão e sugestões de implementação para futuras análises.

SUGESTÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO

1- REITORIA:

- Que a reitoria da UFPB, cujo órgão é responsável pela assinatura do contrato com a EBSEH desde 2013 (5 anos), realize a efetivação da comissão de fiscalização do contrato com a empresa;
- Ampliação da COMISSÃO, convidando outros autores responsáveis pelos serviços de saúde: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS), MINISTÉRIO PÚBLICO (MP), para que se mantenha uma maior transparência e discussão sobre o contrato com a empresa;
- participação do usuário do sus na comissão de fiscalização do contrato.

2- Sindicatos (SINTESPB/EBSEH):

- Organizar audiências públicas, protagonizando a luta na defesa dos serviços de saúde e da autonomia universitária e condições de trabalho defendendo os direitos dos trabalhadores, juntamente com a comissão de servidores do HULW;
- Mobilizar a participação dos usuários e da comunidade universitária em defesa do hospital universitário e do SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE).
- Organizar nacionalmente um evento, juntamente com a FASUBRA para apresentação das dissertações do MPPGAV/UFPB para ampliar o debate referente à EBSEH.
- Contribuir com a confecção de um livro, reunindo todas as dissertações referentes à EBSEH, para fortalecer seu papel, perante os sindicalizados e MPPGAV/UFPB, trazendo com esta ação um conhecimento científico a respeito da polêmica adesão da UFPB a esta empresa.

REFERÊNCIAS

ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ALVES-MAZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **Paradigmas qualitativos, o planejamento de pesquisas qualitativas e revisão da bibliografia**. In: ALVESMAZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. O Método nas Ciências naturais e Sociais. São Paulo: Pioneira, 1998, p.129-189.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, LDA, 2009.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução 466-Conselho Nacional de Saúde**, 2013. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466>>. Acesso em: 22.jul.2013.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 05/10/1998. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/constituicao.htm>>. Acesso em: 22.jul.2013.

COSTA, L.M. **As condições necessárias para implantação de classe hospitalar no Hospital**. São Paulo. [Monografia]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2005.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Lei Nº 3.835, de 13 de dezembro de 1960**. Federaliza a Universidade da Paraíba e dá outras providências. Diário Oficial da União 13 de set de 1960. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3835.htm. Acesso em 22 de julho de 2015.

_____. MEC. **Plano de reestruturação Hospital Universitário Lauro Wanderley Universidade Federal Da Paraíba**. Dez 2003. Disponível em:<http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/contratos_adesao_huf/ufpb/plano_de_reestruturacao_hulw_ufpb.pdf>.

_____. Resolução 466- **Conselho Nacional de Saúde**, Ministério da Saúde, 2013. Disponível: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466>.

BRESER-PEREIRA, Luiz C. **A Administração Pública Gerencial: estratégia e estrutura para um novo Estado**. Brasília, ENAP, 1996.

BUMESTER, H., Pereira, J. C., & Scarpa, M. J. (2007). **Modelo de gestão para organizações de saúde**. Revista de Administração em Saúde.

CALDAS JÚNIOR, A. L. **Crise nos Hospitais Universitários: Estratégias de privatização**. Associação Profissional dos docentes da UFMG, Belo Horizonte, nº18, p.95 a 110, dez de 1999.

CASTELAR, R. M., MORDELET, P., & GRABOIS, V. (1995). **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. In Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. ENSP.

CATELLI, A.; PAR ISI, C.SANTOS, E.S.&ALMEIDA, L.B. **Um sistema para a gestão econômica de organizações governamentais empreendedoras**. Revista do serviço público da ENAP, Escola Nacional de Administração Pública, n. 3, p. 83-100, jul./set. 2001.

CHARNES, A., COOPER, W. W., RHODES, E. **Measuring efficiency of the decision-making units**. European Journal of Operational Research, v.2, n. 6, p. 429-444, 1978.

CHERUBIN, N.A; SANTOS, N. A. dos, **Administração hospitalar: fundamentos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

COSTA, Frederico L.; CASTANHAR, José C. **Avaliação de Programas Públicos: desafios conceituais e metodológicos**. Rio de Janeiro, Revista de Administração Pública, 37 (5), set/out.2005.

COSTA, Eliezer Arantes da. **Gestão Estratégica**/Eliezer Arantes da Costa. 2010 – São Paulo: Saraiva 2005. ISBN 85-02-03556-8.

COSTIN, Claudia. **Administração Pública**. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2010.

DAFT, Richard L. **Teoria e Projetos das Organizações**. 6ªed. Rio de janeiro: LTC, 1999, p.39-45.

EBSERH, 2015. Disponível: <http://www.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb/organograma>. Acesso em: 24/03/2018.

DRUCKER, Peter. **Desafios Gerenciais para o Século XXI**. São Paulo: Pioneira, 1999.

FASUBRA SINDICAL, HU. **Patrimônio público sob gestão pública**. Maio, 2011. Nº 10-ed.02. Disponível em: http://wiki/universidade_federal_da_paraiba. Acesso em: 30/04/2016 às 14:00.

FILIAIS EBSEERH. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br> . Acesso em: 16/08/2016.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**, ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GREILING, D. (2006) **Performance measurement: a remedy for increasing the efficiency of public services?** International Journal of Productivity and Performance Management. 55(6), 448-465.

GONÇALVES, E.P. **Iniciação a pesquisa científica**. Campinas, SP: Alínea, 2001.

HAMES, D. S. (1991). **Productivity-enhancing work innovations**: Remedies for what ails hospitals? Journal off Health care Management, 36(4), 545.

Hospitais Universitários: **Avaliação comparativa de eficiência técnica**; 2012. Economia aplicada, v.4, n. 2, p. 315-349, abr./jun. 2000.

JANUZZI, Paulo de M. **Indicadores Sociais no Brasil**: conceitos, fontes de dados e aplicações. Campinas, Editora Alínea, 2. Ed. 2003.

JACOBS, R. (2001). Alternative methods to examine hospital efficiency: data envelopment analysis and stochastic frontier analysis. Health Care Management Science, 4(2), 103-115.

KIRIGIA, J. M., Emrouznejad, A., SAMBO, L. G., Munguti, N., & LIAMBILA, W. (2004). **Using data envelopment analysis to measure the technical efficiency of public health centers in Kenya**. Journal of Medical Systems, 28(2), 155-166.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**, 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

LINO, K. M. S.; GONÇALVES, M. F. & FEITOSA, S. L. **Administração hospitalar por Competência**: O administrador como gestor hospitalar. Disponível em: <http://www.administradores.com.br>. Acesso em: 13 mar. 2010.

LOJA NETO, G. P. **Controle da gestão hospitalar: uma resposta à sociedade**. 13ª COMBRAI, Gramado – RS, 2012.

MARINHO, A. **Hospitais Universitários**: indicadores de utilização e análise de eficiência, IPEA, 2000.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MÉDICI, A. C. **Hospitais Universitários: passado, presente e futuro**. Trabalho realizado no Banco interamericano de Desenvolvimento, Washington, D.C. **Revista Ass. MED**, v. 47, n ° 2, p.149-56, 2001.

MALAGÓN-LONDOÑO, G.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. **Administração Hospitalar**. Rio de Janeiro-RJ: Editora Guanabara Koogan Ltda., 3ª Ed. p. 5, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 28ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2009.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro. HUCITEC-ABRASCO, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Gestão Participativa e Cogestão**, 2004. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_1164_fl.pdf. Acesso em: 15/08/2016 às 11:00.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Gestão Participativa e Cogestão**. 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf. Acesso em: 15/08/2016 às 10:00.

MINTEZBERG, H. (1995). **Criando organizações eficazes**: estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 18. Ed. São Paulo: Atlas, 2005.

NUNES, C. M., TRONCHIN, D. M. R., MELLEIRO, M. M., KURCGANT, P. **Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário**. Rev. Eletr. Enf. 12(2): 252-7. 2010.

PALADINI, E. P. **Avaliação Estratégica da Qualidade** (3ª ed. Ver.). São Paulo: Atlas, 2011.

PEREIRA, M. dos S. **Mudança organizacional na saúde: desafios e alternativas de um hospital universitário**. Belo Horizonte. Coleção Estado da Arte. Série: FACE-FUMEC. 2004. 166.

PEREIRA, I.M. **Hospital Universitário Lauro Wanderley**. João Pessoa: O & M, 199.

REHUF. **Plano de reestruturação do Hospital Universitário Lauro Wanderley**. UFPB: João Pessoa. 2010. Disponível em: http://www.agencia.ufpb.br/hu_plano_reestrut.pdf. Acesso em 24 de julho de 2015.

RICHARDSON, R.J.; **Pesquisa Social Métodos e Técnicas**. 3.ed. São Paulo;2008.

RODRIGUES, J. M. C. **Construindo a Profissionalização Docente**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2003.

RODRIGUES, N. J. A. Os (DES) **caminhos da política de saúde no Brasil: A EBSERH em questão**. Campina Grande (TCC- Graduação em Serviço Social); 2011, 61 p.521-34

SMITH, P. C. & Street, A. (2005) **Measuring the efficiency of public services: the limits of analysis**. Journal of the Royal Statistical Society. 168(2), 401-417.

SCARPI, M. J. **Gestão de Clínicas Médicas**. São Paulo- SP: Editora Futura, 2004.

TANAKA, O. Y.,& TAMAKI, E. M. (2012). **O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde/The role of evaluation in decision making in the management of health services**. Ciência e Saúde coletiva, 17(4), 821-828.

TEIXEIRA, Anísio. **Uma experiência de educação primária integral no Brasil**. Revista brasileira de estudos pedagógicos, Brasília, n. 87, v. 38, p. 21-33, 1962.

TOGNON, Ivani Vitor. **Uma contribuição ao estudo dos custos hospitalares com o uso do custeio baseado em atividades: um estudo de caso do setor de pediatria do Hospital de Caridade de Carazinho**. Florianópolis, 2000.

THANASSOULIS, E. **A comparison of regression analysis and data envelopment analysis as alternative methods for performance assessments.** Journal off Operacional Ressarce Society, v. 44, n. 11, p. 1.128-1.144, 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990.

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Estado, democracia e administração pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. 224 p. Universidades e o compromisso social da extensão universitária. João Pessoa/PB: Editora Universitária/UFPB. 2006.

ZUCCHI, Paola; FERRAZ, Marcos Bosi. **Gestão Estratégica de Negócio em Saúde.** Economia e Gestão em saúde. Barueri: Manole, 2010. Cap.15, p.329-330. Disponível em: <http://www.ipea.gov>>. Acesso em: 10.10.17.

APÊNDICES

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO

1- Qual sua Idade?

30 () 40 () 50 () OU MAIS ()

2- Sexo

F () M ()

3- Quantos anos têm de experiência no Cargo de Gestor?

10 () 20 () ou MAIS ()

4- Possuía curso de gestor ao assumir?

SIM () NÃO ()

5- Quantos anos de serviço no HULW?

10 () 20 () OU MAIS ()

6- Qual Seu Vínculo?

RJU () OU EBSERH ()

APÊNDICE B
SUPERINTENDENTE- HULW

1- Como a Gestão Analisa a implantação do AGHU (Aplicativo de Gestão Hospitalar)? Desde 2009.

2- Os recursos do REHUF? Atingiu os objetivos? Apresentar os dados de 2011 até 2018. Justificar.

3- Qual o valor recebido desde sua implantação, valores atuais e o que falta a ser recebido?

4- Qual a importância do curso de capacitação de gestores oferecido pela EBSEH/HSN/SUS/MEC? E se o mesmo atingiu os objetivos?

5- Quais os financiamentos Pactuados pelo hospital? E como estão sendo repassa recursos da pactuação com as prefeituras?

6- Qual a avaliação da gestão EBSEH, nos últimos 5 anos?

7- Qual a situação financeira do de 2010-2018 HULW?

8- Quais as estratégias da sua gestão para aumentar a eficiência no HULW?

APÊNDICE C
GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE

- 1- Qual o número de leitos, atuais no HULW e especificar por clínica? Entre 2010 e 2018?

- 2- Qual a taxa de ocupação dos leitos? Entre 2010 e 2018?

- 3- O prazo de permanência de internação? Entre 2010 e 2018?

- 4- Qual a taxa de rotatividade dos leitos? Entre 2010 e 2018?

- 5- Qual o número de técnicos e enfermeiros dos 2 vínculos empregatícios? Entre 2010 e 2018?

APÊNDICE D

GESTÃO DE ENSINO E PESQUISA

- 1- Qual o número de alunos e de residentes? Entre 2010 e 2018?
- 2- Descrever sobre a estrutura pedagógica? Entre 2010 e 2018?
- 3- Qual o percentual de vagas de Residência? Entre 2010 e 2018?
- 4- Qual a média dos Conceitos dos Programas de pós-graduação? Entre 2010 e 2018?

APÊNDICE E
GESTÃO ADMINISTRATIVA-FINANCEIRA

- 1- Qual a situação das instalações físicas do HULW entre 2010-2018?

- 2- Qual o percentual de aquisição de equipamentos e Instalações entre 2010-2018?

- 3- As licitações aumentaram nos últimos anos?

- 4- Quais empresas terceirizadas prestam serviço ao HULW? Quais serviços? Número de funcionários? E qual a forma de contratação? Entre 2010-2018.

APÊNDICE F
GESTÃO DE PESSOAS

- 1- Como encarar cada pessoa considerando sua individualidade e como gerenciá-la dentro desse ambiente de diversidade?

- 2- A adesão a EBSEH, solucionou, a falta de pessoal e a terceirização (fundação José Américo) dentro do HULW?

- 3- Quantos concursos houveram para à EBSEH? e quantos foram contratados?

- 4- Quantas vinculações empregatícias existem no HULW e quantos funcionários existem por vinculação atualmente?

- 5- Como a gestão, diante da política pública no Brasil, encara a terceirização para atividades fins e não fins?

APÊNDICE G
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **A EFICIÊNCIA DA GESTÃO EBSEH NA ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY** e está sendo desenvolvida por **VALDINEZ DA SILVA LIMA**, do **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO: MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS, GESTÃO E AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR- MPPGAV/CE/UFPB**, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do (a) Prof. (a) **ÉDER DA SILVA DANTAS**, professor do curso de graduação em PEDAGOGIA da Universidade Federal da Paraíba.

Os objetivos do estudo são: Avaliar a Gestão da EBSEH, no âmbito do Hospital Universitário Lauro Wanderley e se a mesma atinge patamares de eficiência no serviço público; traçar um perfil organizacional dos servidores do HULW; Caracterizar a gestão; verificar as estratégias utilizadas pela gestão para melhoria no atendimento. A finalidade deste trabalho é contribuir para uma análise da eficiência dos serviços de saúde, ensino, pesquisa e extensão do HULW.

Solicitamos a sua colaboração para levantamento documental e entrevista no prazo de 2 meses, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa, oferece riscos apenas do tipo “mínimo” (desconforto psicológico) aos participantes da mesma. Quanto aos benefícios, pretende-se com o estudo ampliar o debate acerca da prática da GESTÃO EBSEH principalmente no que diz respeito a administração do HULW. Os riscos se justificam, pois, sendo conhecedores dos prejuízos que dita prática pode causar, os pesquisados poderão adotar medidas visando ao abandono da mesma, tudo como preceitua V.1b, da Resolução 466/12 do CNS.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, ____ de ____ de ____


Impressão dactiloscópica.

Assinatura do participante ou responsável legal

Prof. ÉDER DA SILVA DANTAS

Contato com o Pesquisador (a) responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) VALDINEZ DA SILVA LIMA Telefone: (83) 98845-8331. E-mail: valdinezslima@gmail.com ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley -Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br Campus I – Fone: 32167964

ANEXOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: A EFICIÊNCIA DA GESTÃO EBSERH NA ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 4			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: VALDINEZ DA SILVA LIMA			
6. CPF: 929.819.504-44		7. Endereço (Rua, n.º): ESTUDANTE GERALDO MACARIO SANTANA DE OLIVEIRA CUIA BRISA SUL, APT 101 JOAO PESSOA PARAIBA 58077072	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (83) 8845-8331	10. Outro Telefone:	11. Email: limapaloma70@gmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: 26 / 06 / 2018		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB		13. CNPJ: 24.098.477/0007-05	14. Unidade/Órgão: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
15. Telefone: (83) 3216-7964		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável:		CPF: 250.961.094-53	
Cargo/Função: Chefe do Setor de Ensino			
Data: 10 / 07 / 2018		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.		Profª Solange Fátima Geraldo da Costa Chefe do Setor de Gestão e Ensino EBSERH - HULW	



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS
PÚBLICAS, GESTÃO E AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO
SUPERIOR – MPPGAV
MESTRADO PROFISSIONAL



CERTIDÃO

Certificamos que foi aprovado *Ad Referendum* pelo colegiado do MPPGAV/CE/UFPB, o Projeto de Pesquisa da mestranda **VALDINEZ DA SILVA LIMA**, matrícula 20171003114, intitulado: **A EFICIÊNCIA DA GESTÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES NA ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY**, sob a orientação acadêmica da Prof. Dr. ÉDER DA SILVA DANTAS.

João Pessoa, 05 de setembro de 2018

Edineide Jezine

Profª. Drª. Edineide Jezine
Coordenadora do MPPGAV/CE/UFPB
Mat. 268015



Profª Drª Edineide Jezine
SIAPE: 0268015
UFPB - Campus I

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS,
GESTÃO E AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR
MESTRADO PROFISSIONAL
Cidade Universitária - Campus I - CEP 58051-900
E-mail: www.ufpb.br/pos/mppgav - Fone: (83) 3216-7444



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS
PÚBLICAS, GESTÃO E AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO
SUPERIOR – MPPGAV
MESTRADO PROFISSIONAL



CERTIDÃO

Certificamos que foi aprovado *Ad Referendum* pelo colegiado do MPPGAV/CE/UEPB, o Projeto de Pesquisa da mestranda **VALDINEZ DA SILVA LIMA**, matrícula 20171003114, intitulado: **A EFICIÊNCIA DA GESTÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES NA ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY**, sob a orientação acadêmica da Prof. Dr. ÉDER DA SILVA DANTAS.

João Pessoa, 05 de setembro de 2018

Edineide Jezine

Prof.^a Dr.^a Edineide Jezine
Coordenadora do MPPGAV/CE/UEPB
Mat. 268015



Prof.^a Dr.^a Edineide Jezine
SIAPE: 0268015
UEPB - Campus I

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS,
GESTÃO E AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR
MESTRADO PROFISSIONAL
Cidade Universitária - Campus I - CEP 58051-900
E-mail: www.ufpb.br/pos/mppgav - Fone: (83) 3216-7444



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA (GEP)
FICHA DE CADASTRO - PROJETO DE PESQUISA**



DADOS DO PROJETO	
Título do Projeto: <u>A Eficiência da Gestão da Extertna na administração do Hospital Universitário Lauro Wanderley</u>	
Palavras-chave (mínimo 3):	
Tipo da Pesquisa:	
☐ Ciências Sociais e humanas aplicadas em saúde ☐ Epidemiologia ☐ Infraestrutura ☐ Pesquisa pré-clínica ☐ Pesquisa sobre sistema de saúde, planejamento e gestão de políticas, programas e serviços de saúde ☒ Qualitativo ☐ Pesquisa de avaliação e tecnologia em saúde ☐ Clínica epidemiológica/observacional ☐ Ensaio clínico-fase I ☐ Ensaio clínico-fase II ☐ Ensaio clínico-fase III ☐ Ensaio clínico-fase IV ☐ Outro Especificar:	
Selecione o(s) agravos(s) em saúde de sua investigação:	
1 ☐ Causa externas de morbidade e mortalidade 2 ☐ Doenças de pele e do tecido subcutâneo 3 ☐ Doenças do aparelho circulatório 4 ☐ Doenças do aparelho digestivo 5 ☐ Doenças do geniturinário 6 ☐ Doenças do aparelho respiratório 7 ☐ Doenças do olho e anexos 8 ☐ Doenças do sangue e dos órgãos hematópoéticos 16 ☐ Outro:	9 ☐ Doenças do sistema nervoso 10 ☐ Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo 11 ☐ Doenças infecciosas e parasitárias 12 ☐ Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviço de saúde 13 ☐ Gravidez, parto e puerpério 14 ☐ Neoplasias 15 ☐ Transtornos mentais e comportamentais 17 ☒ Não se aplica
Tipo de Financiamento:	
☐ Agência(s) de Fomento Nacional: ☐ CNPq ☐ CAPES ☐ FAPESQ ☐ Outra. Especificar: PIVIC ☐ Agência(s) de Fomento Internacional: ☐ OMS ☐ OPAS ☐ Outra. Especificar: ☐ Indústria Farmacêutica. Especificar: ☒ Recursos Próprios	
Finalidade:	
1) PESQUISA DO TIPO ACADÊMICA: ☐ Pesquisa de pós-doutoramento ☐ Tese de Doutorado ☒ Dissertação de Mestrado ☐ Monografia de Pós-Graduação (Residência/Especialização) ☐ TCC ☐ PIBIC/PIVIC ☐ PET 2) PESQUISA DO TIPO NÃO ACADÊMICA: ☐ Publicação ☐ Outra. Especificar:	
Local da realização da pesquisa no HULW: <u>Governança - SUP - HULW (G.A. GEP - GRS - DIV-CH) - DAF</u>	
Duração da Pesquisa:	Início - <u>01.07.2018</u> Término <u>01.12.18</u>

DADOS DO ORIENTADOR (PESQUISA ACADÊMICA) OU PESQUISADOR RESPONSÁVEL (PESQUISA NÃO ACADÊMICA)	
Nome: <u>EDER DA SILVA DANTAS</u>	CPF: <u>665444314-72</u>
Lotação para Docente (IES/Centro/ Departamento/Curso): <u>DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA - CE/UFPB /MPP6AV</u>	
Lotação para Servidor (Instituição/Setor):	
Linha de pesquisa principal: <u>GESTÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR</u>	
Está vinculado a algum Programa de Pós-Graduação? ☐ Não ☒ Sim. Especificar: <u>MPP6AV/UFPB</u>	
Titulação máxima ☐ Graduado ☐ Especialista ☐ Mestre ☒ Doutor ☐ Pós-doutor	
Regime de trabalho ☐ 20 horas ☐ 40 horas ☒ DE ☐ Outros. Especificar as horas:	
Vínculo com IES (para Docente): ☐ Substituto ☐ Visitante ☐ Auxiliar ☐ Assistente ☒ Adjunto ☐ Associado ☐ Titular	
E-mail: <u>EDERDAV@HOTMAIL.COM</u> Telefones: <u>(83) 98786-0153 / 3034-9823</u>	

DADOS DO ORIENTADOR (PESQUISA ACADÊMICA) OU PESQUISADOR RESPONSÁVEL (PESQUISA NÃO ACADÊMICA) NO ÚLTIMO SEMESTRE		
TIPO DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA		TOTAL
Dissertação de Mestrado (data da defesa)	2000	01
Tese de Doutorado (data da defesa)	2010	01
Artigos Publicados em Periódicos Nacionais		01
Artigos Publicados em Periódicos Internacionais		-
Projetos aprovados no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)		-
Patentes Obtidas		-
Patentes Registradas		-
Capítulos de Livros Publicados		01
Livros Publicados		03

DADOS DA EQUIPE			
ALUNOS DE GRADUAÇÃO			
NOME	CURSO	PERÍODO	ATRIBUIÇÕES NO PROJETO

ALUNOS DE PÓS-GRADUAÇÃO			
NOME	CURSO	NÍVEL	ATRIBUIÇÕES NO PROJETO

OUTROS COMPONENTES	
NOME	ATRIBUIÇÕES NO PROJETO

RESUMO (até 500 caracteres) Deve conter: Introdução (destacar a relevância do estudo – no máximo 3 linhas); Objetivos; Metodologia detalhada (tipo do estudo, participantes, critérios para seleção da amostra, procedimentos para coleta e análise dos dados e observâncias éticas).

Introdução: Este estudo visa analisar a gestão da Ebserh na implementação de um novo modelo de administração mais eficiente no Hospital Universitário Doutor Wanderley.

Objetivo Geral: Avaliar a gestão da Ebserh, no âmbito do HULW e se a mesma atinge patamares de eficiência no serviço público.

Objetivos Específicos: Caracterizar o novo modelo de gestão; Verificar as estratégias utilizadas pela gestão para melhoria no atendimento; Analisar a eficiência da gestão no HULW, a partir da Ebserh.

Metodologia: É um estudo qualitativo, documental, descritivo. O instrumento da pesquisa será a entrevista semi-estruturada. Após a autorização do comitê de ética e uso do TCE. Serão entrevistados: O Superintendente e gestores com mais de 1 ano no cargo e também serão utilizados os relatórios de gestão e o indicador Dea. Para analisar os dados serão usados tabelas e gráficos. Os resultados serão publicados após aprovação da dissertação, em periódicos, eventos científicos e junto a administração da Ebserh, de acordo com resolução nº 466/12 e norma operacional nº 001/2003.

Eder da Silva Dantas

Assinatura do Orientador ou
Pesquisador Responsável
Éder da Silva Dantas
Professor UFPB
Mat. 1493111.

Preenchimento pela Secretaria da GEP:
Protocolo GEP: nº 104 / 2018
Data: 19 / 07 / 18
Aprovação CEP/HULW: nº _____

Solange Fátima Geraldo da Costa

Assinatura e Carimbo da Gerência de Ensino e
Pesquisa - GEP/HULW/Ebserh

Profª Solange Fátima Geraldo da Costa
Chefe do Setor de Gestão e Ensino
EBSERH - HULW

Profª Solange Fátima Geraldo da Costa
Assinatura e Carimbo da Chefe do Setor do HULW
onde o Projeto será executado
Solicita-se que o (a) Chefe do Setor responda às perguntas:
(1) Os procedimentos de coleta de dados acarretarão interferência relevante no atendimento aos pacientes envolvidos na pesquisa?
() Sim () Não
(2) Haverá custos financeiros adicionais para o setor pela realização da pesquisa? () Sim () Não