



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

RENO ALEXANDRE DE SOUSA LISBOA

**O MODELO DE GESTÃO DA EBSERH NO GERENCIAMENTO DOS HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS VINCULADOS À UFPA: UMA ANÁLISE DOS MÚLTIPLOS
VÍNCULOS DOS SEUS TRABALHADORES**

Sousa-PB
2018



RENO ALEXANDRE DE SOUSA LISBOA

**O MODELO DE GESTÃO DA EBSEH NO GERENCIAMENTO DOS HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS VINCULADOS À UFCEG: UMA ANÁLISE DOS MÚLTIPLOS
VÍNCULOS DOS SEUS TRABALHADORES**

Trabalho de Conclusão Final apresentado à Universidade Federal de Campina Grande – UFCEG sob a forma de relatório técnico, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Mestrado Nacional em Administração Pública em Rede Nacional - PROFIAP, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Jacyara Farias Souza Marques

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

L769m Lisboa, Reno Alexandre de Sousa.

O modelo de gestão da EBSEH no gerenciamento dos hospitais universitários vinculados à UFCG: uma análise dos múltiplos vínculos dos seus trabalhadores / Reno Alexandre de Sousa Lisboa - Sousa, 2018.

109f. : il.

Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Jacyara Farias Souza Marques.

Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional - PROFIAP) UFCG/CCJS, 2018.

1. Gestão hospitalar. 2. Hospitais universitários. 3. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. 4. Vínculos trabalhistas. I. Marques, Jacyara Farias Souza. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Ciências Jurídicas e Sociais. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 614.21

RENO ALEXANDRE DE SOUSA LISBOA

**O MODELO DE GESTÃO DA EBSEH NO GERENCIAMENTO DOS HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS VINCULADOS À UFCG: UMA ANÁLISE DOS MÚLTIPLOS
VÍNCULOS DOS SEUS TRABALHADORES**

Trabalho de Conclusão Final apresentado à Universidade Federal de Campina Grande como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional - PROFIAP, para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: ___ / ___ / _____

Banca examinadora:

Dra. Jacyara Farias Souza Marques
Orientadora – PROFIAP UFCG

Dr^a Jônica Marques Coura Aragão
Membro do programa – PROFIAP UFCG

Dr^a Maria Marques Moreira Vieira
Membro externo – UAD/CCJS

RESUMO

Apesar de toda sua relevância nas áreas de assistência à saúde, ensino e pesquisa, os Hospitais Universitários Federais (HUF's) foram gerados e cresceram experimentando problemas de gestão, ocasionados, principalmente, por questões administrativas, de recursos humanos e financiamento, levando-os a uma crise que se tornou evidente a partir da década de 1980. Com o principal objetivo de promover a reestruturação dessas organizações, no ano de 2011 foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), responsável por modernizar a gestão dos hospitais universitários federais e resolver, notadamente, os problemas advindos da precarização e déficit da sua força de trabalho. Diante desse contexto, esta investigação foi desenvolvida com o objetivo de compreender como se dá a gestão dos Hospitais Universitários vinculados à UFCG, que são gerenciados pela EBSERH, em face dos múltiplos vínculos dos seus trabalhadores, tanto nas atividades fins, como nas atividades meio. Para alcançar os objetivos propostos, o método de pesquisa adotado foi o estudo de caso, com enfoque na pesquisa exploratória e descritiva, cujos dados foram levantados através de questionário aplicado junto a todos os ocupantes de cargos em comissão e funções gratificadas dos hospitais pesquisados. Através da pesquisa documental, foi caracterizado o modelo de gestão da EBSERH no gerenciamento dos hospitais sob sua direção, pautado na administração gerencial, com enfoque estratégico, e uma gestão colegiada, horizontalizada, com processos realizados por uma força de trabalho participativa, com seu desenvolvimento através de critérios de competência, sendo também identificado e descrito o organograma da estrutura básica dos hospitais sob a gestão da empresa. A composição da força de trabalho dos HU's estudados foi analisada, evidenciando a existência dos múltiplos vínculos de trabalho em seus quadros funcionais nas atividades meio e finalísticas, tanto antes, quanto após a contratualização com a EBSERH, com forte tendência de serem atenuados com a realização de concurso público para contratação de novos trabalhadores através do regime de emprego público. A partir da pesquisa desenvolvida com todos os ocupantes de cargos em comissão e funções gratificadas, foi realizado um diagnóstico do nível de desenvolvimento da gestão dos hospitais analisados em relação aos critérios de estratégia e planejamento, processos, gestão de pessoas e resultados, apontando, no seu resultado global, um bom nível de gestão para o HUAC e excelente para o HUIB. Com as conclusões emitidas pelo diagnóstico de maturidade da gestão, foi apresentada proposta de intervenção para as unidades pesquisadas, no sentido de analisarem e tratarem os critérios menos pontuados nesta pesquisa quando da elaboração dos seus Planos Diretores Estratégicos – PDE para o biênio 2019/2020, além de realizarem novos diagnósticos organizacionais anualmente. Com os resultados apresentados, espera-se contribuir para que sejam decifradas questões ainda obscuras aos olhos de pesquisadores e gestores dessas organizações, de forma a contribuir para o desenvolvimento do seu modelo de gestão.

Palavras-chave: Gestão hospitalar. Hospitais Universitários. Vínculos Trabalhistas.

ABSTRACT

Despite all their relevance in the areas of health care, teaching and research, Federal University Hospitals (HUF's) were generated and grew experiencing management problems, mainly caused by administrative, human resources and financing issues, leading to a crisis that became evident from the 1980s. With the main objective of promoting the restructuring of these organizations, in 2011 the Brazilian Hospital Services Company (EBSERH) was created, responsible for modernizing the management of federal and state university hospitals. solve, in particular, the problems arising from the precariousness and deficit of its workforce. In view of this context, this research was developed with the objective of understanding how to manage the University Hospitals linked to the UFCG, which are managed by EBSERH, in view of the multiple links of their workers, both in the activities and in the middle activities. In order to reach the proposed objectives, the research method adopted was the case study, with a focus on exploratory and descriptive research, whose data were collected through a questionnaire applied to all occupants of commissioned positions and gratified functions of the hospitals surveyed. Through the documentary research, EBSERH's management model was characterized in the management of the hospitals under its direction, based on management, with a strategic focus, and a collegial, horizontal management, with processes carried out by a participatory workforce, with its development through criteria of competence, and also the organizational chart of the basic structure of the hospitals under the management of the company was also identified and described. The composition of the work force of the studied HUs was analyzed, evidencing the existence of the multiple job links in their functional frameworks in the middle and final activities, both before and after contracting with the EBSERH, with a strong tendency to be attenuated with the realization of public tender for the hiring of new workers through the public employment regime. Based on the research carried out with all the occupants of commissioned positions and gratified functions, a diagnosis was made of the level of development of the hospitals' management in relation to the criteria of strategy and planning, processes, people management and results. its overall result, a good level of management for the HUAC and excellent for the HUJB. With the conclusions of the Management Maturity Diagnosis, a proposal for intervention was presented for the units surveyed, in order to analyze and treat the criteria that were less scored in this research when the Strategic Master Plans - PDE were prepared for the 2019/2020 biennium, in addition to conducting new organizational diagnoses annually. With the results presented, it is hoped to contribute to the deciphering of questions still obscure in the eyes of researchers and managers of these organizations, in order to contribute to the development of their management model.

Keywords: Hospital management. University Hospitals. Labor Links.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CLT	- Consolidação das Leis do Trabalho
CNC	- Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo
CONSAD-	Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração
DASP	- Departamento Administrativo do Serviço Público
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FHC	- Fernando Henrique Cardoso
HIC	- Hospital Infantil de Cajazeiras
HRAC	- Hospital Regional Alcides Carneiro
HU	- Hospital Universitário
HUAC	- Hospital Universitário Alcides Carneiro
HUJB	- Hospital Universitário Júlio Bandeira
IBAM	- Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IEP	- Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês
IFE	- Instituição Federal de Ensino
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IPASE	- Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado
MARE	- Ministério de Administração e Reforma do Estado
MBC	- Movimento Brasil Competitivo
MEC	- Ministério da Educação e Cultura
MP	- Ministério do Planejamento
MPOG	- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	- Ministério da Saúde
PDE	- Plano Diretor Estratégico
PDRAE	- Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
REHUF	- Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RPA	- Recibo de Pagamento de Autônomo
SAE/PR	- Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República
SSPE	- Solicitação de Serviço de Pessoa Externa
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCU	- Tribunal de Contas da União
TCF	- Trabalho de Conclusão Final
UFMG	- Universidade Federal de Campina Grande
UFPB	- Universidade Federal da Paraíba

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS NO BRASIL	45
FIGURA 2 – LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO HUJB E HUAC.....	46
FIGURA 3- LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DOS CAMPI DA UFCG NO ESTADO DA PARAÍBA.....	48
FIGURA 4 – HOSPITAL REGIONAL ALCIDES CARNEIRO.....	49
FIGURA 5 – FAIXADA ATUAL DO HUAC	50
FIGURA 6 – FAIXADA DO HOSPITAL INFANTIL DE CAJAZEIRAS (HIC).....	51
FIGURA 7– FAIXADA DO INSTITUTO MATERNO INFANTIL DR. JÚLIO MARIA BANDEIRA DE MELLO (IJB).....	52
FIGURA 8 - FAIXADA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MARIA BANDEIRA DE MELLO (HUJB)	53
FIGURA 9 – MODELO GENÉRICO DE ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	55

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – EVOLUÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO DO HUAC – MAR/2015 A DEZ/2017	67
GRÁFICO 2 – EVOLUÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO DO HUJB – MAR/2015 A DEZ/2017.....	70
GRÁFICO 3 – ÍNDICE DE MATURIDADE GLOBAL DA GESTÃO DO HUAC	78
GRÁFICO 4 – ÍNDICE DE MATURIDADE GLOBAL DA GESTÃO DO HUJB	85

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- SETORES DO ESTADO, COM SUAS FORMAS DE ADMINISTRAÇÃO	24
QUADRO 2 - PROCESSO HISTÓRICO DE ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE.....	26
QUADRO 3 - MUDANÇAS NA GESTÃO DE PESSOAS DECORRENTES DA PRÁTICA DA REENGENHARIA	39
QUADRO 4 – ESTRUTURA BÁSICA DE UM HOSPITAL.....	56
QUADRO 5 – ESTRUTURA PARA HOSPITAL DE GRANDE PORTE – GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	57
QUADRO 6 - ESTRUTURA PARA HOSPITAL DE GRANDE PORTE – GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA	57
QUADRO 7 - ESTRUTURA PARA HOSPITAL DE GRANDE PORTE – GERÊNCIA ADMINISTRATIVA	58
QUADRO 8 – ESTRUTURA PARA HOSPITAL DE MÉDIO PORTE - GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	58
QUADRO 9 - ESTRUTURA PARA HOSPITAL DE MÉDIO PORTE - GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA	59
QUADRO 10 - ESTRUTURA PARA HOSPITAL DE MÉDIO PORTE - GERÊNCIA ADMINISTRATIVA.....	59
QUADRO 11 – ESTRUTURA PARA HOSPITAL DE PEQUENO PORTE – GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	60
QUADRO 12 – ESTRUTURA PARA HOSPITAL DE PEQUENO PORTE – GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA.....	60
QUADRO 13 – ESTRUTURA PARA HOSPITAL DE PEQUENO PORTE – GERÊNCIA ADMINISTRATIVA .	61
QUADRO 14 – ESTRUTURA PARA HU ESPECIALIZADO E MATERNIDADE – GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	61
QUADRO 15 – ESTRUTURA PARA HU ESPECIALIZADO E MATERNIDADE – GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA.....	62
QUADRO 16 – ESTRUTURA PARA HU ESPECIALIZADO E MATERNIDADE – GERÊNCIA ADMINISTRATIVA	62

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CARGOS COMISSONADOS E FUNÇÕES GRATIFICADAS, SEGUNDO O PORTE DO HOSPITAL.....	63
TABELA 2 – FORÇA DE TRABALHO DO HUAC EM MARÇO/2015.....	65
TABELA 3 – DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO IDEAL PARA O HUAC.....	66
TABELA 4 – FORÇA DE TRABALHO DO HUAC EM DEZEMBRO/2017.....	67
TABELA 5 – FORÇA DE TRABALHO DO HUJB ANTES DA CONTRATUALIZAÇÃO.....	68
TABELA 6 – DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO IDEAL PARA O HUAC.....	69
TABELA 7 – FORÇA DE TRABALHO DO HUAC EM DEZEMBRO/2017.....	70
TABELA 8 – PERFIL DOS RESPONDENTES DO HUAC.....	72
TABELA 9– ANÁLISE DA MATURIDADE DA GESTÃO DO HUAC NO CRITÉRIO ESTRATÉGIA E PLANEJAMENTO.....	74
TABELA 10 – ANÁLISE DA MATURIDADE DA GESTÃO DO HUAC NO SEGUNDO CRITÉRIO (PROCESSOS).....	75
TABELA 11 – ANÁLISE DA MATURIDADE DA GESTÃO DO HUAC COM RELAÇÃO À GESTÃO DE PESSOAS.....	76
TABELA 12 – ANÁLISE DA MATURIDADE DA GESTÃO DO HUAC COM RELAÇÃO AOS RESULTADOS.....	77
TABELA 13 – ÍNDICE DE MATURIDADE GLOBAL DA GESTÃO DO HUAC.....	77
TABELA 14 – PERFIL DOS RESPONDENTES DO HUJB.....	79
TABELA 15 – ANÁLISE DA MATURIDADE DA GESTÃO DO HUJB NO CRITÉRIO ESTRATÉGIA E PLANEJAMENTO.....	81
TABELA 16 – ANÁLISE DA MATURIDADE DA GESTÃO DO HUAC NO SEGUNDO CRITÉRIO (PROCESSOS).....	82
TABELA 17 – ANÁLISE DA MATURIDADE DA GESTÃO DO HUJB COM RELAÇÃO À GESTÃO DE PESSOAS.....	83
TABELA 18– ANÁLISE DA MATURIDADE DA GESTÃO DO HUJB COM RELAÇÃO AOS RESULTADOS.....	84
TABELA 19 – ÍNDICE DE MATURIDADE GLOBAL DA GESTÃO DO HUJB.....	84

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	JUSTIFICATIVA	15
1.2	OBJETIVOS.....	17
1.2.1	Objetivo Geral	17
1.2.2	Objetivos Específicos	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1	BREVE HISTÓRICO DAS ORIGENS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA.....	18
2.2	REFORMA DO APARELHO DO ESTADO BRASILEIRO: DO PATRIMONIALISMO AO GERENCIALISMO.....	20
2.3	MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: REHUF E EBSEH.....	25
2.4	MODELOS DE GESTÃO DE PESSOAS.....	33
2.4.1	Modelo de gestão de pessoas com enfoque na administração de pessoal	34
2.4.2	Modelo de gestão de pessoas com foco no comportamento humano	35
2.4.3	Modelo de gestão de pessoas com base na gestão estratégica.....	36
2.4.4	Modelo de gestão de pessoas articulado por competências.....	38
2.5	DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL.....	39
3	METODOLOGIA.....	42
3.1	MÉTODO	42
3.2	TIPO DE PESQUISA	42
3.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	43
3.4	LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO	44
3.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	46
4	DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL.....	47
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA UFCG	47
4.1.1	Contratualização com a EBSEH	48
4.2	CARACTERIZAÇÃO DO HUAC	49
4.3	CARACTERIZAÇÃO DO HUJB.....	50
4.4	RESULTADOS DA PESQUISA E DISCUSSÕES.....	53
4.4.1	O modelo de gestão da EBSEH	54

4.4.2	Composição da força de trabalhos dos HU's pesquisados	65
4.4.3	Análise do nível de desenvolvimento da gestão dos hospitais pesquisados	70
4.4.4	Proposta de intervenção	85
4.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
	REFERÊNCIAS	89
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	95
	APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES	102
	APÊNDICE C – TERMO DE ANUÊNCIA DO HUIB	103
	APÊNDICE D – TERMO DE ANUÊNCIA DO HUAC.....	104
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO- (TCLE)	105
	APÊNDICE F – TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	107
	APÊNDICE G –CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	108
	APÊNDICE H – ORÇAMENTO	109

1 INTRODUÇÃO

As organizações hospitalares apresentam uma significativa relevância e singularidade em relação às demais, tanto por suas atividades estarem relacionadas diretamente à preservação da vida, quanto pela complexidade de sua estrutura institucional, seja no aspecto físico de suas instalações, ou humano de sua força de trabalho. Assim, quando visto pelo prisma de suas instalações, o hospital revela uma composição *sui generis*, por manter, numa única organização, setores variados, como o de hotelaria, compras, administração hospitalar e financeira, gestão clínica, gestão de obras e engenharia, etc. Por outro lado, a excentricidade dessas organizações aflora de forma ainda mais acentuada quando da análise dos seus recursos humanos, no qual se tem a presença de uma força de trabalho altamente diversificada e especializada, composta por profissionais ligados às suas áreas finalísticas e não finalísticas.

No âmbito dos Hospitais Universitários (HU's) essa complexidade se eleva, tendo em vista agregarem as atividades assistenciais com o ensino e a pesquisa, surgindo no meio organizacional outros atores, advindos do campo acadêmico. Esse emaranhado de relações humanas gera, inevitavelmente, tensões no meio organizacional, levando Salu (2013, p. 1) a classificar o hospital como um “[...] centro de conflitos de interesses de profissionais assistenciais de formações diversas [...]”.

Entretanto, a complexidade do fluxo humano na organização hospitalar sofre, ainda, um brutal agravamento a partir do momento em que se constata a existência de múltiplos vínculos de trabalho na instituição, podendo ocasionar, segundo Sodré *et al* (2013, p. 367), “[...] a ineficiência dos serviços, a consequente precariedade da instituição e a fomentação de impasses entre os próprios trabalhadores diante dos diferentes salários, benefícios e carga horária, conforme o vínculo.”.

De acordo com o Relatório do REHUF (BRASIL, 2009b), havia no ano de 2008, trabalhando nos HU's, pessoas contratadas sob diferentes regimes jurídicos, que incluem: (i) servidores públicos federais do Regime Jurídico Único; (ii) assalariados com vínculo pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), contratados pelas fundações de apoio às universidades; (iii) trabalhadores de empresas terceirizadas; e (iv) trabalhadores com vínculo precário, pagos por RPA (Recibo de Pagamento de Autônomo) e SSPE (Solicitação de Serviço de Pessoa Externa).

Atualmente, apesar das ações desenvolvidas pelo Governo Federal para reestruturação dos Hospitais Universitários, ainda persistem inúmeras situações de multiplicidade de vínculos trabalhistas nessas organizações, fazendo-se necessário um estudo aprofundado

dessa problemática, de forma a se desenvolver estratégias e políticas de gestão centralizadas na resolução de seus desafios.

Diante do atual contexto de reestruturação dos hospitais universitários, vivenciado com a nova política de gestão apresentada pelo governo federal brasileiro através da criação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a investigação científica aqui proposta apresenta como problemática a seguinte indagação: **Como se dá a gestão dos Hospitais Universitários vinculados à UFCG gerenciados pela EBSERH, em face dos múltiplos vínculos dos seus trabalhadores, tanto nas atividades fins, como nas atividades meio?**

Com vistas ao seu desenvolvimento, a pesquisa é estruturada em cinco capítulos. O primeiro traz a introdução, no qual são abordados aspectos gerais sobre do estudo, como sua justificativa e objetivos. O segundo apresenta o referencial teórico, visando um aprofundamento do tema, com a revisão da literatura correlata e está estruturado em quatro partes: (i) explanação sumária sobre a genealogia da administração pública brasileira; (ii) relato histórico da reforma do aparelho estatal, desde o patrimonialismo ao gerencialismo; (iii) processo de modernização dos hospitais universitários federais, tendo seu ápice no surgimento do REHUF e na criação da EBSERH; (iv) resgate conceitual e histórico dos modelos de gestão de pessoas adotados nas organizações; (v) diagnóstico organizacional.

O terceiro capítulo apresenta o método desenvolvido na pesquisa, tais como a teoria empregada e a técnica aplicada para o alcance dos objetivos traçados. E no quarto capítulo apresenta-se o diagnóstico organizacional, com os resultados e discussões da pesquisa.

1.1 JUSTIFICATIVA

Dentre as instituições que atuam na seara da saúde pública brasileira, os hospitais universitários federais ocupam um lugar de destaque perante a Administração e a sociedade, por agregarem três relevantes funções sociais, que são a assistência à saúde, o ensino e a pesquisa, e manter uma posição de vanguarda em termos estruturais, com uma grande quantidade e diversidade de profissionais e usuários e uma rede de atendimento em todos os estados da federação, além de disporem de insumos e equipamentos médico-hospitalares que lhes permitem realizar procedimentos de alta complexidade, com padrão de excelência na formação e educação permanente dos profissionais da área da saúde.

Apesar de sua relevância, essas organizações vinham passando por sérias dificuldades em sua gestão e financiamento, que começaram a ser superadas através de ações

governamentais desenvolvidas a partir ano de 2003, culminando na criação do REHUF, no ano de 2010, e da EBSEH, em 2011, com o propósito primordial de combater os problemas de ordem financeira, estrutural e de gestão, dando aos HUF's condições materiais e institucionais para desempenharem sua missão.

Entretanto, no que pese todo o processo de reestruturação por que já têm passado os HUF's, a variedade de vínculos trabalhistas ainda existentes nessas organizações enseja vários questionamentos acerca de suas contribuições e interferências no desenvolvimento do novo modelo de gestão proposto pelas medidas de reestruturação. Como bem constata Araújo e Leta (2014), “[...] muito embora sejam importantes atores do sistema de saúde, os HU's brasileiros têm sido pouco investigados empiricamente, especialmente quanto a sua estruturação e funcionamento.”

Ao escrever sobre o processo de trabalho dos gestores de um HUF, Littik et al (2015, p. 3.052) enfatizam que “[...]o processo de trabalho adquire contornos peculiares e a ação do trabalhador demonstra como será realizada a transformação do objeto de trabalho.”

Neste sentido, o estudo dos múltiplos vínculos da força de trabalho hoje existente nos HUF's se apresenta de extrema relevância para que sejam decifradas questões ainda obscuras aos olhos de pesquisadores e gestores dessas organizações, de forma a contribuir para o desenvolvimento do seu modelo de gestão.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Compreender como se dá a gestão dos Hospitais Universitários vinculados à UFCG gerenciados pela EBSEERH, em face dos múltiplos vínculos laborais dos seus trabalhadores, tanto nas atividades fins, como nas atividades meio.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o modelo de gestão adotado pela EBSEERH no gerenciamento dos HU's vinculados à UFCG;
- Conhecer os tipos de vínculos trabalhistas presentes nos HU's estudados;
- Diagnosticar o nível de desenvolvimento da gestão dos hospitais pesquisados em relação aos critérios de estratégia e planejamento, processos, gestão de pessoas e resultados;
- Formular proposta para melhoria da aderência ao modelo de gestão adotado pela EBSEERH.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 BREVE HISTÓRICO DAS ORIGENS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA

Às vezes não se percebe, mas administrar é uma ação presente no dia a dia de todo ser humano, seja em casa, no trabalho ou no lazer. Tem-se necessidade de administrar o orçamento doméstico, as atividades profissionais, o tempo para o estudo e para o divertimento, para a família, para os amigos, enfim, gerenciar o tempo e as demandas de uma vida em sociedade.

Em uma de suas acepções, a palavra administração pode ser entendida como a forma de se governar, reger, gerir negócios públicos ou particulares, de acordo com Houaiss (2001). Di Pietro (2014) esclarece que o vocábulo contempla desde atividades de liderança ou chefia, como planejar, coordenar e comandar, até as atividades próprias dos subordinados, como executar ou cumprir atribuições e determinações.

No âmbito organizacional privado, Lacombe (2009, p. 3) conceitua a atividade administrativa como o ato de “[...] obter resultados por meio de pessoas, ou seja, é o ato de trabalhar com pessoas para realizar os objetivos da organização e de seus membros”.

Assim, os preceitos da Administração permeiam não só as relações pessoais, mas, principalmente, a atividade organizacional, que deles dependem, de forma direta, para o seu sucesso ou, até mesmo, para sua subsistência, o que foi evidenciado a partir da Revolução Industrial, quando essa área do conhecimento foi alçada ao patamar de ciência.

Ao tratar da relevância da administração no campo científico, Chiavenato (2008) destaca que o desenvolvimento das demais ciências passa, necessariamente, pela administração, não havendo qualquer absurdo em se dizer que ela caminha para se tornar a ciência das ciências.

Da Administração, como ciência, derivam dois importantes ramos, que a classificam como pública ou privada, distinguindo-se pelos meios e fins de suas atividades. A Administração Pública funciona, primordialmente, com base na legalidade, estando sempre de acordo com aquilo que lhe é permitido realizar em suas atividades para benefício da coletividade onde se encontra. Por outro lado, Administração Privada tem por escopo satisfazer fins pessoais ou particulares, sejam lucrativos ou não econômicos e até puramente filantrópicos, mas sempre particulares, sem uma necessária correspondência ao interesse geral da coletividade.

Como ramo da Administração, a Administração Pública surge como instrumento de estruturação do Estado, para planejar, dirigir e controlar todas as ações voltadas à gestão administrativa. Para Blanchet (2012), a Administração Pública pode ser vista tanto pelo aspecto formal, compreendendo a estrutura de órgãos que a compõem, quanto material, quando diz respeito à própria atividade administrativa.

No Brasil, o surgimento da Administração Pública se deu a partir do período colonial, com a instalação da família real portuguesa no país. “[...] O fato é que a transferência da corte e, mais tarde, a elevação do Brasil a parte integrante do Reino Unido de Portugal constituíram as bases do Estado nacional [...]” (COSTA, 2008, p. 836).

Tomando por exemplo esse início de gestão, em que se verificam traços administrativos herdados das circunstâncias em que se deu a transição do governo português, ao longo da história da Administração Pública brasileira o país irá desenvolver modelos de gestão moldados pela conjuntura política, econômica e histórica de sua época. Na ótica de Drumond et al (2014) pode-se identificar o modelo patrimonialista no período entre 1500 a 1930; o burocrático, de 1930 a 1990; o gerencialista, a partir da década de 1990; e o societal, a partir do ano 2000, porém, sem que nenhum substitua integralmente o antecessor, de forma a se verificar traços de todos eles na atual gestão pública brasileira.

Os anais da gestão pública brasileira têm mostrado que os acontecimentos econômicos, políticos e sociais trazem inquestionável repercussão no modelo organizacional burocrático do Estado. Hodiernamente, ao lado de todo um cenário de instabilidade das instituições governamentais, a gestão pública brasileira passa por uma fase de transição e adequação às exigências, tanto das leis de responsabilidade político-administrativa, quanto das aspirações dos cidadãos por uma administração mais comprometida com a sua real finalidade, que é o bem-estar comum.

Desde a crise experimentada pela economia mundial em 2008, ao lado das medidas para combater seus efeitos no sistema financeiro e tributário, o Brasil elaborou, no ano de 2009, uma Agenda Nacional de Gestão Pública¹, visando, principalmente, uma melhor organização burocrática estatal, mais eficiente e gerencial.

¹ A agenda partiu dos esforços da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE/PR), em promover um debate para a modernização da gestão pública, diante de sua importância para a superação dos desafios nacionais.

A partir da contribuição de especialistas, instituições legitimadas², atores governamentais e da sociedade, a agenda foi estruturada em seis eixos temáticos: (i) Burocracia Profissional e Meritocrática; (ii) Qualidade da Política Pública; (iii) Pluralismo Institucional; (iv) Repactuação Federativa nas Políticas Públicas; (v) O papel dos órgãos de controle; e (vi) Governança, de onde foram extraídos os principais problemas, soluções e desafios a serem enfrentados para a otimização da gestão (BRASIL, 2009a).

Tal documento assinala que vários fatores, como resistências ideológicas, corporativismo e a rigidez da estrutura legal, dificultam a efetiva modernização da Administração Pública, sendo estes uns dos maiores desafios do governo atual, e dos futuros, para consolidação de uma administração firmada sobre os pilares da profissionalização, eficiência, efetividade e transparência.

2.2 REFORMA DO APARELHO DO ESTADO BRASILEIRO: DO PATRIMONIALISMO AO GERENCIALISMO.

As reformas da máquina administrativa, que foram e que vêm sendo operadas no Brasil e no mundo, buscam estabelecer instrumentos para um melhor rendimento dos organismos públicos, com vistas à obtenção de resultados eficientes, tendentes a satisfazer os anseios de sua clientela, que são os cidadãos, em face das necessidades de integrantes da sociedade.

Como bem destaca Bresser-Pereira (1998), a gestão pública brasileira já atravessou três grandes reformas, quais sejam: (i) a primeira no ano de 1936, conhecida como Reforma Burocrática, tomando por paradigma o modelo Weberiano; (ii) a segunda, no ano de 1967, traduzida pelo Decreto-Lei nº. 200; (iii) e a terceira, iniciada em 1995, no governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso.

De início, a Administração Pública brasileira foi caracterizada como patrimonialista, pois não havia a distinção entre o que era público e o que era privado, não havia a institucionalização de práticas de gestão adequadas e toda a ação estatal era uma ação do particular que a praticava. Esse período foi marcado por inúmeros desacertos, consequência das circunstâncias de sua implantação, destacando-se a centralização, a não diferenciação de funções, o mimetismo, o excesso de normas, o formalismo e a morosidade, havendo uma

2 A exemplo do Ministério do Planejamento (MP), Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM), Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração (CONSAD), Movimento Brasil Competitivo (MBC), dentre outros.

racionalização da administração apenas a partir de 1750, com o governo do Marquês de Pombal (COSTA, 2008).

A partir dessa época, na qual não se percebia uma clara separação das funções administrativas, judicial e militar do Estado, o país começou um processo lento e gradual de mudança, do então modelo patrimonialista para o burocrático, que encontrou seu ápice na chamada “Era Vargas”, quando a alta burocracia pública profissional passa a integrar a gestão brasileira, liderando o desenvolvimento industrial e econômico, sendo responsável por, posteriormente, promover a reforma do aparelho do Estado (BRESSER PEREIRA, 2007).

Ao destacar a importância do primeiro governo de Getúlio Vargas para a gestão brasileira, Costa (2008, p. 869) salienta que ele “[...] realizou o primeiro esforço deliberado, sistemático e continuado de modernização administrativa”.

O modelo burocrático adotado no Brasil, durante os anos de 1930 até a década de 1990, teve como paradigma nos estudos de Max Weber, sob o princípio de que as organizações podem tornar-se mais eficientes a partir da adoção de normas bem definidas. Este modelo apresenta características antagônicas ao patrimonialismo, destacando-se a impessoalidade na estrutura de autoridade, cargos com hierarquia bem definida, estabelecimento claro de competência e atribuições dos cargos, preenchimento do cargo com base em qualificação técnica, compatibilidade entre a remuneração e a hierarquia do cargo ocupado, sendo este a única ocupação do burocrata, promoção meritocrática, segregação entre o patrimônio pessoal do burocrata e o bem público e controle sistemático do cargo (DRUMOND et al, 2014).

Como órgão gerenciador e implementador da burocracia, foi criado o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), a quem foi atribuída a responsabilidade de definir e executar a política de pessoal civil de modo meritocrático e racionalizar a gestão de processos do serviço público.

Nesses primeiros ensaios da gestão burocrática, foram definidas como principais medidas administrativas a fixação de mecanismos de controle da crise econômica de 1929, para socorrer a indústria nacional, e a racionalização burocrática do serviço público, através de padrões, normas e controle, notadamente na gestão de pessoas, de material e de finanças.

Na lição de Costa (2008), tal reforma tinha em seu escopo a introdução, na gestão, das características fundamentais da burocracia, quais sejam: hierarquia, meritocracia, centralização, impessoalidade e a segregação do público e o privado³.

³ Diante do crescimento de sua estrutura organizacional, a Administração Pública brasileira padecia com a ineficiência provocada pelos resquícios do patrimonialismo, o que, paulatinamente, foi sendo superado pela

Em linhas gerais, essas medidas traziam o principal objetivo de suprimir o caráter patrimonialista que até então prevalecia na administração do país, com práticas de corrupção, nepotismo e arbitrariedade nas ações públicas.

Entretanto, as inúmeras agências e empresas estatais que foram criadas para dar suporte ao modelo burocrático, como o DASP, passaram a ser vistos como organizações gigantes, morosas, ineficientes e metódicas, obstruindo o estabelecimento da eficiência almejada por este modelo, o que causou sua derrocada.

Não obstante os desacertos na implantação da burocracia brasileira, inegáveis foram os avanços obtidos no combate ao patrimonialismo, a exemplo da explícita separação das esferas pública e privada, e prevalência da meritocracia sobre o clientelismo (PRATES, 2007).

No ano de 1967, através do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro, foi alavancada uma nova tentativa de reforma na gestão estatal, desta feita, de cunho gerencial, objetivando um maior rendimento e produtividade da administração federal. A norma editada estabeleceu os preceitos voltados para a descentralização, planejamento, coordenação, controle e delegação de competência na administração pública brasileira.

Sob a ótica gerencial, a reforma do Estado pode ser vista como uma alteração nas prerrogativas do Estado, que deixa de ser o provedor de bens e serviços e passa a assumir a posição de coordenador e regulador do desenvolvimento. Para Bresser Pereira (1998, p. 11), “A reforma iniciada pelo Decreto-Lei 200 foi uma tentativa de superação da rigidez burocrática, podendo ser considerada como um primeiro momento da administração gerencial no Brasil.”

Nesse período, foram introduzidas fortes mudanças para o desenvolvimento da gestão pública brasileira, principalmente com a criação de instituições descentralizadas da administração direta e a substituição do regime estatutário pelo celetista para regulamentação da carreira funcional.

Porém, o Decreto-Lei Nº 200/1967 produziu alguns efeitos colaterais às reformas, que levaram ao seu fracasso: houve o reavivamento de práticas patrimonialistas e fisiológicas, decorrente do acesso a cargos públicos sem concurso, como também a degradação da gestão de pessoal na administração direta, que passou a ser vista como rígida, em virtude da falta de concursos públicos e ausência de um plano para as carreiras exclusivas de Estado (BRESSER-PRERIA, 1998).

Somente a partir de 1995, com o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), o modelo gerencial foi efetivamente aplicado na gestão brasileira, através da reforma idealizada pelo professor Luiz Carlos Bresser Pereira. Como prelecionam Baracho e Souza (2011), tal reforma pretendia desburocratizar o aparelho estatal brasileiro, dando-lhe novo vigor e celeridade, para elevar a realidade nacional aos padrões impostos pela globalização. As autoras destacam como principais pilastras reformistas, a introdução do princípio da eficiência como um dos norteadores da Administração Pública, o investimento nas atividades típicas de Estado e terceirização dos serviços auxiliares, além da dinamização da máquina burocrática do Estado.

Para Abrucio (2007), Bresser foi pioneiro em perceber que as mudanças ocorridas na administração pública mundial eram necessárias ao Brasil, porém nem sempre soube adequar politicamente tais transformações ao cenário brasileiro. Nessa ótica, Drumond et al (2014, p. 7) asseveram que “[...] as bases deste modelo consistem no pensamento neoliberal, pelo qual a amplitude e o papel do Estado diante da economia devem ser repensados.”

Para Bresser-Pereira (1998), essa reforma, não só no Brasil, mas em todo mundo, surge como uma reação à crise estatal e ao processo de globalização em curso, que castrava a liberdade dos estados de traçar e aplicar políticas.

O governo de FHC projetou a gestão pública do país sob os pilares da administração gerencial, sendo sua proposta esmiuçada através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), que procurou criar condições para a reconstrução da administração pública em bases modernas e racionais. Para tanto, foi criado o Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE), conduzido por Bresser Pereira, sendo responsável pelas transformações no Estado brasileiro.

Como demonstra o Quadro 1, para a implantação do novo modelo administrativo, o PDRAE delineou para as atividades do núcleo estratégico (em que são necessárias segurança e efetividade) uma gestão híbrida, pautada sobre os princípios gerenciais e burocráticos, e, para os demais setores, uma administração pública gerencial, que tem a eficiência como requisito primordial.

Quadro 1- Setores do Estado, com suas formas de administração

	FORMA DE ADMINISTRAÇÃO	
	BUROCRÁTICA	GERENCIAL
NÚCLEO ESTRATÉGICO Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público.	○	
ATIVIDADES EXCLUSIVAS Regulamentação, Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica.		○
SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus.		○
PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas Estatais.		○

Fonte: PDRAE (BRASIL, 1995), com adaptações do autor

Dentre as principais medidas para alicerçar o novo modelo de gestão, o PDRAE prevê a renovação da política de recursos humanos, orientada pela profissionalização e valorização do servidor público, visando o aprimoramento na prestação dos serviços públicos (BRASIL, 1995). De acordo com o Plano Diretor, a legislação brasileira padecia de uma política de recursos humanos coerente com as necessidades do aparelho do Estado.

A administração gerencial manteve alguns traços da burocracia, que não lhe eram contrários, como o formalismo dos atos de gestão, a garantia da universalidade para acesso à carreira pública e o desenvolvimento funcional pela meritocracia, aperfeiçoando o modelo burocrático através da flexibilização e autonomia concedidas à gestão no trato dos recursos sob sua responsabilidade (BRESSER-PEREIRA, 1998).

No entanto, a execução do Plano Diretor não encontrou terreno fértil no espaço político e administrativo para sua concretização. Abrucio (2007) aponta como óbices ao desenvolvimento do plano diretor os resquícios negativos da administração do presidente Collor, a resistência oposta à reforma Bresser pela própria área econômica do governo e a indiferença do alto escalão do serviço público federal ao modelo de gestão proposto.

Essa última oposição pode ser compreendida pelo fato da gestão pública brasileira manter, de certa forma, modelos de administração miscigenados, que trazem traços fortes dos sistemas já praticados. Assim, pode-se constatar que não há uma substituição total dos novos modelos sobre os anteriores, podendo ser encontradas características dos antigos modelos nos seus sucessores.

Para Prates (2007), esse hibridismo se faz presente na gestão pública brasileira, em maior ou menor grau, de acordo com a esfera e o nível de poder da administração. Em um

passado bem recente, a partir do primeiro governo petista, o Brasil iniciou a sedimentação de um novo modelo de gestão, baseado na participação social e nos conceitos de governança e transparência pública (Drumond *et al*, 2014), a chamada administração societal, e destaca que essa forma de administração não chegou a ser vivida efetivamente na gestão brasileira, apresentando-se apenas como um conceito em construção.

Diante da atual conjuntura da gestão, agravada pelas crises econômica e política que assolam a Nação, cumpre reservar à história o desvelo dos futuros capítulos do desenvolvimento da administração pública brasileira.

Entretantes, adotando os ensinamentos de Abrucio (2007), a definição de uma agenda de reformas deve ser pautada pelas metas de profissionalização, eficiência, efetividade e transparência/*accountability*⁴, hoje tidas como fatores centrais para a modernização do Estado brasileiro.

2.3 MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: REHUF E EBSEH.

Assim como a administração pública, a saúde no Brasil tem galgado patamares cada vez mais altos em busca da modernização no gerenciamento de suas atividades, de forma a obter uma melhor qualidade da assistência prestada aos seus usuários.

As primeiras ações organizadas de assistência à saúde para o povo brasileiro foram identificadas já no colonialismo, através da caridade religiosa, quando os necessitados de atendimento eram socorridos por médicos e instituições filantrópicas da época. Concomitantemente, o Estado realizava apenas intervenções pontuais, diante de epidemias, ações de vacinação e/ou saneamento básico, como bem preleciona Carvalho (2013).

A partir de então, a saúde brasileira começa sua luta por melhorias, sendo nitidamente afetada pelas transformações políticas, econômicas, demográficas e sociais do Estado, como bem sintetiza a tabela apresentada no Quadro 2.

⁴ De origem inglesa, o termo pode ser entendido, na seara governamental, como sendo a obrigação do agente, ou servidor público, de prestar contas de sua atuação, seja à Administração Pública ou à própria sociedade, sendo que, a efetividade do exercício da *accountability*, segundo Campos (1990), depende do grau de amadurecimento da relação entre governo e cidadãos/burocracia e clientela.

Quadro 2 - Processo histórico de organização da saúde no Brasil

Época	Contexto macroeconômico e socioeconômico	Cenário político	Sistema de saúde
Colonialismo português (1500-1822)	Exploração de matérias-primas e monopólio comercial por Portugal.	Controle político e cultural de Portugal.	-Criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia na Bahia, Rio de Janeiro, Santos, São Paulo, Belém e Olinda; -Organização sanitária incipiente;
Império (1822-89)	Abertura dos portos (1808), surgimento do capitalismo moderno e início da industrialização.	Centralismo político e sistema de coronelismo, que dava aos grandes proprietários de terra o controle político de províncias e localidades.	-Estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária; -Administração da saúde centrada nos municípios; -Criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850);
República Velha (1889-1930)	Economia agroexportadora (capital comercial), crise do café e insalubridade nos portos.	Estado liberal-oligárquico, revoltas militares e emergência das questões sociais.	-Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897); -Reformas das competências da DGSP (Oswaldo Cruz; 1907); -Caixas de Aposentadoria e Pensão (Lei Eloy Chaves; 1923); -Inauguração do 1º hospital-escola (Hospital São Vicente de Paulo), em Belo Horizonte-MG; -Incipiente assistência à saúde pela previdência social; -Dicotomia entre saúde pública e previdência social;
Ditadura Vargas (1930-45)	Industrialização, com manutenção da estrutura agrária.	“Estado Novo” - Estado autoritário entre 1937 e 1938 identificado com o nazifascismo.	-Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública; -Previdência social e saúde ocupacional institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio; -Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose; -Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933-38);
Instabilidade democrática (1945-64)	-Substituição de importações, rápida urbanização, migrações, advento da indústria automobilística, penetração do capital internacional.	Governos liberais e populistas.	-Criação do Ministério da Saúde (1953) -Unificação, por leis, dos direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960); -Expansão da assistência hospitalar; -Surgimento de empresas de saúde;
Ditadura militar (1964-85)	-Internacionalização da economia; -Milagre econômico (1968-73); -Final do milagre econômico; -Penetração do capitalismo no campo e nos serviços.	-Golpe militar, ditadura (1964); -Reforma administrativa (1966); -Crise política (eleições de 1974);	Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966); -Capitalização da medicina pela previdência social; -Crise do sistema de saúde; -Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes; -Crise na previdência social; -Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977); -Centralização do sistema de saúde,

<p>Transição democrática (1985–88)</p>	<p>Fim da recessão, reconhecimento da dívida social e planos de estabilização econômica.</p>	<p>-Início da “Nova República” (1985); -Saúde incluída na agenda política; -8ª Conferência Nacional de Saúde; -Ampliação do Movimento de Reforma Sanitária; -Assembleia Nacional Constituinte; -Nova Constituição (1988);</p>	<p>fragmentação institucional, beneficiando o setor privado; -INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura; -INAMPS continua a financiar estados e municípios; -Expansão das AIS; -Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS (1987); -Contenção das políticas privatizantes; -Novos canais de participação popular;</p>
<p>Democracia (1988-2010)</p>	<p>-Crise econômica (hiperinflação); -Ajuste macroeconômico (Plano Real; 1994); -Estabilidade econômica, recuperação dos níveis de renda, movimento cíclico (altos e baixos), persistência das desigualdades, continuidade da política monetarista.</p>	<p>-Presidente Fernando Collor de Mello eleito e submetido a <i>impeachment</i>; -Restante do mandato presidencial (1993-94) exercido pelo Vice-Presidente Itamar Franco; -Governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) — Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB); -Reforma do Estado (1995); -Governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-06 e 2007-10) — Partido dos Trabalhadores;</p>	<p>-Criação do SUS; -Descentralização do sistema de saúde; 9ª Conferência Nacional de Saúde: -Extinção do INAMPS (1993); -Criação do Programa de Saúde da Família (1994); -Crise de financiamento e criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (1996); -Tratamento gratuito para HIV/AIDS pelo SUS; -Financiamento via Piso da Atenção Básica (1998); -10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde -Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde (regionalização) -Regulamentação dos planos de saúde privados; -Criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999); -Criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000); -Criada a lei dos medicamentos genéricos; -Lei Arouca - institui a saúde do indígena como parte do SUS; -Emenda Constitucional 29 - estabilidade de financiamento do SUS - definiu as responsabilidades da União, estados e municípios (2000) -Aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001) -Expansão e consolidação do PHC -Criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (2003) -Estabelecido o Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006) -Política Nacional de Atenção Básica (2006) -Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) -12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde -Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e Política Nacional de Saúde Bucal (<i>Brasil Sorridente</i>; 2006) -Unidades de Pronto-Atendimento (UPA</p>

			24h); -Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF (2008).
--	--	--	---

Fonte: PAIM et al (2012), com adaptações do autor

Os momentos históricos acima relacionados mostram todo o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, desde a era colonial até os tempos democráticos atuais, de onde se observa épocas de dificuldade e de progresso, como foi a criação dos primeiros hospitais no Brasil, iniciando com a abertura da Santa Casa de Misericórdia em Salvador (capital do país à época), no Estado da Bahia, no ano de 1540 (ARAÚJO; LETA, 2014).

A partir de sua institucionalização, os hospitais passaram por um forte processo de mudança, principalmente diante da evolução da medicina, deixando de serem vistos como uma simples instituição filantrópica, ou estatal, destinada ao abrigo de doentes, para alçar o *status* de uma organização complexa, por vezes destinada não só à assistência, mas também ao ensino e à pesquisa, como o são os hospitais-escola, ou hospitais de ensino, mais conhecidos hodiernamente como hospitais universitários (HU's). Esse tipo de organização hospitalar agrega os serviços comuns de assistência médica com o ensino e a investigação na área da saúde, sendo, geralmente, vinculados à uma universidade ou escola de medicina.

Como bem ensinam Ferreira e Mendonça (2009), essas três atribuições do hospital de ensino são igualmente importantes, competindo-lhe notadamente: (i) na atenção à saúde, produzir serviços de qualidade, que venham suprir os anseios de saúde da população de sua territorialidade, de acordo com sua pactuação com o SUS; (ii) na seara educacional, oferecer graduação ou pós-graduação, para formação de profissionais de saúde; (iii) na pesquisa, a produção de conhecimentos, voltada, simultaneamente, aos anseios acadêmicos, ao desenvolvimento do SUS e ao bem estar da população.

Conforme apontamentos de Araújo e Leta (2014), o Hospital São Vicente de Paulo, na cidade de Belo Horizonte – MG, inaugurado em 1928, é tido como o primeiro hospital-escola que se tem registro no Brasil, sendo oficialmente doado à Escola de Medicina de Belo Horizonte em 1931. De acordo com as autoras (p. 1.266), “[...] a partir da segunda metade do século XX, dezenas de outros hospitais-escola vinculados às universidades foram fundados por todo o país.”.

Dentre os HU's, destacam-se aqueles vinculados às universidades federais (HUF's), tendo em vista oferecerem, em sua maioria, serviços de alta complexidade, aliados à excelência na formação e educação permanente dos profissionais da área da saúde. Atualmente, o Brasil conta com 50 (cinquenta) hospitais universitários na rede federal de ensino, distribuídos por 35 universidades.

Entretanto, apesar de toda sua potencialidade nas áreas de assistência, ensino e pesquisa, os HUF's foram gerados e cresceram experimentando problemas de gestão, ocasionados, principalmente, por questões administrativas, de recursos humanos e de financiamento. De acordo com Ferreira e Mendonça (2009), a crise nas organizações de saúde torna-se evidente a partir da década de 1980.

Em contrapartida, ao longo da existência dos HUF's, o Estado vem lançando mão de ações com o objetivo de ajustar a gestão e o funcionamento dessas organizações, visando, principalmente, uma maior eficiência no desenvolvimento de sua missão.

Dentre as mais recentes medidas, destaca-se o esforço conjunto dos Ministérios da Saúde e da Educação para o desenvolvimento de um programa de reestruturação dos HUF's, através da criação de uma comissão interinstitucional, instituída pela Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/MPOG nº 562/2003, de 23 de maio de 2003, composta por representantes do Governo (Ministérios) e pela sociedade civil organizada (Associações).

Na lição de Ferreira e Mendonça (2009), esse grupo de trabalho teve o objetivo de diagnosticar: (i) a situação dos hospitais universitários, com foco no seu papel na saúde, no ensino e na pesquisa; (ii) a relação de inserção e integração dos HUF's no SUS; (iii) os aspectos organizacionais e de gestão dos HUF's referentes à autonomia, eficiência e eficácia gerencial; e (iv) o modelo de financiamento a ser adotado para essas organizações - se orçamento global ou contrato de gestão.

Como resultado, foram promovidas ações articuladas para viabilizar a implantação de um programa de reestruturação, de forma a combater os problemas de ordem financeira, estrutural e de gestão dos HUF's. De início, foram fixados novos critérios e competências para a certificação dos hospitais, através da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1000 de 15/04/2004, sendo, em seguida, editada a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1006/2004, criando o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde (SUS), com base em quatro ações estratégicas⁵, fundamentadas nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, para reorientar e reformular a política para os hospitais de ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde.

⁵ De acordo com o art. 2º da Portaria, o programa pressupõe as seguintes ações estratégicas: (i) definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS; (ii) definição do papel da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde; (iii) definição do papel dos hospitais de ensino na educação permanente e na formação de profissionais de saúde; e (iv) qualificação do processo de gestão hospitalar em função das necessidades e da inserção do hospital na rede do Sistema Único de Saúde.

O objetivo do programa era renovar as relações de cooperação entre a rede pública de saúde e os HUF's, através de ferramentas de gestão por resultados: a certificação⁶ e o financiamento⁷ por meio de um novo processo de pactuação e contratualização com o gestor local do SUS, de forma proporcional à produção de cada instituição (FERREIRA; MENDONÇA, 2009).

Concomitantemente ao processo de reestruturação dos hospitais, medidas para otimização de gastos e segregação entre ensino e assistência tiveram continuidade no cenário dos HU's. Assim, visando conferir maior flexibilidade, agilidade e autonomia à gestão dessas organizações hospitalares, no ano de 2008 a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), através da Portaria 04/2008, de 29 de abril de 2008, realizou a emancipação orçamentária dos HUF's, elevando-os à condição de unidades gestoras e orçamentárias, minimizando o controle normativo e elevando o grau de responsabilização dos seus gestores (BARROS, 2014).

No ano de 2010, dando continuidade às ações que regulamentam a reestruturação dos HU's, foi publicado o Decreto N° 7.082/2010, que oficializou o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), dispondo sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde, e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais (BRASIL, 2010).

Como assinala o art. 2º do citado Decreto, “[...] o Rehuf tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde”.

Por sua vez, o art. 3º apresenta as diretrizes a serem seguidas pelo programa: (i) compartilhamento dos recursos para a reestruturação entre os Ministérios da Saúde e Educação; (ii) necessidade de um melhor processo de gestão; (iii) melhoria da estrutura física; (iv) investimento no parque tecnológico; (v) recomposição da força de trabalho; e (vi) implantação de instrumentos de avaliação permanente e adoção de novas tecnologias em saúde.

6 A certificação consiste em um processo de análise, qualificação e reconhecimento dos Hospitais de Ensino pelos Ministérios da Educação e da Saúde, de acordo com critérios adotados na Portaria Interministerial MEC/MS nº 1000 de 15/04/2004.

7 A contratualização tem por objetivo formalizar a relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS, com o estabelecimento de compromissos entre as partes e no contexto da criação do programa de reorganização, pretende estabelecer uma gestão orientada para resultados, a partir do acompanhamento de metas e indicadores construídos técnica e politicamente pelas duas partes.

Assim, desde a oficialização do REHUF, os HUF's vêm recebendo recursos específicos para reforma das suas estruturas físicas e a aquisição de equipamentos, havendo uma significativa e necessária inovação tecnológica organizacional.

Com a implantação do REHUF, restava ao governo resolver os problemas advindos da precarização e déficit da força de trabalho dos hospitais, que há muito padeciam com a necessidade de recomposição do quadro de pessoal e substituição da mão de obra terceirizada, ocasionando o fechamento de leitos e a diminuição no número de procedimentos realizados. A matéria passou a ser tratada com mais seriedade quando o Tribunal de Contas da União (TCU), no ano de 2008, passou a exigir do governo uma urgente e definitiva solução para o caso.

Diante desse cenário, os Ministérios do Planejamento e da Educação apresentaram à Presidência da República um projeto de lei, que deu origem à Medida Provisória nº 520, publicada no dia 31 de dezembro de 2010, autorizando⁸ o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Por não ter sido aprovado tempestivamente, o projeto perdeu sua validade, sendo apresentado um novo requerimento pelo MPOG e MEC, praticamente nos mesmos termos do anterior, que, depois de apreciado e aprovado pelo Congresso Nacional, ensejou a publicação da Lei nº 12.550, em 15 de dezembro de 2011, autorizando em definitivo a criação da EBSERH, que teve seu Estatuto Social aprovado no mesmo mês, através do Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011. Esse instrumento disciplina a composição, as atribuições e o funcionamento dos órgãos⁹ que compõem a empresa.

Conforme consigna a Lei que autorizou a sua criação, a EBSERH é uma empresa pública, dotada de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, sendo regida por seu Estatuto Social e Regimento Interno, tendo, nos termos do caput do seu art. 3º, a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, bem como fornecer às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, o ensino-aprendizagem e a formação de pessoas no campo da saúde pública, observada a autonomia universitária. Sendo uma empresa pública, o HUF manterá toda a

⁸ Na lição de Di Pietro (2014), sendo a EBSERH uma empresa pública, caracterizada como uma entidade de direito privado, a lei apenas autoriza a sua criação, nos termos do artigo 37, XIX, da Constituição Federal, sendo sua constituição efetivamente realizada através de atos do Poder Executivo.

⁹ De acordo com art. 9º da Lei nº. 12.550/2011, a EBSERH será administrada por um Conselho de Administração, com funções deliberativas, e por uma Diretoria Executiva e contará ainda com um Conselho Fiscal e um Conselho Consultivo.

prestação de serviços à saúde da população 100% no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e funcionará com recursos 100% públicos (EBSERH, 2013).

Vê-se que, diante da complexa finalidade dos HUF's (que são responsáveis pela assistência direta à população, além de prestarem apoio ao ensino e à pesquisa das universidades), a criação da EBSERH tem o propósito de oferecer uma gestão com melhor nível de agilidade, flexibilidade e dinamismo, muitas vezes incompatíveis com as limitações impostas pelo regime jurídico de direito público, próprio da administração direta e das autarquias, especialmente no que se refere à contratação e à gestão da força de trabalho.

Com a sua criação, a EBSERH passou a ser a gestora do REHUF, conforme delegação estabelecida pela Portaria nº 442/2012, do Ministério da Educação, sendo incumbida de empreender ações no sentido de modernizar a gestão dos HUF's, garantindo a sua reestruturação física e tecnológica, além de solucionar o seu problema de recursos humanos, cumprindo, assim, o Acórdão do TCU, que desde o ano de 2008 exigiu a substituição dos servidores contratados pelas fundações de apoio para esses hospitais. A empresa também tem a missão de realizar a qualificação da gestão financeira e orçamentária dos hospitais a ela submetidos, fornecendo uma assistência de excelência à saúde e formação profissional de alto nível.

A contratualização com a EBSERH não é obrigatória, sendo uma opção das universidades federais aderir à empresa. A Lei não prevê a possibilidade da Instituição Federal de Ensino (IFE) realizar uma contratualização apenas parcial, principalmente tendo em vista o padrão de excelência almejado pela gestão da EBSERH, que projeta uma situação ideal para o HUF, contemplando harmônica e conjuntamente, equilíbrio financeiro, contratação e capacitação de recursos humanos, parque tecnológico modernizado, estrutura física reconstruída, modelos de gestão adequados ao perfil da instituição e equilíbrio de estoque.

Diante da não obrigatoriedade de integração, as IFE's que não aderirem à empresa continuarão recebendo recursos do REHUF, porém, considerando que a solução apontada pelo Governo Federal para a recomposição da força de trabalho dos hospitais foi a criação da EBSERH, as universidades que não aderirem à empresa não terão condições de cumprir o acórdão do TCU na substituição do pessoal terceirizado, que compromete mais de 50% dos recursos destinados à manutenção da maioria dos hospitais (EBSERH, 2013).

A Recomposição da força de trabalho dos HUF's é uma das principais pilstras da criação da empresa. De acordo com dados da EBSERH (2013), por ocasião de sua criação, o quadro de pessoal dos HUF era composto por cerca de 70 (setenta) mil profissionais. Desse total, quase 26 mil servidores são recrutados por intermédio das fundações de apoio das

universidades sob os mais variados vínculos, a saber: (i) regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); (ii) contratos de prestação de serviços; e (iii) outros regimes, que caracterizam vínculos precários sob a forma de terceirização, considerada irregular pelo Tribunal de Contas da União.

A multiplicidade e precarização de vínculos laborais existentes no HUF começam a ser saneados a partir da adesão, quando são constituídas equipes de implantação, compostas por representantes da universidade e da EBSEH, para a realização de diagnóstico conjunto. A recomposição do quadro de pessoal dependerá do diagnóstico de recursos humanos obtido em cada hospital, que apontará a quantidade de profissionais existentes e a quantidade de profissionais necessários. De acordo com a Lei de Regência da empresa, o regime de pessoal permanente da EBSEH será o celetista, condicionada a contratação à prévia aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos, conforme disposição do Art. 10º, da Lei nº 12.550/2011.

Os HUF's que aderirem à EBSEH continuarão mantendo relacionamento orçamentário tanto com o Ministério da Saúde (na medida em que suas atividades de assistência à saúde são realizadas de acordo com as orientações do Sistema Único de Saúde), quanto com o Ministério da Educação (já que segue as diretrizes da Política Nacional de Educação Superior). Atualmente, a EBSEH é responsável pela gestão de 39 (trinta e nove) dos 50 (cinquenta) hospitais universitários federais, em que suas respectivas universidades optaram por assinar contrato com a estatal, trazendo o compromisso de contribuir para a consolidação dos HUF's como organizações de excelência na assistência, ensino e pesquisa.

2.4 MODELOS DE GESTÃO DE PESSOAS.

A globalização provocou um processo de aceleração do desenvolvimento mundial, produzindo significativas alterações nas organizações, notadamente na gestão de pessoas. Assim, diante das mudanças que hoje ocorrem num ritmo cada vez mais veloz, mobilizar pessoas e gerir competências humanas tornou-se o grande diferencial nos resultados organizacionais, pois, em maior ou menor intensidade, elas dependem do desempenho humano para o seu sucesso. Para Dutra (2016, p. 15), “[...] historicamente, as pessoas vêm sendo encaradas pela organização como um insumo, ou seja, como um recurso a ser administrado.”. Para o autor, as políticas e práticas de gestão estabelecidas pela empresa devem agregar valor para as pessoas, sob pena de não terão efetividade no tempo.

Nesse sentido, gerir pessoas passou a ser um desafio institucional, e garantir o seu desenvolvimento e comprometimento com a empresa é uma tarefa complexa. No conceito de Gil (2001, p.17), a “Gestão de Pessoas é a função gerencial que visa à cooperação das pessoas que atuam nas organizações para o alcance dos objetivos tanto organizacionais quanto individuais”. Por sua vez, um modelo de gestão pode ser entendido como a forma com que a organização se prepara a fim de gerenciar e nortear o comportamento dos sujeitos dentro da organização no trabalho.

Para Fischer (1998), a gestão de pessoas tem seus paradigmas determinados por variados fatores, como a tecnologia adotada, a estratégia de organização do trabalho, a cultura e a estrutura organizacional, além de elementos externos, advindos da sociedade e do mercado. Tais fatores fazem com que, para cada cenário histórico ou geográfico, possam surgir variadas modalidades de gestão, com diferentes denominações. Essa variação de terminologia reflete a mudança de padrões organizacionais, tanto em relação às pessoas quanto às próprias organizações.

A literatura não é uníssona na classificação dos modelos de gestão de pessoas, verificando-se rotulações diferenciadas de acordo com cada fase histórica, resultado de variadas formas de abordagem do mesmo tema. Por sua vez, Fischer (1998) busca explicar a evolução dos paradigmas gerenciais classificando as grandes correntes de pensamento em quatro categorias principais, atreladas a períodos históricos diferentes, quais sejam: modelos de gestão de pessoas articulados como: (i) departamento pessoal; (ii) como gestão do comportamento; (iii) como gestão estratégica; e, finalmente, (iv) como vantagem competitiva.

Assim, adotando por parâmetro os estudos desenvolvidos por esse autor, adiante busca-se definir os referidos modelos de gestão e estabelecer os fatores que determinam sua configuração específica em uma organização.

2.4.1 Modelo de gestão de pessoas com enfoque na administração de pessoal

O surgimento da Gestão de Pessoas data de tempos longínquos, desde quando as pessoas passaram a ser empregadas por outras, mediante paga, para a realização de alguma atividade, como destacado por Gil (2001). A partir de então, as relações estabelecidas entre as pessoas e o processo de trabalho passou por inúmeras transformações, provocadas principalmente, pelos avanços tecnológicos e as mudanças sociais.

Nesse sentido, o modelo de gestão de pessoas articulado como departamento pessoal está atrelado aos primórdios da administração de recursos humanos, quando foram criados os chamados “departamentos de pessoal”, sendo reflexo do seu foco de atenção na época, que

era a produtividade e a eficiência de custos. De acordo com Fischer (1998), nesse modelo, também chamado administração de recursos humanos, as organizações administravam seus empregados sob a ótica dos custos, gerindo-os de forma racional, tal como outros fatores de produção.

Essa fase da gestão de pessoas foi inspirada nos ideais da Escola de Administração Científica, preponderantemente, pelos estudos de Frederick Winslow Taylor (1856-1915), nos Estados Unidos, e Henry Fayol (1841-1925), na França e está intimamente ligada ao desenvolvimento industrial dos Estados Unidos da América, que pretendia consolidar em suas organizações a visão de departamento de pessoal.

Na lição de Dutra (2016, p. 28, apud MOTTA, 1979, p. 8), a Administração Científica tem como alicerce os seguintes preceitos: (i) a racionalidade humana, que o leva a tomar decisões com plena consciência de todas as alternativas e consequências advindas de suas escolhas; (ii) elevação da eficiência do trabalho, através da escolha e prática da forma correta de procedimento; e (iii) alcance das metas de produção, com a utilização da seleção, treinamento, controle por supervisão e criação de um sistema de incentivos.

Somente a partir do ano de 1920, através da influência da psicologia humanista, teve início um descompasso entre o que as organizações tayloristas praticavam e o que os teóricos estavam pregando como o modelo ideal de gestão de recursos humanos, emergindo uma nova fase na história da administração de recursos humanos, com foco no estudo do comportamento humano (FISCHER, 1998).

2.4.2 Modelo de gestão de pessoas com foco no comportamento humano

Com os avanços dos estudos sobre o comportamento humano, desenvolvidos pela psicologia, a gestão de pessoas volveu o seu olhar para outro ângulo das relações entre a força de trabalho e a organização. Como bem assevera Fischer (1998, p. 101), ela deixou de “[...] concentrar-se exclusivamente na tarefa, nos custos e no resultado produtivo imediato, para atuar sobre o comportamento das pessoas.”.

Buscava-se, assim, dar um maior valor ao elemento humano nas relações de trabalho, em sobreposição à visão voltada apenas para a otimização dos custos. Pela análise de Dutra (2016, p. 26), “[...] as pressões do contexto externo e interno geraram a necessidade de uma profunda reflexão acerca da gestão de pessoas com um deslocamento do foco no controle das pessoas para o foco em seu desenvolvimento.”. Analisando o contexto do modo comportamental, Gil (2001) considera essa que essa linha de pensamento surgiu da necessidade de se considerar a importância dos fatores psicológicos e sociais na

produtividade, tendo como principal pensador Elton Mayo (1890-1949), psicólogo americano que desenvolveu as bases dessa escola.

Uma das principais contribuições das escolas de psicologia foi a criação dos instrumentos e métodos de avaliação e desenvolvimento de pessoas, que constituíram a base para o enfoque comportamental na gestão de pessoas, já que difundiram a importância do capital humano para o sucesso da empresa.

Ao ver as relações de trabalho pelo prisma da psicologia humanista, a gestão de pessoas passou a trabalhar atributos com a liderança, trabalho em equipe, motivação, entre outros que dizem respeito às relações pessoais. Fischer (1998) salienta que, ao reconhecer a importância dos gerentes de linha, (por serem os mediadores da empresa com as pessoas), esse modelo passou a focar o treinamento gerencial a partir daqueles atributos, levando-o a exercer adequadamente o seu papel na organização.

Assim, através do modelo de gestão de pessoas articulado como gestão do comportamento, a organização passa a orientar suas políticas e práticas no sentido do entendimento e satisfação dos comportamentos almejados por estratégia de mercado, cabendo-lhe criar as devidas condições para motivação e comprometimento dos seus trabalhadores com a missão da empresa. A respeito, Dutra (2016) adverte que esse enfoque comportamental foi duramente criticado pelo caráter humilhante e degradante dado às relações de trabalho, como também por inibir o autodesenvolvimento das pessoas, vindo a demonstrar seus primeiros sinais de declínio a partir da década de 1960.

2.4.3 Modelo de gestão de pessoas com base na gestão estratégica

O modelo com enfoque estratégico se contrapõe ao comportamental por entender que a gestão de pessoas deve estar vinculada à estratégia de negócios traçada pela empresa, de modo a formular e monitorar planos e metas que assegurem uma vantagem na competitividade do mercado. Na ótica de Fischer (1998), para possibilitar esse entrelaçamento, as estratégias norteadoras dos vários processos de gestão precisam ser um reflexo das estratégias organizacionais. Assim, os departamentos organizacionais devem se envolver em todo o processo estratégico, tanto na sua formulação quanto na sua aplicação e monitoramento.

Para Dutra (2016), entre as décadas de 1960 e 1980, a gestão de pessoas passou a ter influência nos diferentes processos da organização, atuando como parceira nos processos de desenvolvimento organizacional, assumindo, assim, um papel gerencial. Esse enfoque

gerencial foi dado à gestão de pessoas à medida que se difundiam as formulações teóricas das chamadas escolas do pensamento.

De acordo com o estudo de Fischer (1998), o amadurecimento da perspectiva estratégica se deu através de duas visões distintas, sendo a primeira esboçada pelos pesquisadores da Universidade de Michigan, para os quais o modelo de gestão deveria adaptar-se à estratégia da organização. A esse respeito, o autor destaca como crítica, a impossibilidade da gestão contribuir na estratégia da organização, assumindo uma postura meramente passiva. A segunda teoria, mais ampla e adequada ao modelo, traçada pela Harvard Business School, evidencia a necessidade de o modelo gerencial corresponder a fatores internos e externos à organização. Para tanto, as políticas e práticas de gestão de pessoas deveriam ser definidas em função das seguintes áreas de atuação: (i) influência dos empregados (participação); (ii) processos de gestão de pessoas (seleção, progressão, utilização e demissão); (iii) sistema de recompensas (incentivos e compensação); e (iv) sistemas de trabalho (organização do trabalho). Essas duas correntes deram propulsão ao enfoque estratégico, ganhando lugar de destaque na Teoria das Organizações, fazendo progredir a produção teórica sobre o tema.

Na visão de Albuquerque (1988), o modelo de gestão de pessoas, com foco estratégico, pressupõe que os recursos humanos sejam valorizados como importantes fontes de vantagem competitiva, levando a uma alteração radical do *layout* das estratégias que orientam o relacionamento entre a empresa e seus empregados. Assim, os empregados deveriam deixar de serem tratados apenas como “números, custos e fator de produção”, que necessitam ser “mandados e controlados” para desempenhar bem suas funções, passando a ser considerados como verdadeiros parceiros da organização, que neles deve investir para conseguir melhores resultados.

Não obstante as virtudes desse enfoque de gestão, em muitos casos sua utilização deixa de ser bem sucedida por não haver uma necessária adaptação do modelo às necessidades da empresa, pois, como bem assevera Fischer (1988), a gestão do comportamento humano não atende a regras gerais, devendo se pautar no problema particular de cada negócio e de sua estratégia. Dessa forma, o alinhamento da estratégia de gestão de pessoas e da estratégia organizacional pressupõe a participação efetiva daquela área no processo de formulação da estratégia desta, para que possa compreendê-la e influenciá-la. Sem esse entrelaçamento, o enfoque estratégico torna-se “[...] cada vez menos prescritível e genérico para ocupar a função de elemento de diferenciação” (FISCHER, 1988, p. 103).

Assim, pode-se dizer que o enfoque estratégico busca a sincronização da estratégia de gestão de pessoas à estratégia organizacional, de modo a trabalharem em sintonia, evitando o surgimento de conflitos, fazendo com que a força de trabalho passe a desempenhar um papel estratégico na viabilização dos negócios da empresa.

2.4.4 Modelo de gestão de pessoas articulado por competências

A gestão de pessoas estruturada por competências busca viabilizar a efetividade das competências organizacionais da empresa a partir da priorização de políticas e práticas na aquisição, manutenção e desenvolvimento das competências individuais. Nesse sentido, sendo a gestão de pessoas um verdadeiro celeiro de informações e conhecimentos sobre os trabalhadores, assume a prerrogativa de funcionar como um vetor de todas as suas ações, focando o maior alinhamento possível, com as estratégias corporativas. Na análise de Dutra (2016), existe uma relação de extrema cumplicidade entre competências organizacionais e individuais, a ponto de ser necessária uma prévia reflexão sobre as competências da empresa para a fixação das competências dos seus trabalhadores.

O enfoque da gestão por competências foi favorecido pelo aparecimento de alguns conceitos inovadores para os modelos organizacionais, dentre os quais, se destacam a noção de vantagem competitiva e reengenharia empresarial, conforme se extrai do estudo de Fischer (1998). Em busca de vantagens competitivas, as organizações começaram a prestigiar profissionais altamente capacitados, aptos a fazer frente às ameaças e oportunidades do mercado, em cujo meio se buscava o domínio de recursos raros, valiosos e difíceis de serem imitados pela concorrência. Por outro lado, o conceito de reengenharia leva à necessidade das empresas realizarem uma profunda revisão e alteração dos princípios que orientam sua administração, reiniciando suas atividades “do zero”, sob a legação de que as alterações convencionais nos modelos de gestão não são suficientes para superar os desafios impostos às organizações. Essa teoria trouxe grande inovação para a gestão de pessoas e suas principais mudanças estão representadas no Quadro 3, que traz uma representação didática com “de” “para”, a partir da síntese traçada por Fischer (1998) das principais obras da época sobre o tema.

Quadro 3 - Mudanças na gestão de pessoas decorrentes da prática da reengenharia

Foco	De	Para
Unidades de trabalho	Departamentos funcionais	Equipes de processo
Serviços	Tarefas simples	Trabalhos multidimensionais
Papéis das pessoas	Controlados	Autorizados
Preparação para os serviços	Treinamento	Educação
Enfoque do desempenho e remuneração	Atividade	Resultado
Critérios de promoção	Desempenho	Habilidade
Valores	Protetores	Produtivos
Papel dos gerentes	Supervisores	Instrutores
Estrutura organizacional	Hierárquica	Nivelada
Papel dos executivos	Controladores do resultado	Líderes

Fonte: elaboração do autor, a partir do estudo de Fischer (1998)

Assim, os estudos desenvolvidos sobre a vantagem competitiva e reengenharia despertaram a classe empresarial para a necessidade de se dar ênfase aos processos por resultados, vendo as pessoas como um recurso estratégico, com competências necessárias para elevar a organizar a um patamar superior ao da concorrência.

Esse modelo começou a ser pensado a partir da década de 1980, em meio ao surgimento do elemento competitividade nas relações organizacionais, fruto do acirramento do mercado mundial diante da quebra do monopólio das grandes empresas americanas pela indústria japonesa, conforme apontado por Fischer (1998). De acordo com o autor, a efervescência da competitividade fez brotar na literatura organizacional o interesse por temas como competências, estratégias e remodelagem organizacional.

Assim, a gestão por competências propõe a adoção de novos critérios para contratação, desenvolvimento, avaliação e remuneração de pessoal, tomando por parâmetro um perfil focado nas competências, e não mais no conceito de cargo, atingindo diretamente a formatação dos instrumentos de gestão de pessoas.

2.5 DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL.

Apesar da generalidade que se pode atribuir ao conceito de diagnóstico, em geral, o mesmo tem sido associado corriqueiramente à área médica, que, segundo a definição apresentada no dicionário se traduz na “fase do ato médico em que o profissional procura a natureza e a causa da afecção” (HOUAISS, 2001). Entretanto, ao se referir à seara organizacional ou empresarial, a expressão obtém o sentido de conhecer moléstias ou crises das organizações.

De acordo com Pina et al (1978), o diagnóstico organizacional consiste no método de levantamento e análise, usando questionários e dados quantitativos, para identificar as causas de deficiências e desequilíbrios da organização, para facilitar a organização de um plano de ação e a tomada de decisão. Na concepção de Padula e Vadon (1996), a expressão exprime a forma de verificar o desempenho da empresa, analisando toda sua estrutura e, de forma qualitativa, chegar ao diagnóstico de possíveis crises ou problemas a partir de um estudo estruturado por instrumento de coleta de dados, chamado de questionário. Para estes autores, cada empresa passa por um processo de crescimento organizacional, desde a criação até chegar à sua maturidade.

A literatura mostra o diagnóstico como um instrumento para de verificar a existência de crises empresariais, que ameçam o crescimento das organizações, sendo a primeira fase do processo de intervenção, consultoria ou assessoria técnica, conferindo as condições necessárias para o seu desenvolvimento e aprimoramento, como forma de atingir níveis satisfatórios de eficiência e eficácia.

Ao lado da intervenção planejada, o diagnóstico integra os pontos fundamentais da avaliação organizacional e busca identificar não só o clima e a estrutura institucional, mas também seus métodos e processos de trabalho, o que é atingido por meio das fases de levantamento de dados, com suas respectivas críticas.

Dentre as vantagens obtidas com a realização do diagnóstico organizacional, Pina et al. (1978) apontam as seguintes: (i) aponta os problemas mais relevantes para o desenvolvimento da organização e determinar uma ordem de prioridades para solucioná-los; (ii) evidencia os obstáculos que devem ser superados e os considera para estabelecer as etapas sucessivas de implantação das medidas e de controles dos resultados; (iii) causa o mínimo de transtornos às organizações, quando do diagnóstico e quando da aplicação de medidas; (iv) prepara a organização para as modificações necessárias, diante da natural resistência à mudança, afastando os temores e obtendo o apoio geral; (v) motiva o interesse pela empresa nos executivos, funcionários e, mesmo, nos dirigentes, a partir de sua participação no levantamento, suscitando a busca de soluções por parte dos atores da própria organização; (vi) traz a aplicação de novos métodos de trabalho; (vii) estimula o trabalho paralelo entre a alta administração e a base operacional da organização; (viii) estuda e identifica as causas que afastam a empresa de seus objetivos; (ix) permite o acompanhamento da evolução da organização, através da comparação de uma série de diagnósticos feitos em períodos distintos; (x) potencializa a visão empresarial, preparando a empresa para uma ação futura mais enérgica e adequada.

Para a aplicação prática do diagnóstico organizacional, deve-se, primeiro, estabelecer qual a informação que se pretende coletar e analisar, diante da variedade de critérios existentes no contexto organizacional, e, em seguida, escolher um modelo de explicação da realidade que sirva de parâmetro para a interpretação e compreensão dos resultados encontrados (PUENTE-PALACIOS; PEIXOTO, 2015).

A literatura traz vários modelos conceituais que propiciam a redução dos vieses interpretativos e de coleta de informações antes mesmo do início do processo de diagnóstico, a exemplo dos desenvolvidos por Pina et al. (1978) que se referem à análise organizacional de uma maneira global, o Modelo de Padula e Vadon (1996) que analisam a empresa sob seus aspectos de crescimento.

Para Puente-Palacios e Peixoto, a utilização desses modelos atende a cinco motivos principais:

Primeiro, modelos de funcionamento sobre a organização fornecem um mapa que permite a categorização dos dados levantados, ao mesmo tempo que indicam a sua inter-relação; segundo, permitem a manutenção do foco de análise em questões que são consideradas relevantes para a compreensão e resolução do problema identificado, permitindo que eles sejam separados de tudo aquilo que é secundário ou irrelevante; terceiro, fornecem orientações sobre como os dados coletados podem e devem ser interpretados; quarto, facilitam o desenvolvimento de uma linguagem comum aos envolvidos no processo de diagnóstico e mudança; e, por fim, oferecem pistas sobre o que fazer e onde intervir diante dos problemas identificados. (PUENTE-PALACIOS E PEIXOTO, 2015, p. 13),

Superada a escolha do modelo adequado para o diagnóstico, deve-se definir qual a medida, ou escala, que integrará o diagnóstico, ou seja, a ferramentas que será utilizada para coletar os dados. Puente-Palacios e Peixoto (2015) elucidam o significado dos modelos e medidas comparando-os com o diagnóstico médico. Neste sentido, as ferramentas/medidas se apresentam como os exames que evidenciam o estado de um determinado aspecto na organização. Por outro lado, os modelos são representados pelos parâmetros utilizados na análise dos resultados dos exames, permitindo concluir se os dados pesquisados atendem os parâmetros estipulados.

Feitas as escolhas de modelos e de medidas, passa-se ao levantamento de dados, que serão analisados de acordo com os atributos daquilo que está sendo investigado.

3 METODOLOGIA

Nesta seção é exposta a classificação metodológica da pesquisa, de acordo com os conceitos formulados pela literatura sobre o assunto. Procura-se detalhar o plano de pesquisa, expondo-se todas as etapas adotadas para o desenvolvimento do estudo, esclarecendo-se como os dados foram obtidos e analisados e como os objetivos propostos foram alcançados.

3.1 MÉTODO

No que concerne ao método de procedimento, esta pesquisa adota uma estratégia de estudo de caso, de natureza aplicada, por investigar empiricamente um fenômeno contemporâneo, dentro de um contexto real, cujas unidades selecionadas foram os Hospitais Universitários vinculados à UFCG (YIN, 2001).

O estudo de caso não busca a generalização dos resultados obtidos, mas o aprofundamento da compreensão e interpretação do fenômeno investigado.

3.2 TIPO DE PESQUISA

O estudo analisou como ocorre a gestão dos Hospitais Universitários vinculados à UFCG gerenciados pela EBSEH, em face dos múltiplos vínculos dos seus trabalhadores, tanto nas atividades fins, como nas atividades meio.

Segundo Gil (2008, p. 17), a pesquisa pode ser definida “[...] como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são postos.”. Assim, quanto aos seus objetivos, a pesquisa será exploratória e descritiva.

Diz-se exploratório o estudo que procura desenvolver, esclarecer e alterar conceitos e ideias, sendo realizados quando o tema escolhido é pouco explorado e sobre o qual se torna difícil formular hipóteses precisas. Como prelecionam Lakatos e Marconi (2010), as investigações exploratórias apresentam um estudo empírico, procurando formular questões ou um problema.

Enquanto descritivos, os estudos têm por escopo descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre as variáveis (GIL, 2008). Diante disso, possibilitam obter melhor compreensão sobre o comportamento de vários fatores e elementos que influenciam certos fenômenos.

Quanto à forma de abordagem do problema, a pesquisa enquadra-se como quanti-qualitativa, por apresentar um duplo enfoque. Serve-se do método qualitativo ao manter contato direto com o ambiente pesquisado, expondo as peculiaridades do problema e

promovendo a análise dos procedimentos adotados dentro desse ambiente. Para Gil (2008), a escolha de uma amostra intencional, com a seleção dos participantes a partir de características tidas como relevantes pelo pesquisador, mostra-se adequada para a obtenção de dados qualitativos. Por outro lado, ao traduzir em números as opiniões e informações obtidas para futura análise, a pesquisa reflete seu lado quantitativo.

Constituem tipos básicos de pesquisa qualitativa a pesquisa documental e o estudo de caso, ambos utilizados para análise e interpretação do objeto desta pesquisa. Conforme prelecionam Freitas e Jabbour (2011, p. 9), “A combinação metodológica é considerada uma forma robusta de se produzir conhecimentos, uma vez que se superam as limitações de cada uma das abordagens tradicionais (qualitativa e quantitativa)”.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

De acordo com Yin (2001), o aspecto diferenciador do estudo de caso é a sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências, como documentos, artefatos, entrevistas e observações.

Como fontes da pesquisa, foram consultados principalmente os seguintes documentos: Plano Diretor Estratégico (PDE) 2017/2018, Contratos de Gestão, Organogramas e Relatórios de Desempenho dos hospitais pesquisados, além de Leis, Decretos e Resoluções relativos à composição dos quadros de pessoal do HUAC e HUJB, à criação da EBSEH e à formatação da estrutura organizacional dos hospitais sob a sua gestão.

Os dados primários dos hospitais pesquisados foram coletados por meio de um questionário autoaplicável, composto por 16 questões fechadas, de múltipla escolha, cujas respostas foram tabuladas e analisadas, com a finalidade de traçar um diagnóstico organizacional objetivo, tanto sobre os vínculos laborais que compõem o quadro de pessoal, antes e depois da adesão à EBSEH, quanto sobre o nível de maturidade da gestão dos HU's pesquisados, em suas atividades fins e meio.

As questões foram agrupadas em 5 seções, objetivando analisar a composição da força de trabalho e os aspectos estratégicos das instituições estudadas, tais como cultura e valores organizacionais, fatores estratégicos, gestão de pessoas e processos.

Visando a racionalização do tempo e custos empregados na realização da pesquisa, como também por ser mais conveniente às circunstâncias ora vividas com o avanço das tecnologias, a coleta de dados primários foi realizada através de formulários eletrônicos, enviados aos respondentes via e-mail. Para tanto, fez-se uso da ferramenta “*google forms*”, que permite a criação de formulários online para diversos tipos de pesquisa, com a

funcionalidade de poderem ser acessados em diversas plataformas, como *web*, *desktop* e celular, favorecendo uma extrema celeridade na coleta de dados, já que as respostas, devolvidas também de forma eletrônica, são automaticamente recebidas em uma planilha eletrônica, que facilita seu arranjo e análise pelo pesquisador.

Com as devidas adequações à finalidade do estudo, o instrumento de pesquisa teve como base o questionário de autoavaliação utilizado pela Superintendência de Modernização Institucional, da Secretaria de Gestão e Planejamento do Estado de Goiás, para diagnosticar a gestão nos seus órgãos e entidades autárquicas e fundacionais.

3.4 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO

A pesquisa tem por escopo compreender como se dá a gestão dos Hospitais Universitários vinculados à UFCG gerenciados pela EBSEH, diante dos múltiplos vínculos dos seus trabalhadores, quais sejam: o HUAC, vinculado ao Campus de Campina Grande - PB, e o HUJB, vinculado ao Campus de Cajazeiras - PB.

O hospital universitário, também conhecido como hospital-escola ou hospital de ensino, é uma organização que agrega os serviços comuns hospitalares com o ensino e a investigação na área da saúde, sendo, geralmente, vinculados a uma universidade ou escola de medicina.

No Brasil, atualmente existem 50 (cinquenta) hospitais universitários, vinculados a 35 universidades federais (Figura 1), que, ao lado da assistência à saúde, prestam apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão das instituições federais de ensino superior às quais estão vinculados, sendo também considerados importantes centros de formação de recursos humanos no campo médico (EBSEH, 2017).

Figura 1 – Distribuição dos Hospitais Universitários Federais no Brasil



Fonte: EBSEH (2017), com adaptações do autor

Nesse contexto, a Paraíba possui 03 (três) hospitais universitários federais, dos quais 01 (um) é ligado à Universidade Federal da Paraíba - UFPB e 02 (dois) à Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

O estudo foi realizado nos 02 (dois) hospitais universitários vinculados à UFCG: Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) e Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB), estando o primeiro localizado na cidade de Campina Grande – PB, que dista 120 (cento e vinte) quilômetros da Capital do Estado, e o segundo na cidade de Cajazeiras – PB, no Sertão Paraibano, há 490 (quatrocentos e noventa) quilômetros de João Pessoa – PB, como bem ilustra a Figura 2. Os dois hospitais estão separados por uma distância, aproximada, de 349 (trezentos e quarenta e nove) quilômetros.

Figura 2 – Localização geográfica do HUJB e HUAC



Fonte: Google imagens, com adaptação do autor

O universo da pesquisa foi composto por todos os trabalhadores dos hospitais pesquisados, independente do tipo de vínculo institucional, sendo considerados para a amostra, por conveniência, todos os ocupantes de cargos em comissão e funções gratificadas, como os Superintendentes, Gerentes, Chefes de Divisões, de Setores e de Unidades, totalizando dezesseis respondentes do HUAC e dezenove do HUJB, tendo em vista que o instrumento de coleta de dados busca respostas de natureza cognitiva sobre o fenômeno estudado e aqueles detêm o conhecimento necessário sobre a aplicação do modelo de gestão da EBSEH na rotina hospitalar.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Considerando que o estudo foi realizado com seres humanos, por meio de questionário, havendo a utilização de dados obtidos diretamente com os participantes, foram tomados alguns cuidados éticos, para o resguardo dos direitos dos respondentes.

Assim, por meio de protocolo na Plataforma Brasil, o trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUAC, sendo preservados os direitos dos participantes, com o esclarecimento completo e detalhado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, seguido da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

De igual forma, também foi solicitada a autorização para aplicação dos questionários aos Hospitais onde a pesquisa foi realizada, através do preenchimento e assinatura do Termo de Anuência, pelas autoridades competentes.

4 DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL

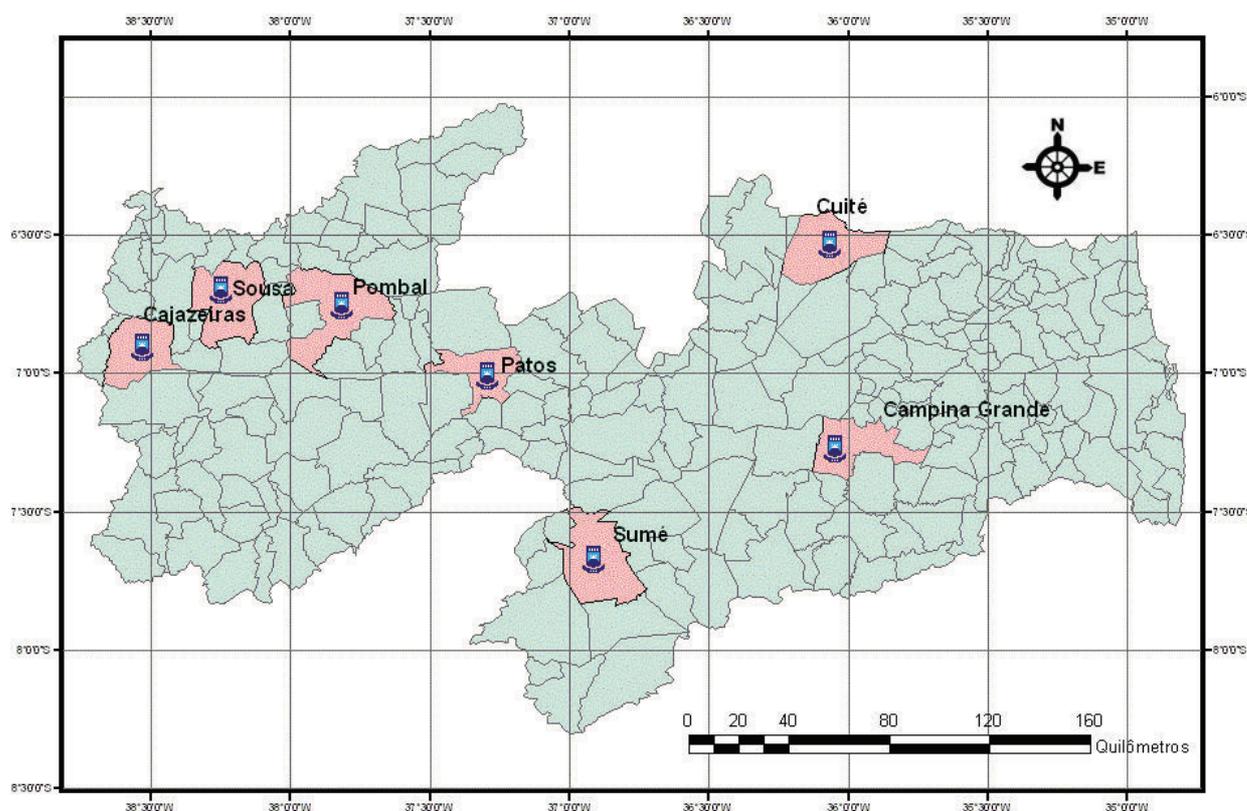
Seguindo o Guia do Trabalho de Conclusão Final – TCF do PROFIAP (SOUZA, 2015, p. 25), nesta seção é traçado o diagnóstico organizacional dos hospitais pesquisados. Inicialmente, é realizada a caracterização da UFCG e dos hospitais pesquisados, enfocando aspectos estratégicos de sua estrutura organizacional e, em seguida, são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa, expondo o modelo de gestão da EBSEH, a composição da força de trabalho dos HU's estudados e, por fim, é apresentado o resultado do diagnóstico organizacional propriamente dito, com a análise do nível de desenvolvimento da gestão do HUAC e HUJB, em relação aos seguintes critérios: (i) estratégia e planejamento; (ii) processos; (iii) gestão de pessoas e (iv) resultados.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA UFCG

A pesquisa foi realizada nos dois 02 (dois) hospitais universitários vinculados à UFCG, entidade federal autárquica, criada pela Lei nº. 10.419, de 09 de abril de 2002, a partir do desmembramento da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Instituição voltada ao ensino, pesquisa e extensão, a UFCG é vinculada ao Ministério da Educação, com sede na cidade de Campina Grande - PB e âmbito de atuação no Estado da Paraíba. Possui uma estrutura *multicampi*, com unidades acadêmicas e estruturas administrativas implantadas em sete municípios do Agreste, Cariri, Curimataú e Sertão paraibano, atuando em todos os ramos do conhecimento, com inserção regional através de cursos em graduação, pós-graduação e ações de pesquisa e extensão em todos os seus *campi*, localizados nas cidades de Campina Grande, Patos, Sousa, Cajazeiras, Cuité, Pombal e Sumé, conforme posicionamento demonstrado na figura 3.

Figura 3- Localização geográfica dos campi da UFCG no Estado da Paraíba



Fonte: Google imagens, com adaptações do autor

De acordo com dados extraídos do Relatório de Gestão da UFCG, referente ao exercício de 2016, a força de trabalho da universidade era formada, até aquele ano, por 3.407 servidores, dos quais 1.719 pertencentes à área meio das atividades universitárias e 1.688 pertencentes à área finalística (UFCG, 2016).

4.1.1 Contratualização com a EBSEH

Com a criação da EBSEH, através da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, a UFCG deu início ao processo de discussão acerca da contratualização, ou não, com a empresa, para gerenciamento dos seus hospitais universitários.

Os debates se estenderam por quase três anos nas várias instâncias da UFCG, com intensas discussões e reuniões, na maioria das vezes obstruídas pelos movimentos estudantis e de representações políticas contrárias à adesão. Diante desse cenário, o contrato veio a ser assinado somente no dia 16 de dezembro de 2015, estabelecendo a gestão compartilhada dos dois hospitais da UFCG com a EBSEH.

Com a contratualização, a EBSEH autorizou a participação de nove profissionais do HUAC, e sete do HUJB, no Curso de Gestão de Hospitais Universitários Federais, realizado através de convênio com o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês

(IEP/HSL), culminando em uma proposta de Plano Diretor Estratégico (PDE) para cada hospital, para período 2017-2018.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO HUAC

O HUAC está situado na cidade de Campina Grande, segunda cidade mais populosa da Paraíba, situada a 120 km da capital do Estado, João Pessoa.

De acordo com informações contidas no seu Plano Diretor Estratégico 2017-2018 (EBSERH, 2016), o hospital foi inaugurado em 20 de dezembro de 1950, com o objetivo de prestar assistência médica aos funcionários públicos federais, vinculados ao Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE), sendo inicialmente denominado de Hospital Regional Alcides Carneiro (HRAC), conforme retratado na figura 4.

Figura 4 – Hospital Regional Alcides Carneiro



Fonte: Plano Diretor Estratégico do HUAC 2017-2018

Após a extinção do IPASE, em 1974, o então HRAC passou a ser administrado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que, por sua vez, foi extinto em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, resultando, no ano seguinte, na cessão de toda estrutura física e de pessoal do hospital à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), passando, a partir de então, a denominar-se Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

Desde a sua criação, ainda como um hospital regional, o Alcides Carneiro já recepcionava atividades de ensino, através da concessão de estágios, promovendo, porém, um

trabalho essencialmente assistencial, vindo a desenvolver necessariamente o ensino, a pesquisa e a extensão somente após sua cessão à UFPB.

A partir do dia 09 de abril de 2002, com o desmembramento da UFPB, promovido pela Lei nº. 10.419, o HUAC passou a integrar a estrutura organizacional da UFCG (figura 5), nos termos do art. 4º, *caput*¹⁰, do referido diploma legal.

Figura 5 – Faixada atual do HUAC



Fonte: Google imagens, com formatação dada pelo autor

Atualmente, o HUAC é tido como um centro de referência em ensino, pesquisa e assistência médica no nordeste, constituindo-se em campo de prática para estudantes dos diferentes *campi* da UFCG e da Universidade Estadual da Paraíba, também localizada na cidade de Campina Grande - PB.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO HUIB

O HUIB está localizado na cidade de Cajazeiras – PB, encravada no sertão paraibano, distante 485 quilômetros da capital do Estado. Ocupa uma área aproximada de 566 km², com

¹⁰ Art. 4º Passam a integrar a UFCG, sem solução de continuidade, independente de qualquer formalidade, as unidades e respectivos cursos, de todos os níveis, atualmente integrantes dos **campi** de Campina Grande (**campusII**), Patos, Sousa e Cajazeiras.

uma população estimada em 61.816 habitantes, sendo o sétimo município mais populoso da Paraíba, segundo dados do IBGE para o ano de 2016.

De acordo com informações do Plano Diretor Estratégico, para 2017-2018, do HUIB (EBSERH, 2016a), o início da sua genealogia remonta à década de 1970, quando foi inaugurado o Hospital Infantil de Cajazeiras (HIC), idealizado com o propósito de combater os altos índices de mortalidade infantil que assolavam todo o Estado da Paraíba naquele período (figura 6). O projeto é atribuído a dois pediatras que atendiam na cidade, dentre eles o médico Júlio Maria Bandeira de Mello.

Figura 6 – Faixada do Hospital Infantil de Cajazeiras (HIC)



Fonte: Plano Diretor Estratégico do HUIB 2017-2018

A inauguração do HIC foi realizada em 12 de novembro de 1978, ficando vinculado à Associação de Proteção a Assistência a Maternidade e Infância de Cajazeiras (APAMIC). Com o decorrer de suas atividades, o HIC passou a ser visto como um centro de referência em saúde para toda região polarizada pelo município de Cajazeiras – PB.

Como forma de superar algumas crises no seu financiamento, no mês de outubro de 2001 o HIC foi municipalizado, passando a figurar como uma autarquia, tendo seu nome alterado para Instituto Materno Infantil Dr. Júlio Maria Bandeira de Mello (IJB), em homenagem a um de seus idealizadores (figura 7).

Figura 7– Faixada do Instituto Materno Infantil Dr. Júlio Maria Bandeira de Mello (IJB)



Fonte: Plano Diretor Estratégico do HUIB 2017-2018

Como forma de melhor estruturar as ações de ensino na rede de saúde pública, em 20 de abril de 2011, por meio da Lei Municipal N° 1.953/2011, o município de Cajazeiras fez a cessão do IJB à UFCG, passando o hospital a prestar um atendimento totalmente através do SUS. No dia 25 de novembro do mesmo ano, por meio da Lei Municipal N°2.005/2011, foi efetivada a doação hospital à UFCG, que só veio a ser oficialmente recebido pelo Conselho Curador da universidade em julho de 2012.

Por fim, através da Resolução n° 02/2012, de 27 de julho de 2012, o Colegiado Pleno do Conselho Universitário da UFCG criou o Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello (figura 8), sendo reconhecido pelo Ministério da Educação como Hospital Universitário Federal (HUF) no ano de 2013.

Figura 8 - Faixada do Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello (HUJB)



Fonte: Google imagens, com formatação dada pelo autor

Atualmente, com a elaboração do seu Plano Diretor Estratégico, para o biênio 2017-2018 (EBSERH, 2016a), o hospital traz a missão de “promover o ensino e a pesquisa e prestar atenção integral, humanizada e de qualidade à saúde da mulher, materno infantil, da criança e do adolescente, com vistas ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde”, com a visão de “ser reconhecido como hospital de qualidade na assistência de média complexidade, no ensino e na pesquisa”, através de valores consubstanciados na “humanização, transparência, ética, qualidade, valorização do conhecimento e responsabilidade sócio/ambiental”.

4.4 RESULTADOS DA PESQUISA E DISCUSSÕES

Após a definição e coleta dos dados que responderão a pergunta de pesquisa, faz-se necessário realizar as etapas que constituem a apresentação e análise de dados, oportunidade em que os elementos obtidos são “organizados, comprimidos e montados de forma a permitir extrair conclusões e alternativas para ação”. (ROESCH, 2009).

Busca-se, portanto, neste capítulo, alcançar os objetivos específicos da presente pesquisa, quais sejam: (i) identificar o modelo de gestão adotado pela EBSEH no gerenciamento dos HU's vinculados à UFCG; (ii) conhecer os tipos de vínculos trabalhistas presentes nos HU's vinculados à UFCG; (iii) diagnosticar o nível de desenvolvimento da gestão dos hospitais pesquisados em relação aos critérios de estratégia e planejamento, processos, gestão de pessoas e resultados; (iv) formular proposta para melhoria da aderência ao modelo de gestão adotado pela EBSEH.

4.4.1 O modelo de gestão da EBSEH

A criação da EBSEH, e subsequente contratualização para gerenciamento dos hospitais universitários, tem como diretriz a adoção de um modelo de gestão voltado para a modernização da administração, a recomposição da força de trabalho, a reestruturação física e tecnológica da organização hospitalar e a qualificação da gestão orçamentária e financeira.

Entretanto, conforme esclarece o documento “Estrutura Organizacional dos Hospitais sob Gestão da EBSEH: Diretrizes Técnicas” (EBSEH, 2013), o alcance dos objetivos que derivam dessas premissas depende de um conjunto de ações pactuadas entre a empresa de serviços hospitalares e o HU, dentre as quais se destaca a implantação de uma nova arquitetura organizacional, que possibilite o atendimento aos objetivos da organização e favoreça o seu funcionamento de modo eficaz.

Neste sentido, o arranjo organizacional posto para os hospitais que fazem parte da rede EBSEH parte de diversos pressupostos, dentre os quais se destaca o alinhamento com a estrutura prevista para a sede da empresa, com o intuito de “assegurar coerência entre os objetivos, processos de trabalho e a coordenação entre as instâncias e as pessoas que vão desempenhar as tarefas.” (EBSEH, 2013).

Para a elaboração do modelo organizacional para os HU's, a EBSEH levou em consideração a análise de diversas estruturas já existentes, de modo a contemplar a realidade e forma de organização adotada pelos hospitais.

Tomando por parâmetro a definição tradicional de estrutura organizacional, a formulação da estrutura dos HU's considerou a existência de cinco blocos lógicos (Figura 9), com a necessidade de fortalecimento do **núcleo operacional**, que corresponde ao bloco no qual acontecem os processos de trabalho finalísticos, onde são produzidos e entregues os resultados finais do serviço.

Figura 9 – Modelo genérico de estrutura organizacional.



Fonte: Martins & Marini (2010), com formatação do autor

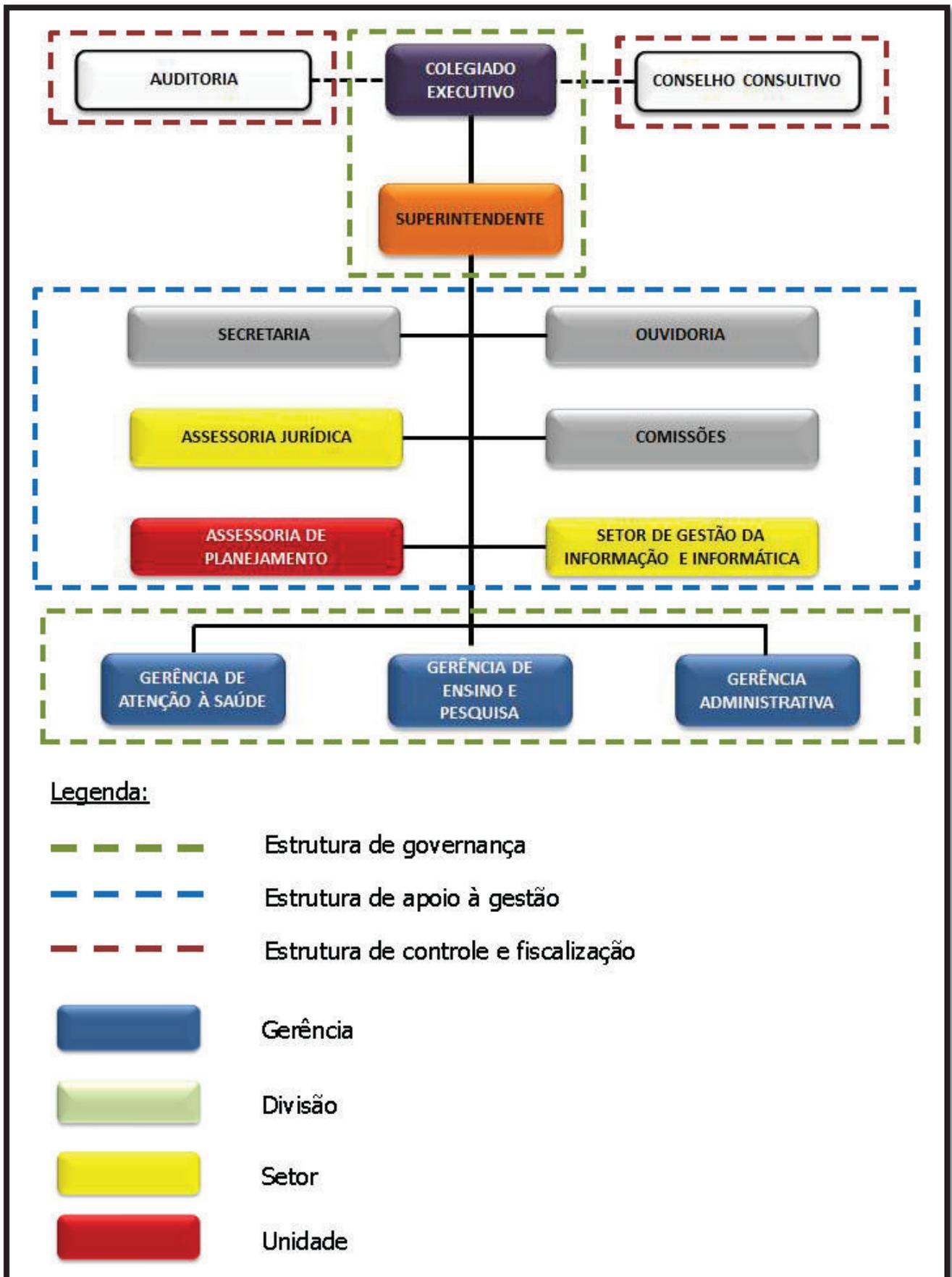
Na base da pirâmide, denominada núcleo operacional, estão alocados os **setores e unidades** da estrutura hospitalar, áreas organizacionais que facilitam a coordenação das atividades finalísticas e permitirão a prestação de serviços assistenciais no hospital.

Já na parte intermediária da pirâmide, encontram-se as **divisões**, áreas organizacionais que estabelecem a integração horizontal (entre os processos finalísticos, e entre estes e os de suporte) e a integração vertical (entre o nível operacional e de suporte, e a cúpula).

Na cúpula encontram-se as **gerências** (de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e administrativa), a **superintendência** e o **colegiado executivo** (órgão composto pelas gerências e superintendência), que juntos compõem a **estrutura de governança** e correspondem a **instâncias decisórias e deliberativas** do hospital.

No Quadro 4, é apresentado organograma básico de um hospital, que integra a estrutura de governança, estrutura de apoio à gestão e estrutura de controle e fiscalização.

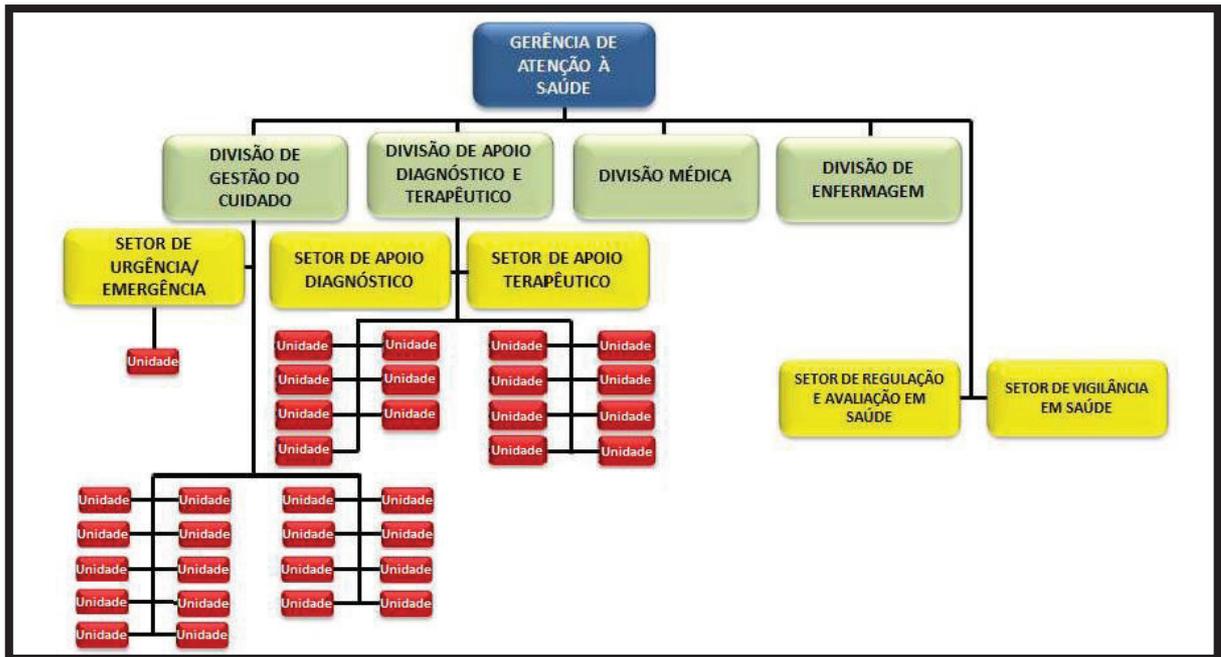
Quadro 4 – Estrutura básica de um hospital.



Fonte: EBSEERH (2013).

A partir do organograma básico, demonstrado no Quadro 4, o modelo de estrutura organizacional para os hospitais se desdobra em três estruturas distintas, segundo porte do hospital: pequeno (menor que 200 leitos); médio (de 200 a 399 leitos); grande (igual ou maior que 400 leitos); e hospital especializado ou maternidade, conforme demonstrado nos Quadros 5 a 16.

Quadro 5 – Estrutura para hospital de grande porte – Gerência de Atenção à Saúde



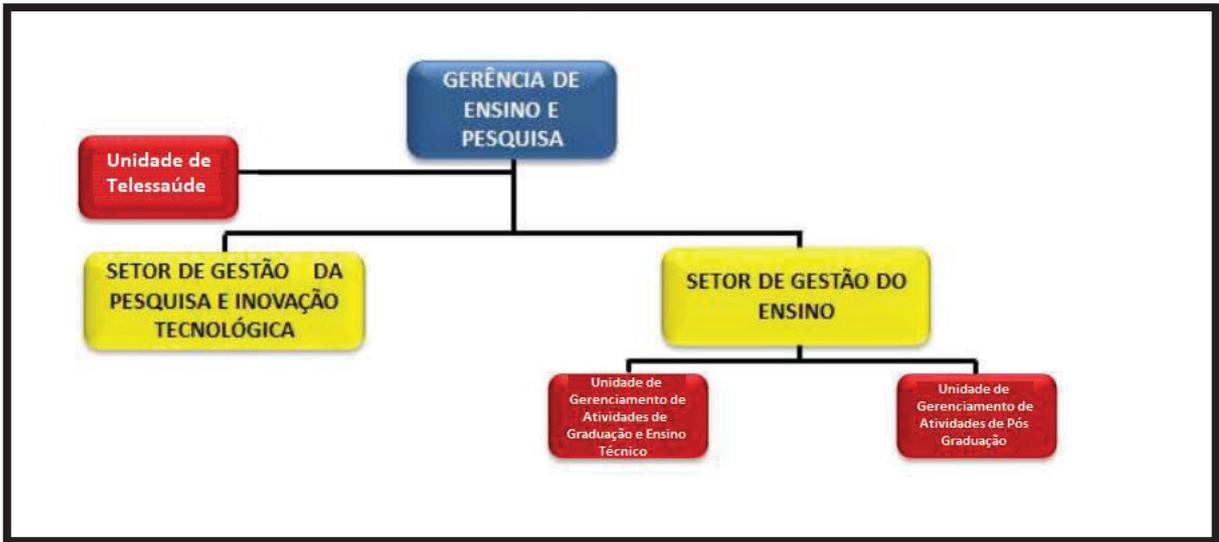
Fonte: EBSEERH (2013).

Quadro 6 - Estrutura para hospital de grande porte – Gerência de Ensino e Pesquisa



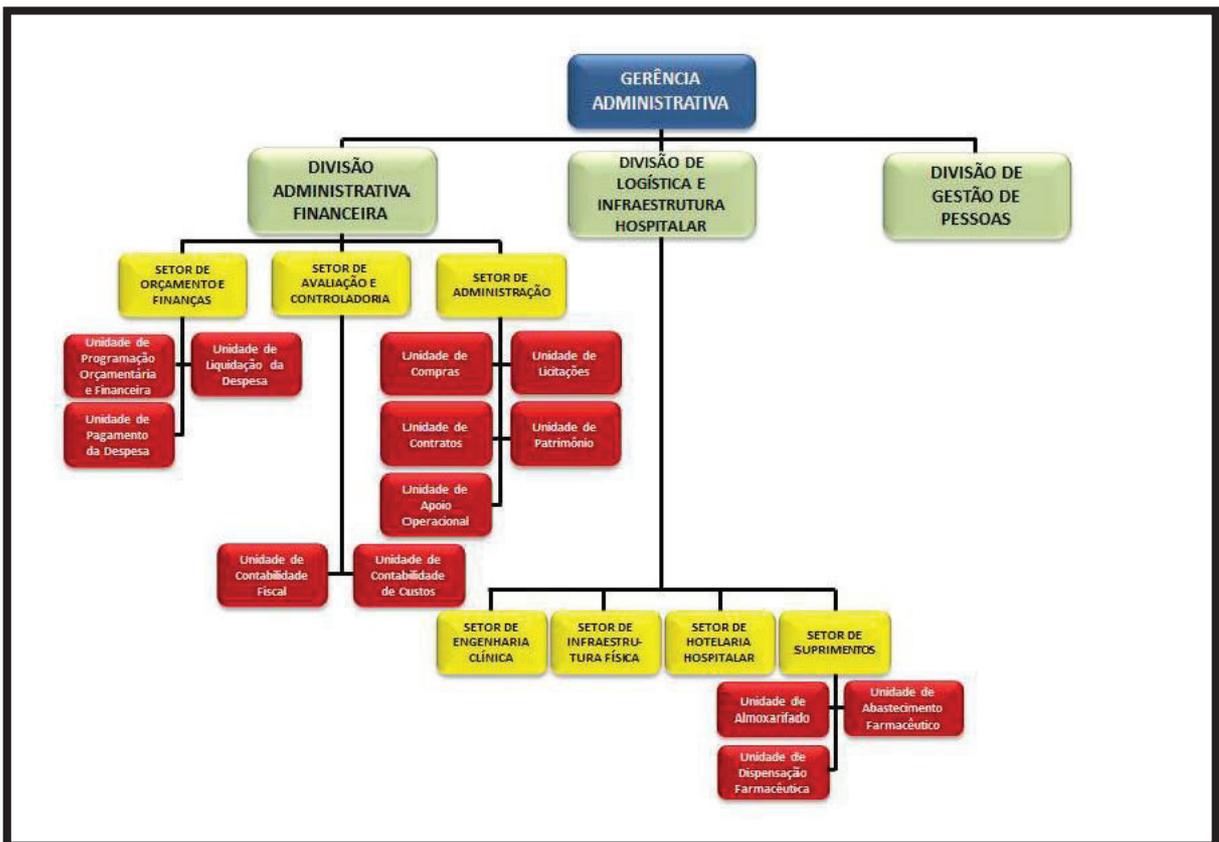
Fonte: EBSEERH (2013).

Quadro 9 - Estrutura para hospital de médio porte - Gerência de Ensino e Pesquisa



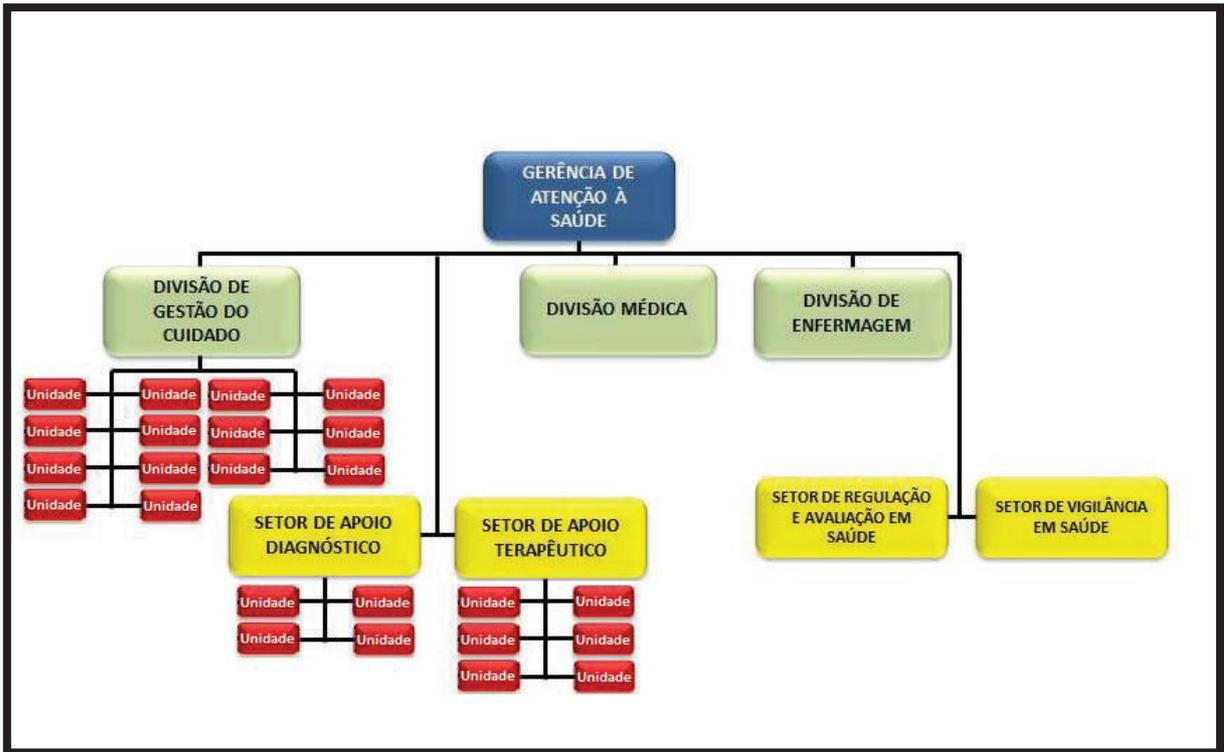
Fonte: EBSEERH (2013).

Quadro 10 - Estrutura para hospital de médio porte - Gerência Administrativa



Fonte: EBSEERH (2013).

Quadro 11 – Estrutura para hospital de pequeno porte – Gerência de Atenção à Saúde



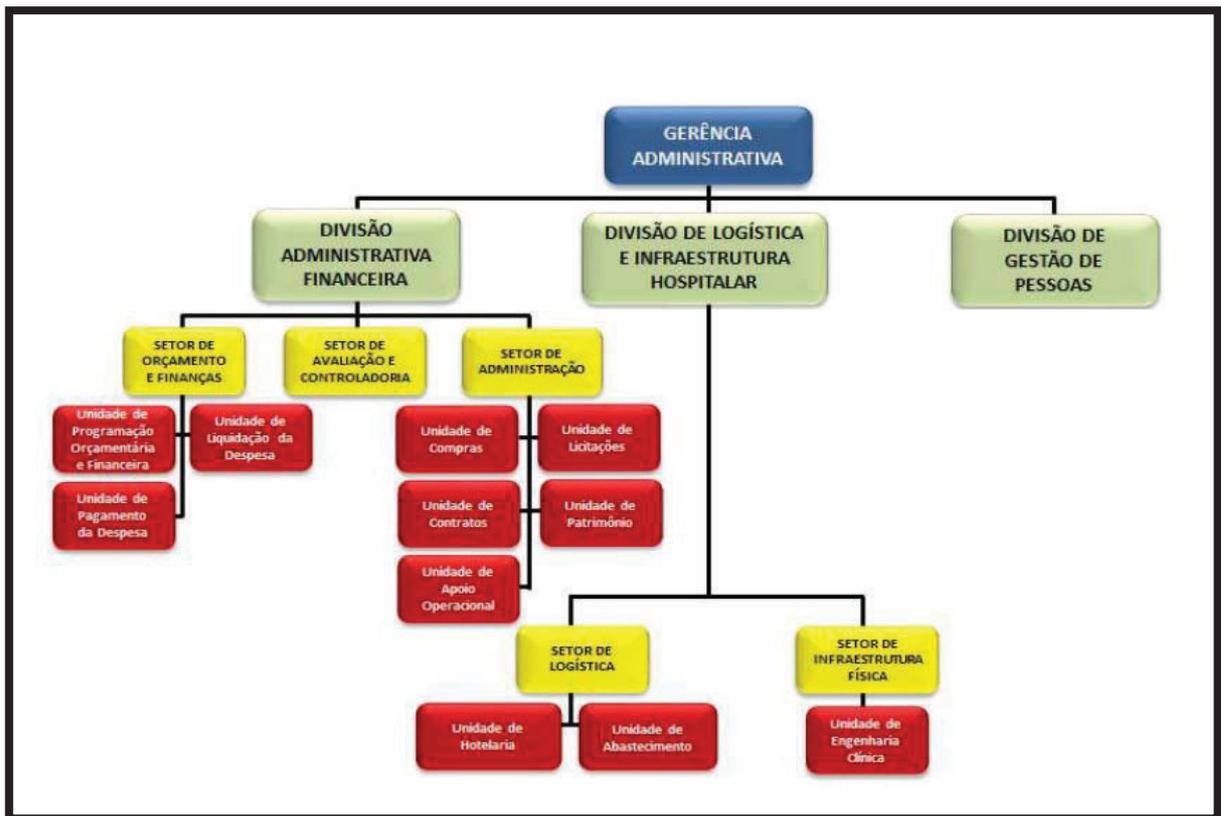
Fonte: EBSEERH (2013).

Quadro 12 – Estrutura para hospital de pequeno porte – Gerência de Ensino e Pesquisa



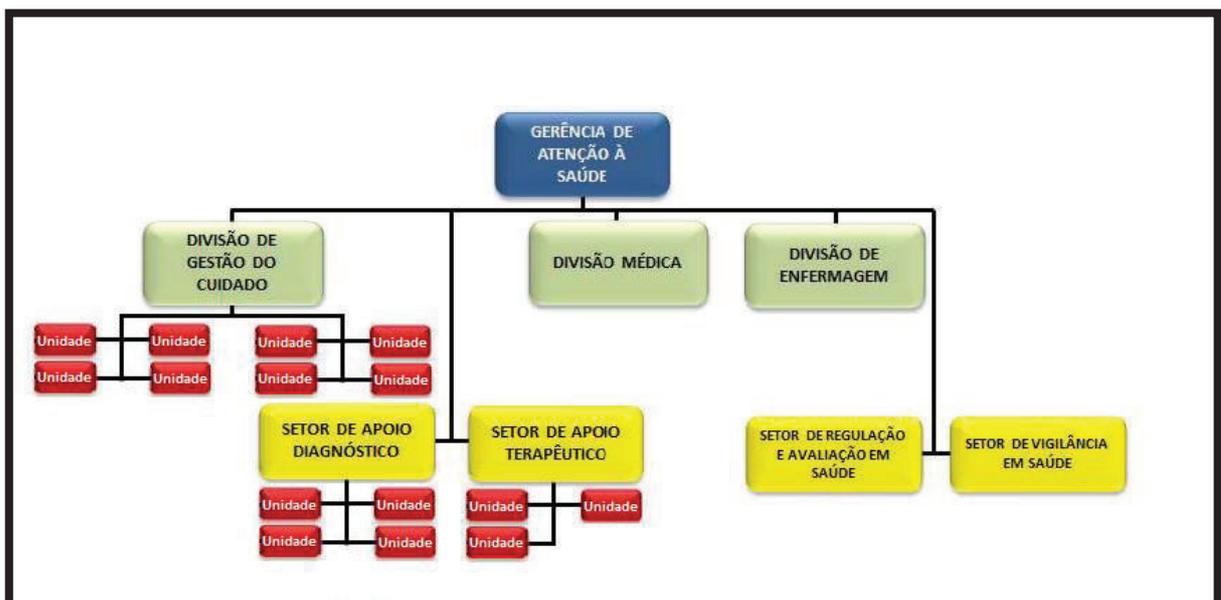
Fonte: EBSEERH (2013).

Quadro 13 – Estrutura para hospital de pequeno porte – Gerência Administrativa



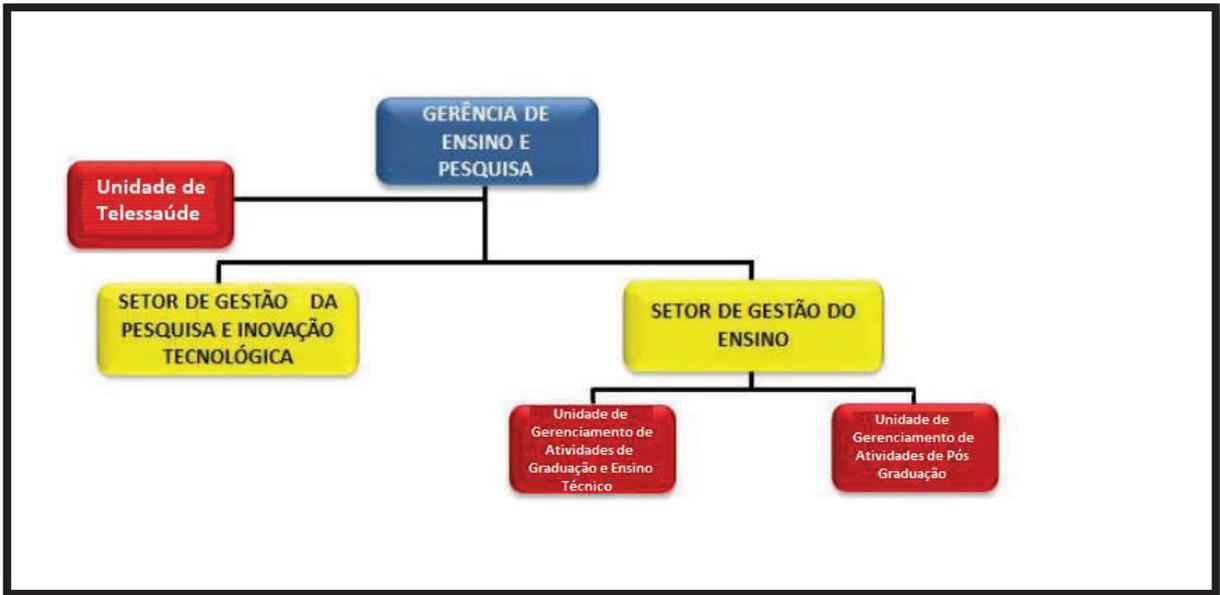
Fonte: EBSERH (2013).

Quadro 14 – Estrutura para HU especializado e maternidade – Gerência de Atenção à Saúde



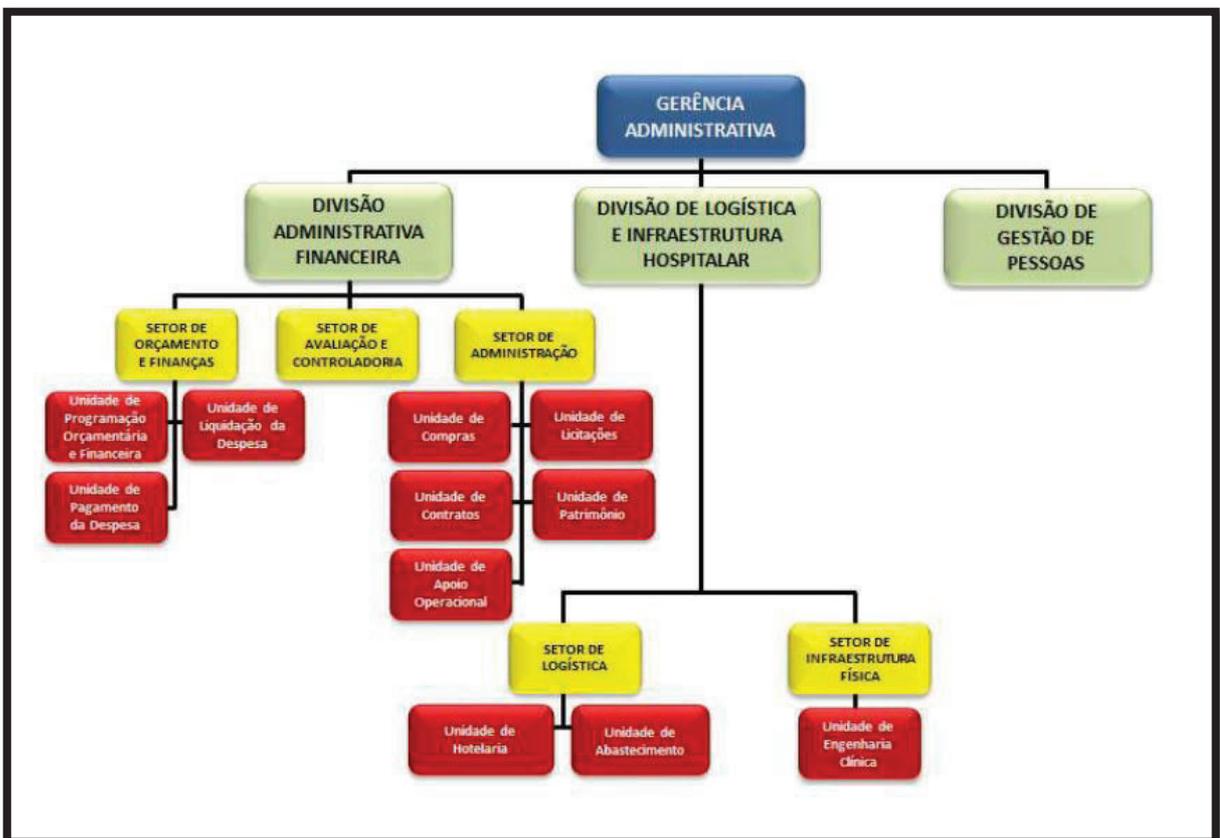
Fonte: EBSERH (2013).

Quadro 15 – Estrutura para HU especializado e maternidade – Gerência de Ensino e Pesquisa



Fonte: EBSEERH (2013).

Quadro 16 – Estrutura para HU especializado e maternidade – Gerência Administrativa



Fonte: EBSEERH (2013).

De acordo com o porte de cada hospital, são estabelecidos parâmetros de referência para as quantidades de cargos comissionados e funções gratificadas, conforme mostrado no Tabela 1:

Tabela 1 – Cargos comissionados e funções gratificadas, segundo o porte do hospital.

CARGOS E FUNÇÕES	GESTÃO CENTRAL	ATENÇÃO À SAÚDE	ENSINO E PESQUISA	ADMINISTRATIVA	TOTAL
HOSPITAL DE GRANDE 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	1	34	5	15	55
TOTAL	6	44	8	26	84
HOSPITAL DE 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	1	29	3	13	46
TOTAL	6	39	6	24	75
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE					
Superintendente	1	-	-	-	1
Gerente	-	1	1	1	3
Ouvidor	1	-	-	-	1
Auditor	1	-	-	-	1
Chefe de Divisão	-	3	-	3	6
Chefe de Setor	2	4	2	5	13
Chefe de Unidade	1	24	3	11	39
TOTAL	6	32	6	20	64
HOSPITAL MATERNIDADE E ESPECIALIZADO					
Superintendente	1	-	-	-	1
Gerente	-	1	1	1	3
Ouvidor	1	-	-	-	1
Auditor	1	-	-	-	1
Chefe de Divisão	-	3	-	3	6
Chefe de Setor	2	4	2	5	13
Chefe de Unidade	1	15	3	11	30
TOTAL	6	23	6	20	55

Fonte: EBSEH (2013).

De acordo com o disposto no documento “Estrutura Organizacional dos Hospitais sob Gestão da EBSEH: Diretrizes Técnicas” (EBSEH, 2013), a formulação desse arranjo institucional objetiva atender os objetivos estratégicos da empresa, favorecendo a implantação de uma nova estratégia de gestão para os HU’s, caracterizada como colegiada, horizontalizada, participativa e por competência.

Em análise aos dados do Relatório REHUF (2009), nota-se que, antes da assinatura do contrato com a EBSEH, os hospitais possuíam uma estrutura organizacional baseada em Direções e Coordenadorias, inspirada em um modelo de gestão híbrido, com enfoque nos antigos protótipos de administração de pessoal e no comportamento humano. Na lição de Fischer (1998), nesse modelo, também chamado administração de recursos humanos, as organizações administravam seus empregados sob a ótica dos custos, gerindo-os de forma racional, tal como outros fatores de produção. Para Dutra (2016, p. 26), “[...] as pressões do contexto externo e interno geraram a necessidade de uma profunda reflexão acerca da gestão de pessoas com um deslocamento do foco no controle das pessoas para o foco em seu desenvolvimento.”.

A partir da contratualização com o HU, a EBSEH apresenta uma proposta de descentralização da estrutura administrativa, mediante a adoção dos princípios da gestão compartilhada, que busca fomentar a coparticipação ativa de todos seus gestores internos. A gestão passa a ser realizada em conjunto por vários entes, que se reúnem para gerir projetos ou processos de trabalho, visando um objetivo comum. Têm-se, assim, também um modelo de gestão híbrido, porém, alicerçado nos princípios da gestão estratégica, articulado por competências.

Trata-se, portanto, de um modelo em que cada membro do grupo gestor mantém sua identidade institucional e programática, dirigindo pessoas, esforços e recursos para fins comuns e integrados, evitando ações isoladas, paralelismo e sobreposições.

De acordo com literatura trazida no referencial teórico, a comunicação efetiva é um dos pressupostos desse modelo de gestão. Ao se propor um modelo que seja baseado em estruturas flexíveis e descentralizadas, deve-se pensar menos intensivamente em comunicação vertical e, prioritariamente, em comunicação horizontal ou lateral. Conhecer o papel de cada membro de grupo gestor é fator primordial para que os colaboradores saibam a quem se reportar.

Tem-se, assim, um modelo plenamente voltado para a administração pública gerencial, que orienta-se por resultados, pela descentralização da estrutura administrativa, a delegação de autoridade e de responsabilidade ao gestor público, com um rígido controle sobre o desempenho, que é aferido mediante indicadores acordados e definidos por contrato que envolve estratégias reais, na busca por efetividade e eficácia no serviço público.

4.4.2 Composição da força de trabalhos dos HU's pesquisados

Para a compreensão da aplicação do modelo de gestão adotado pela EBSEERH nos hospitais pesquisados, faz-se necessário um diagnóstico da composição de sua atual força de trabalho, de modo a se entender o fluxo dos processos internos em meio à pluralidade de vínculos dos seus trabalhadores, historicamente existentes nos HU's brasileiros.

Ao tratarmos da modernização da gestão dos HU's, no item 2.3, relatamos todo o seu processo de criação e desenvolvimento, destacando os problemas advindos da precarização e déficit de sua força de trabalho, que por muito tempo os fez padecer com a necessidade de recomposição do quadro de pessoal e substituição da mão de obra terceirizada, ocasionando até mesmo o fechamento de leitos e a diminuição no número de procedimentos realizados.

Nesse sentido, o levantamento da composição do quadro de pessoal do HUAC e HUJB também fornece subsídios para se analisar a existência de uma real reestruturação do quadro de recursos humanos nessas organizações, que é, inclusive, um das finalidades da criação da EBSEERH.

A partir da análise das informações constantes do PDE de cada hospital pesquisado, dos seus Relatórios de Desempenho e de dados públicos, disponibilizados na página eletrônica da EBSEERH, bem como de algumas respostas fornecidas pelos seus Gerentes Administrativos ao questionário da pesquisa, traçaremos, a seguir, um panorama da composição do seu quadro de colaboradores.

4.4.2.1 Trabalhadores do HUAC

Antes da contratualização com a EBSEERH, o HUAC possuía em seu quadro funcional servidores integrantes do RJU, parte vinculados à UFCG e outros ao Ministério da Saúde, além de servidores contratados temporariamente, nos termos da Lei nº 8.745/93.

De acordo com dados do seu PDE para os anos de 2017/2018 (EBSEERH, 2016), em março de 2015 o HUAC mantinha uma força de trabalho correspondente aos quantitativos mostrados na Tabela 2.

Tabela 2 – Força de trabalho do HUAC em março/2015

Vínculo do Trabalhador	Quantidade
Ministério da Saúde	126
Ministério da Educação	460
Temporários (Lei 8745/93)	230
Total	816

Fonte: EBSEERH (2016).

De acordo com os dados apresentados, antes da contratualização com a EBSE RH a força de trabalho do HUAC apresentava uma composição de múltiplos vínculos, com servidores estatutários da própria UFCG, servidores estatutários cedidos pelo Ministério da Saúde e por trabalhadores contratados por excepcional interesse público.

A todos os vínculos já enumerados, some-se também os empregados contratados por empresas terceirizadas, para o desempenho de atividades meio, de apoio administrativo, como segurança, limpeza, etc.

Em vista da contratualização, a partir de um estudo conjunto com a EBSE RH, para dimensionamento de pessoal, considerando o porte da unidade, a série histórica de serviços produzidos e a capacidade instalada, verificou-se a real necessidade de um contingente de 1.137 servidores, conforme detalhado na Tabela 3.

Tabela 3 – Dimensionamento da força de trabalho ideal para o HUAC

Cargos	Estimativa de Profissionais
Atividades Assistenciais (finalísticas)	
Médico	229
Enfermeiro	176
Técnico de Enfermagem	385
Demais assistenciais (Nível Superior)	126
Demais assistenciais (Nível Técnico)	77
Atividades Administrativas (meio)	
Advogado	1
Demais administrativos (Nível Superior)	28
Demais administrativos (Nível Técnico)	115
Total	1.137

Fonte: EBSE RH (2016), com adaptações do autor

Considerando o total estimado no dimensionamento, deduzido da quantidade de servidores do próprio quadro da UFCG, tinha-se a necessidade de contratação de 667 novos colaboradores pela EBSE RH, para uma ideal composição do quadro de pessoal do HUAC.

Entretanto, a Portaria MPOG nº 20, de maio de 2016, fixou o limite máximo para o quadro de pessoal próprio da EBSE RH a ser lotado no HUAC em um total de 949 vagas.

No ano de 2016, foram abertos concursos públicos para preenchimento de 293 vagas, distribuídas nas áreas médica, assistencial e administrativa, através do regime celetista de emprego público, com contratação prevista para duas etapas, no ano de 2017 e 2018.

Mesmo com essas ações para recomposição da força de trabalho do HU, o quadro de trabalhadores do HUAC vem sendo reduzido, devido a ocorrência de aposentadorias, remoções, exonerações, falecimentos e redistribuições. De acordo com o Relatório de

Desempenho do hospital, para o ano de 2017, em dezembro daquele ano havia apenas 693 colaboradores em seu quadro de pessoal, mesmo considerando os empregados contratados pela EBSEH, conforme detalhado na Tabela 4.

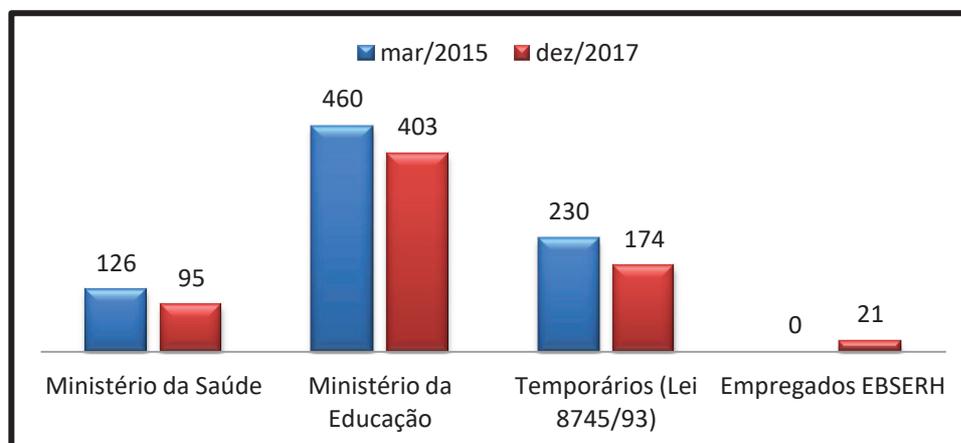
Tabela 4 – Força de trabalho do HUAC em dezembro/2017

Vínculo do Trabalhador	Quantidade
Ministério da Saúde	95
Ministério da Educação	403
Temporários (Lei 8745/93)	174
Empregados EBSEH	21
Total	693

Fonte: EBSEH (2018), com formatação do autor

No que pese a tentativa de recomposição da força de trabalho do hospital pela EBSEH, vê-se que, até o mês de dezembro de 2017, houve uma redução do quadro de pessoal e um aumento dos tipos de vínculos existentes na organização, com o surgimento dos empregados da empresa, conforme demonstrado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Evolução da Força de trabalho do HUAC – mar/2015 a dez/2017



Fonte: Elaborado pelo autor

Acrescentando-se aos colaboradores já evidenciados no Gráfico 1, os empregados contratados por empresas terceirizadas (motoristas, vigilantes, etc.), tem-se uma variada gama de vínculos laborais, que, apesar da reestruturação do quadro de pessoal proposta pela EBSEH, permanecem figurando na organização.

4.4.2.2 Trabalhadores do HUJB

Ao tempo da contratualização, a força de trabalho do HUJB guardava grande simetria com o quadro de pessoal do HUAC, também apresentando quatro tipos de vínculos distintos, sendo composta por servidores RJU da universidade e cedidos de outros órgãos federais, trabalhadores contratados por empresas terceirizadas (atividades não finalísticas) e prestadores de serviços (atividades finalísticas), conforme detalhamento constante da Tabela 5.

Tabela 5 – Força de trabalho do HUJB antes da contratualização

Vínculo do Trabalhador	Quantidade
RJU – UFCG	03
RJU – Cedidos	02
Prestadores de Serviço – atividades finalísticas	75
Trabalhadores terceirizados – atividades meio	49
Total	129

Fonte: EBSEERH (2016), com formatação do autor

Os dados apresentados apontam que, antes da contratualização com a EBSEERH a força de trabalho do HUJB apresentava uma composição de múltiplos vínculos, com servidores estatutários da própria UFCG, servidores estatutários cedidos por outros órgãos, por prestadores de serviço (nas atividades meio) e empregados contratados através de empresas terceirizadas, para execução de atividades não finalísticas, como vigilância, limpeza, etc.

Com relação à especificação do vínculo correspondente aos prestadores de serviço, que realizam atividades finalísticas na organização, merece transcrição o esclarecimento constante do Plano Diretor Estratégico do HUJB para o biênio 2017/2018:

O quadro de prestadores de serviço é constituído por profissionais de saúde, de acordo com as categorias e número de profissionais existentes no hospital antes da doação para a UFCG. Na Lei de doação ficou acordado que a Prefeitura Municipal de Cajazeiras (PMC) seria responsável pelo pagamento dos profissionais contratados durante seis meses após a data do recebimento do hospital pela UFCG. Após o encerramento do prazo a PMC assumiu um novo compromisso com o objetivo de contribuir com a consolidação do HUJB, ampliando o compromisso por mais 1 (um) ano, através do Projeto de Lei N° 02/2013 de 18 de janeiro de 2013.

A Justiça Federal emitiu em janeiro de 2014 uma decisão liminar, estabelecendo a manutenção financeira dos servidores pela UFCG, por um prazo de sessenta dias (folhas de pagamento dos meses de fevereiro e março de 2014), e logo em seguida determinou: que a UFCG realize, através da Ebserh, concurso público para provimento do quadro de pessoal do Hospital Universitário Júlio Bandeira, no prazo máximo de 01 (um) ano, ante a notícia da adesão à Ebserh; que nesse hiato temporal sejam mantidos os atuais prestadores de serviço até a contratação dos aprovados no certame público, respondendo a UFCG e a UNIÃO pelo pagamento

da atual folha de pessoal, sendo essa a situação atual do quadro de prestadores de serviços do HUJB.

Desde fevereiro de 2014 a UFCG é responsável pelos pagamentos dos profissionais, como prestadores de serviços, em cumprimento a referida determinação judicial, sendo o ato indispensável para a manutenção do funcionamento do hospital até a composição do quadro de pessoal pela Ebserh. (EBSERH, 2016, p. 39)

Por ocasião da contratualização, foi realizado estudo conjunto com a EBSEH para dimensionamento de pessoal. Nesse sentido, considerando o porte da unidade, a série histórica de serviços produzidos e a capacidade instalada, foi aferida a real necessidade de um contingente de 421 servidores para o HUJB, conforme detalhado na Tabela 6.

Tabela 6 – Dimensionamento da força de trabalho ideal para o HUJB

Cargos	Estimativa de Profissionais
Atividades Assistenciais (finalísticas)	
Médico	104
Enfermeiro	57
Técnico de Enfermagem	143
Demais assistenciais (Nível Superior)	41
Demais assistenciais (Nível Técnico)	33
Atividades Administrativas (meio)	
Advogado	1
Demais administrativos (Nível Superior)	8
Demais administrativos (Nível Técnico)	34
Total	421

Fonte: EBSEH (2016), com adaptações do autor

Considerando o total estimado no dimensionamento, deduzido da quantidade de servidores do próprio quadro da UFCG, tinha-se a necessidade de contratação de 418 novos colaboradores pela EBSEH, para uma ideal composição do quadro de pessoal do HUJB.

No entanto, em 2 de junho de 2016, a Portaria MPOG nº 23, fixou o limite máximo para o quadro de pessoal próprio da EBSEH a ser lotado no HUJB em um total de 423 vagas.

No ano de 2016, foram abertos concursos públicos para preenchimento de vagas, distribuídas nas áreas médica, assistencial e administrativa, através do regime celetista de emprego público, com contratação prevista para duas etapas, no ano de 2017 e 2018.

Com essa ação inicial para recomposição da força de trabalho do hospital, até o final de 2017 o quadro de trabalhadores do HUJB obteve um aumento de 13 colaboradores. De acordo com o Relatório de Desempenho do hospital, para o ano de 2017, em dezembro daquele ano havia 142 colaboradores em seu quadro de pessoal, conforme detalhado na Tabela 7.

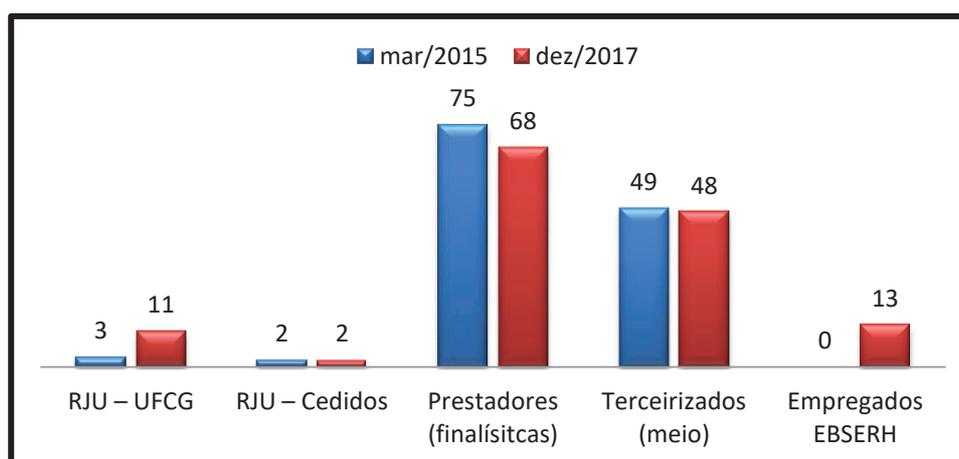
Tabela 7 – Força de trabalho do HUAC em dezembro/2017

Vínculo do Trabalhador	Quantidade
RJU – UFCG	11
RJU – Cedidos	02
Prestadores de Serviço – atividades finalísticas	68
Trabalhadores terceirizados – atividades meio	48
Empregados EBSEH	13
Total	142

Fonte: EBSEH (2018), com formatação do autor

Com a recomposição da força de trabalho do hospital pela EBSEH, vê-se que, até o mês de dezembro de 2017, houve um acréscimo do quadro de pessoal, acompanhado do aumento dos tipos de vínculos existentes na organização, devido o surgimento dos empregados contratados pela empresa, conforme demonstrado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Evolução da Força de trabalho do HUJB – mar/2015 a dez/2017



Fonte: Elaborado pelo autor

Conforme visualizado no Gráfico 2, tem-se ainda uma variada gama de vínculos laborais, que, apesar da reestruturação do quadro de pessoal proposta pela EBSEH, permanecem figurando na organização.

4.4.3 Análise do nível de desenvolvimento da gestão dos hospitais pesquisados

Para o alcance do objetivo específico que propõe diagnosticar o nível de desenvolvimento da gestão dos hospitais pesquisados, foi utilizado um questionário autoaplicável, composto por dezesseis questões fechadas, de múltipla escolha. Como modelo para o diagnóstico, com as devidas adequações à finalidade do estudo, o instrumento de

pesquisa teve como base o questionário de autoavaliação utilizado pela Superintendência de Modernização Institucional, da Secretaria de Gestão e Planejamento do Estado de Goiás, para diagnosticar a gestão nos seus órgãos e entidades autárquicas e fundacionais.

As duas primeiras questões, que tratam da composição da força de trabalho do hospital, antes e depois da contratualização com a EBSERH, foram submetidas apenas aos Gerentes Administrativos, por deterem o conhecimento organizacional necessário para uma resposta precisa, cuja análise foi feita nos itens 4.4.2.1 e 4.4.2.2. As demais questões (quatorze) foram direcionadas a todos os ocupantes de cargos em comissão e funções gratificadas de cada HU, totalizando dezesseis respondentes do HUAC e dezenove do HUJB, abordando quatro critérios consagrados da gestão: (i) estratégia e planejamento; (ii) processos; (iii) gestão de pessoas e (iv) resultados.

Para efeitos de análise, a cada resposta foi atribuído um nível escalonado, crescente, de maturidade (desenvolvimento) em relação à pergunta, de forma que cada alternativa gera uma pontuação, de acordo a metodologia de critérios de pontos adotada, sendo avaliado o total obtido em relação à pontuação desejada (ideal) para cada questão. Posteriormente, são somadas todas as pontuações, gerando uma média ponderada de acordo com os pesos atribuídos a cada item, encontrando uma porcentagem (que varia de 0% a 100%) para cada uma das áreas de gestão analisadas, traduzindo o grau de maturidade, ou desenvolvimento, do diagnóstico organizacional.

Por sua vez, de acordo com a alternativa escolhida, cada questão poderá atingir uma pontuação com valor estabelecido entre 1 (0% e 20% - péssimo) e 5 (80,1% e 100% (excelente)).

Ao final, o resultado do diagnóstico organizacional revelará um, dos cinco níveis de maturidade para cada pergunta e critério de gestão analisados:

Grau de Maturidade Nível 1 – Pontuação 1 - Entre 0% e 20% (péssimo).

Grau de Maturidade Nível 2 – Pontuação 2 - Entre 20,1% e 40% (ruim).

Grau de Maturidade Nível 3 – Pontuação 3 - Entre 40,1% e 60% (regular).

Grau de Maturidade Nível 4 – Pontuação 4 - Entre 60,1% e 80% (bom).

Grau de Maturidade Nível 5 – Pontuação 5 - Entre 80,1% e 100% (excelente).

Tendo em vista a igualitária importância de todos critérios abordados na pesquisa para a gestão (estratégia e planejamento, processos, gestão de pessoas e resultados), não foram estabelecidas diferenciações de pesos.

4.4.3.1 Desenvolvimento da gestão do HUAC

A primeira seção do questionário destina-se a revelar o perfil dos respondentes, definindo qual o seu HU de lotação, sexo, idade, escolaridade, tipo de vínculo institucional, área de atuação e cargo ou função exercida na gestão. As características dos que foram pesquisados sobre a gestão do HUAC estão apresentadas na Tabela 8, que destaca os aspectos relevantes para a pesquisa.

Tabela 8 – Perfil dos respondentes do HUAC

Gênero	(%)
Masculino	33
Feminino	67
Grau de instrução	(%)
Ensino Superior Completo	17
Especialização	33
Mestrado	33
Doutorado	17
Vínculo institucional	(%)
Celetista (do quadro de pessoal do HU/Universidade)	17
Estatutário (do quadro de pessoal do HU/Universidade)	83
Área de atuação no HU	(%)
Administrativa	100

Fonte: Elaborado pelo autor

No que diz respeito ao gênero dos respondentes, observa-se que há uma maior quantidade de mulheres em relação aos homens, denotando uma igualdade de oportunidades para o exercício de cargos comissionados e funções gratificadas no HUAC, sem distinção de sexo dos seus ocupantes.

Com relação ao grau de instrução, a pesquisa revela uma alta qualificação dos respondentes, que, em sua maioria, detêm títulos de especialista e mestres.

Por sua vez, a multiplicidade de vínculos também aflora na composição dos pesquisados, sendo parte celetistas e outros estatutários, ambos do quadro de pessoal do HU/Universidade.

É relevante também destacar que só foram todos os respondentes atuam na área administrativa do hospital.

Passando à análise da gestão, o **primeiro critério** pesquisado se refere às **práticas de estratégia e planejamento** e analisa o processo de definição das estratégias e planos para o

cumprimento da visão definida para a organização, o estabelecimento de indicadores e metas para assegurar a execução das estratégias, bem como os planos de ação para assegurar o cumprimento das metas associadas aos indicadores. Para a análise desse critério foram definidas seis questões e seus resultados estão detalhados na Tabela 9.

A **primeira questão** interroga sobre a prática de planejamento estratégico no HU, sendo evidenciado que o HUAC **possui um planejamento estratégico, mas não existe um monitoramento do seu desenvolvimento**, o que corresponde a um nível de maturidade **bom** para o item pesquisado.

Na **segunda pergunta** se analisa a existência de prática de metas e planos de ação pela gestão do hospital, restando caracterizado pelos respondentes **que algumas unidades do HUAC possuem metas de curto e/ou longo prazos estabelecidos**, demonstrando um **regular** nível de maturidade para o item pesquisado.

Abordando a forma de monitoramento dos planos de ação estabelecidos para a organização, a resposta à **terceira questão** explicita que no HUAC **existe um acompanhamento dos prazos previstos dos planos de ação**, evidenciando um nível de maturidade **ruim** para o item pesquisado.

Por sua vez, a **quarta questão** investiga aspectos decisórios da equipe de governança e as respostas coletadas mostram que o HUAC **possui fóruns estruturados com as lideranças para tomada de decisão, porém, sem registro em ata de reunião**, denotando um **bom** nível de maturidade para o item pesquisado.

Aspectos ligados à comunicação das decisões são analisados na **quinta pergunta**, sendo constatado pelos respondentes que **existe uma sistemática de reuniões periódicas para tomada de decisões, que são amplamente comunicadas para toda organização**, o que expressa um nível de maturidade **excelente** para o item pesquisado.

Por fim, dentro do primeiro critério pesquisado (estratégia e planejamento), a **sexta questão** interroga sobre iniciativas para otimização dos gastos hospitalares e as respostas coletadas mostram que no HUAC **existem iniciativas isoladas de controle e avaliação de gastos em áreas específicas**, o que corresponde a um **bom** nível de maturidade para o item pesquisado.

Com os resultados propostos para cada questão do critério estratégia e planejamento, passa-se a calcular o grau de maturidade do HU nesse particular aspecto, conforme Tabela 9.

Tabela 9– Análise da maturidade da gestão do HUAC no critério estratégia e planejamento

Grau de Maturidade	Questão 1		Questão 2		Questão 3		Questão 4		Questão 5		Questão 6	
	Res-posta	Nota										
Nível 1 – Entre 0% e 20% (péssimo).												
Nível 2 – Entre 20,1% e 40% (ruim).			X	2	X	2						
Nível 3 – Entre 40,1% e 60% (regular).												
Nível 4 – Entre 60,1% e 80% (bom).	X	4					X	4			X	4
Nível 5 – Entre 80,1% e 100% (excelente).									X	5		
Cálculo do nível de maturidade para o primeiro critério (estratégia e planejamento):												
$4 + 2 + 2 + 4 + 5 + 4 = 21$ de $30 = 70\%$												

Fonte: Elaborado pelo autor

O resultado apurado para o **primeiro critério** aponta um **bom** nível de maturidade para o desempenho da gestão do HUAC **em relação ao desenvolvimento de estratégias e planejamento organizacional**.

O **segundo critério** da pesquisa analisa os **principais processos do HUAC**, que geram os produtos e os serviços que, entregues aos clientes, satisfazem suas necessidades e expectativas. Para a análise desse critério foram definidas duas questões e seus resultados estão detalhados na Tabela 10.

A **primeira questão** interroga sobre a situação do mapeamento dos processos de trabalho do hospital, sendo evidenciado que no HUAC **existe a descrição da maioria dos processos, mas estes não estão mapeados**, o que corresponde a um nível de maturidade **regular** para o item pesquisado.

Na **segunda pergunta** se analisa os indicadores do hospital, restando caracterizado pelos respondentes que o HUAC **não possui indicadores de processos**, expressando um **péssimo** nível de maturidade para o item pesquisado.

Com os resultados propostos para cada questão do **segundo critério** (processos), passa-se a calcular o grau de maturidade do HU nesse item, conforme Tabela 10.

Tabela 10 – Análise da maturidade da gestão do HUAC no segundo critério (processos)

Grau de Maturidade	Questão 1		Questão 2	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota
Nível 1 – Entre 0% e 20% (péssimo).			X	1
Nível 2 – Entre 20,1% e 40% (ruim).				
Nível 3 – Entre 40,1% e 60% (regular).	X	3		
Nível 4 – Entre 60,1% e 80% (bom).				
Nível 5 – Entre 80,1% e 100% (excelente).				
Cálculo do nível de maturidade para o segundo critério (processos):				
$3 + 1 = 4$ de $10 = 40\%$				

Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com o resultado apurado, o **segundo critério** aponta um nível de maturidade **ruim** para o desempenho da gestão do HUAC **em relação ao mapeamento dos seus processos**.

O **terceiro critério** da pesquisa analisa as **práticas de gestão em relação às pessoas que trabalham no HUAC**, ou seja, seus colaboradores. Para a análise desse critério foram definidas três questões e seus resultados estão detalhados na Tabela 11.

A **primeira questão** interroga sobre o quantitativo da força de trabalho da organização, ficando evidenciado pelos respondentes que **há carência de pessoal em algumas áreas de atuação do HUAC**, o que corresponde a um nível de maturidade **regular** para o item pesquisado.

Na **segunda pergunta** se analisa as áreas do hospital com uma maior carência de colaboradores, restando caracterizado pelos respondentes que **há alguma carência nas áreas finalísticas e de apoio**, expressando um nível ruim de maturidade para o item pesquisado.

Abordando as iniciativas de medição e avaliação do desempenho individual dos colaboradores, a resposta à **terceira questão** explicita que no HUAC existe mecanismo de avaliação de modo razoável, evidenciando um nível regular de maturidade para o item pesquisado.

Com os resultados propostos para cada questão do **terceiro critério** (gestão de pessoas), passa-se a calcular o grau de maturidade do HU nesse item, conforme Tabela 11.

Tabela 11 – Análise da maturidade da gestão do HUAC com relação à gestão de pessoas

Grau de Maturidade	Questão 1		Questão 2		Questão 3	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota	Resposta	Nota
Nível 1 – Entre 0% e 20% (péssimo).						
Nível 2 – Entre 20,1% e 40% (ruim).			X	2		
Nível 3 – Entre 40,1% e 60% (regular).	X	3			X	3
Nível 4 – Entre 60,1% e 80% (bom).						
Nível 5 – Entre 80,1% e 100% (excelente).						
Cálculo do nível de maturidade para o segundo critério (processos):						
$3 + 2 + 3 = 8$ de $15 = 53,33\%$						

Fonte: Elaborado pelo autor

O resultado apurado para o **terceiro critério** aponta um nível de maturidade **regular** para o desempenho da gestão do HUAC **em relação à gestão de pessoas**.

O **quarto** e último **critério** da pesquisa analisa os **resultados apresentados pelo hospital**, que são decorrência direta de tudo o que o HU tem ou faz para cumprir o que foi analisado nos critérios anteriores. Para a análise desse critério foram definidas três questões e seus resultados estão detalhados na Tabela 12.

A **primeira questão** interroga sobre a avaliação dos resultados da organização, ficando evidenciado pelos respondentes que o HUAC **avalia resultados globais, comunica e planeja ações para melhoria**, o que corresponde a um **bom** nível de maturidade para o item pesquisado.

Na **segunda pergunta** se investiga a existência de algum instrumento para avaliação da satisfação dos cidadãos-usuários em relação aos serviços prestados pelo HUAC, restando caracterizado pelos respondentes que o hospital **dispõe de instrumentos de avaliação, de forma isolada, mas eficaz**, expressando um nível **regular** de maturidade para o item pesquisado.

Abordando as formas de comunicação da organização com os cidadãos, a resposta à **terceira questão** explicita que o HUAC **dispõe de um canal ágil e eficaz de comunicação, com tratamento adequado das reclamações e sugestões**, evidenciando um nível **excelente** de maturidade para o item pesquisado.

Com os resultados propostos para cada questão do **quarto critério** (resultados), passa-se a calcular o grau de maturidade do HU nesse item, conforme Tabela 12.

Tabela 12 – Análise da maturidade da gestão do HUAC com relação aos resultados

Grau de Maturidade	Questão 1		Questão 2		Questão 3	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota	Resposta	Nota
Nível 1 – Entre 0% e 20% (péssimo).						
Nível 2 – Entre 20,1% e 40% (ruim).						
Nível 3 – Entre 40,1% e 60% (regular).			X	3		
Nível 4 – Entre 60,1% e 80% (bom).	X	4				
Nível 5 – Entre 80,1% e 100% (excelente).					X	5
Cálculo do nível de maturidade para o segundo critério (processos):						
$4 + 3 + 5 = 12$ de $15 = 80\%$						

Fonte: Elaborado pelo autor

O resultado apurado para o **quarto critério** aponta um **bom** nível de maturidade para o desempenho da gestão do HUAC em relação aos seus **resultados**.

Com a apuração definida para cada um dos quatro critérios estabelecidos para a pesquisa, resta quantificar o **índice geral** de aderência do hospital às boas práticas analisadas em cada aspecto, conforme detalhado na Tabela 13.

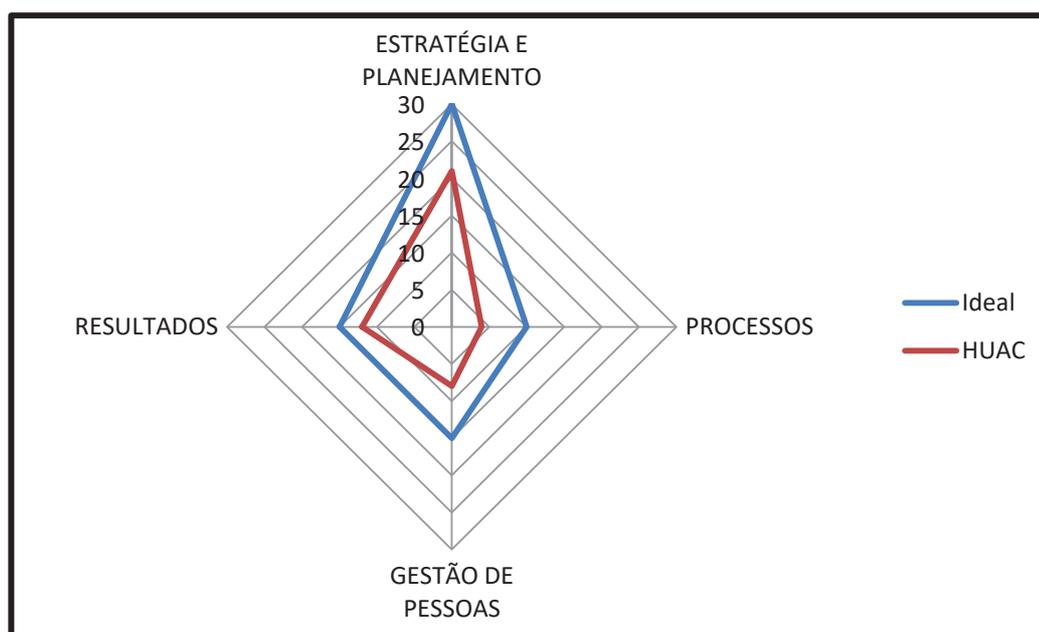
Tabela 13 – Índice de maturidade global da gestão do HUAC

Grau de Maturidade	Critério 1		Critério 2		Critério 3		Critério 4	
	%	Nota	%	Nota	%	Nota	%	Nota
Nível 1 – Entre 0% e 20% (péssimo).								
Nível 2 – Entre 20,1% e 40% (ruim).			40	2				
Nível 3 – Entre 40,1% e 60% (regular).					53,33	3		
Nível 4 – Entre 60,1% e 80% (bom).	70	4					80	4
Nível 5 – Entre 80,1% e 100% (excelente).								
Cálculo do nível de maturidade para o segundo critério (processos):								
$4 + 2 + 3 + 4 = 13$ de $20 = 65\%$								

Fonte: Elaborado pelo autor

Em última análise, de acordo com os critérios apresentados para a realização da pesquisa, contata-se que o **HUAC** apresenta um **bom** nível de maturidade **global** no desenvolvimento do seu modelo de gestão, percebendo-se um índice de **menos aderência** às boas práticas no item relacionado **ao mapeamento dos seus processos** (2º critério), conforme resta demonstrado através do Gráfico 3.

Gráfico 3 – Índice de maturidade global da gestão do HUAC



Fonte: Elaborado pelo autor

A linha azul demonstra o nível de desenvolvimento ideal a ser atingido pelo hospital, enquanto a linha vermelha reflete o nível de aderência da organização hospitalar aos quatro critérios pesquisados.

Antes de revelar qualquer fator negativo, o resultado apresentado mostra que o HUAC possui uma boa oportunidade de crescimento nos itens com menor nota de avaliação, o que pode ser analisado e tratado por ocasião da elaboração do seu Plano Diretor Estratégico para o biênio 2019/2020.

4.4.3.2 Maturidade da gestão do HUIB

A primeira seção do questionário destina-se a revelar o perfil dos respondentes, definindo qual o seu HU de lotação, sexo, idade, escolaridade, tipo de vínculo institucional, área de atuação e cargo ou função exercida na gestão. As características dos que foram pesquisados sobre a gestão do HUIB estão apresentadas na Tabela 14, que destaca os aspectos relevantes para a pesquisa.

Tabela 14 – Perfil dos respondentes do HUIB

Gênero	(%)
Masculino	47
Feminino	53
Grau de instrução	(%)
Ensino Superior Completo	18
Especialização	47
Mestrado	23
Doutorado	12
Vínculo institucional	(%)
Estatutário (do quadro de pessoal do HU/Universidade)	35
Cedido (vindo de outros órgãos)	35
Celetista (do quadro de pessoal do HU/Universidade)	30
Área de atuação no HU	(%)
Ensino e Pesquisa	6
Atenção à Saúde	41
Administrativa	53

Fonte: Elaborado pelo autor

No que diz respeito ao gênero dos respondentes, observa-se que há, quase, uma igualdade entre o número de mulheres em relação aos homens, o que, semelhante aos perfil dos respondentes do HUAC, denotando uma igualdade de oportunidades para o exercício de cargos comissionados e funções gratificadas no HUIB, sem distinção de sexo dos seus ocupantes.

Com relação ao grau de instrução, a pesquisa revela uma alta qualificação dos respondentes do HUIB, que, em sua maioria, também detêm títulos de especialista e mestres.

Por sua vez, a multiplicidade de vínculos também aflora na composição dos pesquisados, de forma até mais acentuada do que no HUAC, pois estão divididos entre celetistas e estatutários, ambos do quadro de pessoal do HU/Universidade, e cedidos, vindos de outros órgãos.

É relevante também destacar que há respondentes de todas as áreas da organização, tanto da administrativa, quanto do ensino e pesquisa e da assistencial.

Passando à análise da gestão, o **primeiro critério** pesquisado se refere às **práticas de estratégia e planejamento** e analisa o processo de definição das estratégias e planos para o cumprimento da visão definida para a organização, o estabelecimento de indicadores e metas para assegurar a execução das estratégias, bem como os planos de ação para assegurar o

cumprimento das metas associadas aos indicadores. Para a análise desse critério foram definidas seis questões e seus resultados estão detalhados na Tabela 15.

A **primeira questão** interroga sobre a prática de planejamento estratégico no HU, sendo evidenciado pelos respondentes que o HUIB **possui um planejamento estratégico, com seu desenvolvimento devidamente monitorado**, o que corresponde a um nível de maturidade **excelente** para o item pesquisado.

Na **segunda pergunta** se analisa a existência de prática de metas e planos de ação pela gestão do hospital, restando caracterizado pelos respondentes que **existem planos de ação com metas estabelecidas para todo o HUIB, com sistemática de acompanhamento e monitoramento**, demonstrando um **excelente** nível de maturidade para o item pesquisado.

Abordando a forma de monitoramento dos planos de ação estabelecidos para a organização, a resposta à **terceira questão** explicita que no HUIB **existe uma forma estruturada para monitorar a execução dos planos de ação por meio de indicadores**, evidenciando um **bom** nível de maturidade para o item pesquisado.

Por sua vez, a **quarta questão** investiga aspectos decisórios da equipe de governança e as respostas coletadas mostram que o HUIB **possui fóruns estruturados com as lideranças para tomada de decisão, com registro em ata de reunião**, denotando um índice de maturidade **excelente** para o item pesquisado.

Aspectos ligados à comunicação das decisões são analisados na **quinta pergunta**, sendo constatado pelos respondentes que **existe uma sistemática de reuniões periódicas para tomada de decisões, que são amplamente comunicadas para todo HUIB**, o que expressa um nível de maturidade **excelente** para o item pesquisado.

Por fim, dentro do primeiro critério pesquisado (estratégia e planejamento), a **sexta questão** interroga sobre iniciativas para otimização dos gastos hospitalares e as respostas coletadas mostram que no HUIB **existem iniciativas constantes e consolidadas de controle e avaliação dos gastos gerais**, o que corresponde a um nível de maturidade **excelente** para o item pesquisado.

Com os resultados propostos para cada questão do **critério estratégia e planejamento**, passa-se a calcular o grau de maturidade do HU nesse particular aspecto, conforme Tabela 15.

Tabela 15 – Análise da maturidade da gestão do HUJB no critério estratégia e planejamento

Grau de Maturidade	Questão 1		Questão 2		Questão 3		Questão 4		Questão 5		Questão 6	
	Res-posta	Nota										
Nível 1 – Entre 0% e 20% (péssimo).												
Nível 2 – Entre 20,1% e 40% (ruim).												
Nível 3 – Entre 40,1% e 60% (regular).												
Nível 4 – Entre 60,1% e 80% (bom).					X	4						
Nível 5 – Entre 80,1% e 100% (excelente).	X	5	X	5			X	5	X	5	X	5
Cálculo do nível de maturidade para o primeiro critério (estratégia e planejamento):												
$5 + 5 + 4 + 5 + 5 + 5 = 29$ de $30 = 96,66\%$												

Fonte: Elaborado pelo autor

O resultado apurado para o **primeiro critério** aponta um **excelente** nível de maturidade para o desempenho da gestão do HUJB em relação ao **desenvolvimento de estratégias e planejamento organizacional**.

O **segundo critério** da pesquisa analisa os **principais processos do HUJB**, que geram os produtos e os serviços que, entregues aos clientes, satisfazem suas necessidades e expectativas. Para a análise desse critério foram definidas duas questões e seus resultados estão detalhados na Tabela 16.

A **primeira questão** interroga sobre a situação do mapeamento dos processos de trabalho do hospital, sendo evidenciado que **a maioria dos processos do HUJB está mapeada e representada em fluxogramas e/ou procedimentos**, o que corresponde a um nível de maturidade **bom** para o item pesquisado.

Na **segunda pergunta** se analisa os indicadores do hospital, restando caracterizado pelos respondentes que o HUJB **possui indicadores de processos definidos e monitora entre 30% a 70% deles**, expressando um **bom** nível de maturidade para o item pesquisado.

Com os resultados propostos para cada questão do **segundo critério** (processos), passa-se a calcular o grau de maturidade do HU nesse item, conforme Tabela 16.

Tabela 16 – Análise da maturidade da gestão do HUJB no segundo critério (processos)

Grau de Maturidade	Questão 1		Questão 2	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota
Nível 1 – Entre 0% e 20% (péssimo).				
Nível 2 – Entre 20,1% e 40% (ruim).				
Nível 3 – Entre 40,1% e 60% (regular).				
Nível 4 – Entre 60,1% e 80% (bom).	X	4	X	4
Nível 5 – Entre 80,1% e 100% (excelente).				
Cálculo do nível de maturidade para o segundo critério (processos):				
$4 + 4 = 8$ de $10 = 80\%$				

Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com o resultado apurado, o **segundo critério** aponta um **bom** nível de maturidade para o desempenho da gestão do HUJB em relação **ao mapeamento dos seus processos**.

O **terceiro critério** da pesquisa analisa as **práticas de gestão em relação às pessoas que trabalham no HUJB**, ou seja, seus colaboradores. Para a análise desse critério foram definidas três questões e seus resultados estão detalhados na Tabela 17.

A **primeira questão** interroga sobre o quantitativo da força de trabalho da organização, ficando evidenciado pelos respondentes que **há carência de pessoal na maioria das áreas de atuação do HUJB**, o que corresponde a um nível de maturidade **ruim** para o item pesquisado.

Na **segunda pergunta** se analisa as áreas do hospital com uma maior carência de colaboradores, restando caracterizado pelos respondentes que **há alguma carência de pessoal nas áreas finalísticas e de apoio**, expressando um nível **ruim** de maturidade para o item pesquisado.

Abordando as iniciativas de medição e avaliação do desempenho individual dos colaboradores, a resposta à **terceira questão** explicita que no HUJB existe mecanismo de modo satisfatório para avaliação do desempenho, evidenciando um **bom** nível de maturidade para o item pesquisado.

Com os resultados propostos para cada questão do **terceiro critério** (gestão de pessoas), passa-se a calcular o grau de maturidade do HU nesse item, conforme Tabela 17.

Tabela 17 – Análise da maturidade da gestão do HUIB com relação à gestão de pessoas

Grau de Maturidade	Questão 1		Questão 2		Questão 3	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota	Resposta	Nota
Nível 1 – Entre 0% e 20% (péssimo).						
Nível 2 – Entre 20,1% e 40% (ruim).	X	2	X	2		
Nível 3 – Entre 40,1% e 60% (regular).						
Nível 4 – Entre 60,1% e 80% (bom).					X	4
Nível 5 – Entre 80,1% e 100% (excelente).						
Cálculo do nível de maturidade para o segundo critério (processos):						
$2 + 2 + 4 = 8$ de $15 = 53,33\%$						

Fonte: Elaborado pelo autor

O resultado apurado para o **terceiro critério** aponta um nível de maturidade **regular** para o desempenho da gestão do HUIB em relação à **gestão de pessoas**.

O **quarto** e último **critério** da pesquisa analisa os **resultados apresentados pelo hospital**, que são decorrência direta de tudo o que o HU tem ou faz para cumprir o que foi analisado nos critérios anteriores. Para a análise desse critério foram definidas três questões e seus resultados estão detalhados na Tabela 18.

A **primeira questão** interroga sobre a avaliação dos resultados da organização, ficando evidenciado pelos respondentes que o HUIB **avalia resultados globais, comunica e planeja ações para melhoria**, o que corresponde a um **bom** nível de maturidade para o item pesquisado.

Na **segunda pergunta** se investiga a existência de algum instrumento para avaliação da satisfação dos cidadãos-usuários em relação aos serviços prestados pelo HUIB, restando caracterizado pelos respondentes que o hospital **dispõe de instrumentos de avaliação para todos os seus serviços, mas a metodologia precisa ser melhorada**, expressando um **bom** nível de maturidade para o item pesquisado.

Abordando as formas de comunicação da organização com os cidadãos, a resposta à **terceira questão** explicita que o HUIB **dispõe de um canal ágil e eficaz de comunicação, com tratamento adequado das reclamações e sugestões**, evidenciando um nível **excelente** de maturidade para o item pesquisado.

Com os resultados propostos para cada questão do **quarto critério** (resultados), passa-se a calcular o grau de maturidade do HU nesse item, conforme Tabela 18.

Tabela 18– Análise da maturidade da gestão do HUIB com relação aos resultados

Grau de Maturidade	Questão 1		Questão 2		Questão 3	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota	Resposta	Nota
Nível 1 – Entre 0% e 20% (péssimo).						
Nível 2 – Entre 20,1% e 40% (ruim).						
Nível 3 – Entre 40,1% e 60% (regular).						
Nível 4 – Entre 60,1% e 80% (bom).	X	4	X	4		
Nível 5 – Entre 80,1% e 100% (excelente).					X	5
Cálculo do nível de maturidade para o segundo critério (processos):						
$4 + 4 + 5 = 13$ de $15 = 86,66\%$						

Fonte: Elaborado pelo autor

O resultado apurado para o **quarto critério** aponta um nível de maturidade **excelente** para o desempenho da gestão do HUIB em relação à **gestão de processos**.

Com o resultado definido para cada um dos quatro critérios estabelecidos para a pesquisa, resta quantificar o índice geral de aderência do hospital às boas práticas analisadas em cada aspecto, conforme detalhado na Tabela 19.

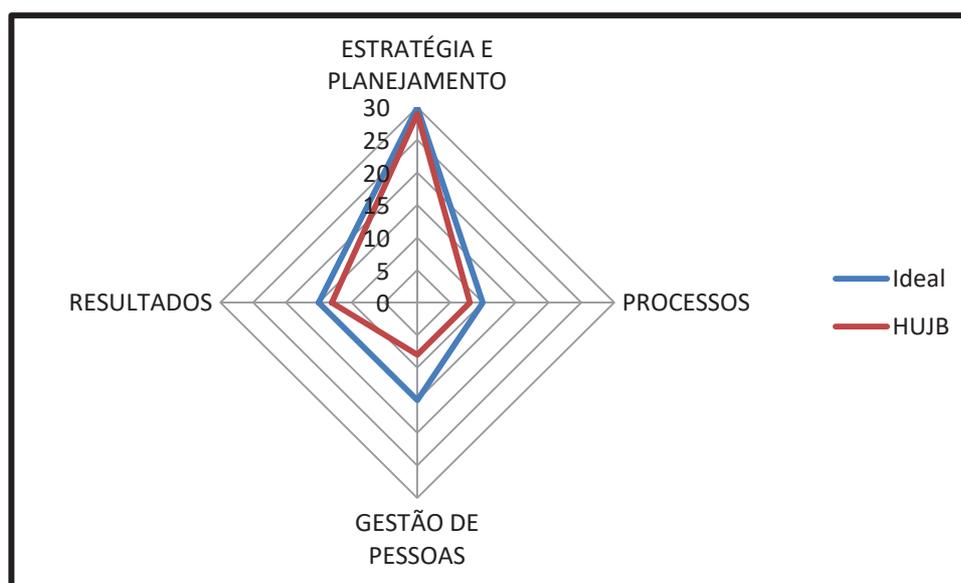
Tabela 19 – Índice de maturidade global da gestão do HUIB

Grau de Maturidade	Critério 1		Critério 2		Critério 3		Critério 4	
	%	Nota	%	Nota	%	Nota	%	Nota
Nível 1 – Entre 0% e 20% (péssimo).								
Nível 2 – Entre 20,1% e 40% (ruim).								
Nível 3 – Entre 40,1% e 60% (regular).					53,33	3		
Nível 4 – Entre 60,1% e 80% (bom).			80	4				
Nível 5 – Entre 80,1% e 100% (excelente).	96,66	5					86,66	5
Cálculo do nível de maturidade para o segundo critério (processos):								
$5 + 4 + 3 + 5 = 17$ de $20 = 85\%$								

Fonte: Elaborado pelo autor

Em última análise, de acordo com os critérios apresentados para a realização da pesquisa, constatou-se que o **HUIB** apresenta um nível **excelente** de maturidade **global** no desenvolvimento do seu modelo de gestão, percebendo-se um índice de **menos aderência às boas práticas** no item relacionado à **gestão de pessoas** (3º critério), conforme demonstrado no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Índice de maturidade global da gestão do HUIB



Fonte: Elaborado pelo autor

A linha azul demonstra o nível de desenvolvimento ideal a ser atingido pelo hospital, enquanto a linha vermelha reflete o nível de aderência da organização hospitalar aos quatro critérios pesquisados.

Apesar de ter atingido um conceito de excelência no desenvolvimento de sua gestão, o HUIB apresenta uma boa oportunidade de crescimento no critério gestão de pessoas, fator que pode ser também analisado e tratado por ocasião da elaboração do seu Plano Diretor Estratégico para os anos de 2019 e 2020.

4.4.4 Proposta de intervenção

A criação da EBSEH integra um conjunto de medidas adotadas pelo Governo Federal para a reestruturação dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior. Por meio do REHUF, foram realizadas ações no sentido de garantir a recuperação física e tecnológica e também de atuar na reestruturação do quadro de recursos humanos das unidades.

Por meio de contrato facultativo, firmado com as universidades federais que assim decidirem pela adesão, a EBSEH atua no sentido de modernizar a gestão dos hospitais universitários federais, preservando e reforçando o papel estratégico desempenhado por essas unidades, tendo como missão, “aprimorar a gestão dos Hospitais Universitários Federais e congêneres, prestar atenção à saúde de excelência e fornecer um cenário de prática adequado ao ensino e pesquisa para docentes e discentes.”

Na administração dos hospitais universitários, a EBSEERH se alicerça num modelo de gestão estratégica, que considera a competência humana como sendo expressa em função do desempenho da pessoa, ou seja, mediante a sua capacidade concreta de entregar resultados para a instituição.

Assim, diante da importância da força de trabalho para o desenvolvimento do modelo de gestão proposto para os hospitais que aderem à EBSEERH e considerando o resultado da pesquisa realizada para aquilatar o nível de desenvolvimento da gestão dos hospitais pesquisados, que aponta, para o HUAC, um déficit nas atividades de mapeamento de seus processos, e, para o HUJB, uma baixa aderência ao modelo ideal de gestão de pessoas, aponta-se como proposta de intervenção para as unidades pesquisadas a análise de seu desempenho nessas respectivas áreas quando da elaboração dos seus Planos Diretores Estratégicos para o biênio 2019/2020, principalmente diante das dificuldades encontradas na gestão de múltiplos vínculos, como restou constatado nos itens 4.4.2.1 e 4.4.2.2.

Recomenda-se, também, a realização anual do diagnóstico situacional, podendo, inclusive, ser efetivado com um maior número de critérios, com mensuradores escalonados em maiores níveis, de forma a permitir uma leitura mais precisa dos seus resultados, e a realização de comparações anuais do desenvolvimento da gestão.

Fazer a gestão de trabalhadores com dois ou mais diferentes regimes de trabalho, com direitos diferentes e culturas diferentes e fazê-los trabalhar em uma única equipe multiprofissional e com objetivos comuns, está dentro dos maiores desafios da EBSEERH, principalmente ao considerar que a gestão de pessoas deve estar alinhada às estratégias organizacionais para planejar e desenvolver as suas ações, quer seja na alocação eficiente de pessoas, ou na capacitação de pessoas de acordo com as necessidades organizacionais.

4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa traz como objetivo compreender como se dá a gestão dos Hospitais Universitários vinculados à UFCG gerenciados pela EBSEERH, em face dos múltiplos vínculos dos seus trabalhadores, tanto nas atividades fins, como também nas atividades meio.

Para tanto, foram trabalhados os seguintes objetivos específicos: (i) identificar o modelo de gestão adotado pela EBSEERH no gerenciamento dos HU's vinculados à UFCG; (ii) conhecer os tipos de vínculos trabalhistas presentes nos HU's vinculados à UFCG, suas contribuições e interferências no desenvolvimento do modelo de gestão dos HU's pesquisados; (iii) diagnosticar o nível de maturidade da gestão dos hospitais pesquisados; e (iv) formular proposta para melhoria da aderência ao modelo de gestão adotado pela EBSEERH, em face dos múltiplos vínculos laborais existentes no HUIB e HUAC.

Para identificar o modelo de gestão adotado pela EBSEERH foi realizada pesquisa em documentos públicos da empresa, como o PDE dos hospitais pesquisados para o biênio 2017/2018, seus Contratos de Gestão, Organogramas e Relatórios de Desempenho, além de Leis, Decretos e Resoluções relativos à composição dos quadros de pessoal do HUAC e HUIB, à criação da EBSEERH e à formatação da estrutura organizacional dos hospitais sob a sua gestão, contatando-se a existência de um modelo gerencial, com enfoque estratégico, e uma gestão colegiada, horizontalizada, com processos realizados por uma força de trabalho participativa e desenvolvida através de critérios de competência. Foi também identificado e descrito o organograma da estrutura básica dos hospitais sob a gestão da EBSEERH, compreendendo a estrutura de governança, estrutura de apoio à gestão e estrutura de controle e fiscalização.

Respondendo ao segundo objetivo específico, foi analisada a composição da força de trabalhos dos HU's estudados, evidenciando a existência dos múltiplos vínculos de trabalho em seus quadros funcionais nas atividades meio e finalísticas, tanto antes, quanto após a contratualização com a EBSEERH.

Apesar do pouco tempo de assinatura dos contratos de gestão dos hospitais pesquisados com a EBSEERH, os resultados evidenciam uma forte tendência de diminuição desses múltiplos vínculos, através da realização de concurso público para contratação de trabalhadores sob o regime de emprego público (celetistas).

A partir da pesquisa desenvolvida com todos os ocupantes de cargos em comissão e funções gratificadas, foi realizado um diagnóstico do nível de desenvolvimento da gestão dos

hospitais em relação aos critérios de estratégia e planejamento, processos, gestão de pessoas e resultados, apontando no seu resultado global, um bom nível de desenvolvimento da gestão para o HUAC e excelente para o HUJB.

Essa diferença de resultados é favorecida pela junção de vários fatores, como o tamanho do quadro de pessoal de cada HU, diversidade de vínculos trabalhistas, dimensão física de suas instalações, como também o seu tempo de existência, o que torna mais complexa a implantação da gestão estratégica promovida pela EBSEH.

Através das conclusões emitidas pelo diagnóstico de maturidade da gestão, foi apresentada proposta de intervenção para as unidades pesquisadas, no sentido de dispensarem uma maior atenção aos critérios menos pontuados na elaboração dos seus PDE's para o biênio 2019/2020.

Foram considerados como fatores limitadores da pesquisa, tanto a complexidade na elaboração do instrumento de coleta de dados, quanto a demora para devolução das respostas, apesar do seu processamento ter sido agilizado através da utilização de questionários eletrônicos. Some-se também a pouca bibliografia encontrada sobre o estudo dos múltiplos vínculos empregatícios e o modelo de gestão da EBSEH.

Como sugestão para pesquisa futura, sugere-se a realização de novos estudos com a aplicação do mesmo modelo de diagnóstico organizacional, para análise comparativa do desenvolvimento da gestão com os resultados ora obtidos, podendo, inclusive, os novos diagnósticos serem efetivado com um maior número de critérios, e estes com mensuradores escalonados em maiores níveis, permitindo uma leitura mais precisa dos seus resultados.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, edição comemorativa, v. 1, p. 67-74, 2007. Disponível em <<http://esmec.tjce.jus.br/wp-content/uploads/2013/06/4-trajetaria-gestao-pub-brasileira.pdf>> Acesso em: 03 jul. 2017.

ALBUQUERQUE, L. O Papel Estratégico de RH. **Tese de livre-docência apresentada à FEA/USP**. São Paulo, 1988. Disponível em <<https://www.bdpa.cnptia.embrapa.br/consulta/busca?b=ad&id=94637&biblioteca=vazio&busca=autoria:%22ALBUQUERQUE,%20L.%20G.%20de%22&qFacets=autoria:%22ALBUQUERQUE,%20L.%20G.%20de%22&sort=&paginacao=t&paginaAtual=1>> Acesso em: 03 jul. 2017.

ARAÚJO, K. Z.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1261-1281, Dez. 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n4/0104-5970-hcsm-S0104-59702014005000022.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

BARACHO, H. U.; SOUZA, J. F. As Reformas Econômicas no Estado Brasileiro Pós-Constituição Federal de 1988: Uma Proposta Desenvolvimentista. **Revista Direito e Desenvolvimento**. n. 3, p. 29-44, 2011.

BARROS, R. T. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: uma análise sobre sua gestão no contexto institucional do Hospital das Clínicas da UFPE. **Dissertação apresentada à Universidade Federal de Pernambuco**. Recife, 2014. Disponível em <<http://www.repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/11861/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Renata%20Ten%C3%B3rio%20de%20Barros.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 03 jul. 2017.

BLANCHET, L. A. **Direito Administrativo - O Estado, o Particular e o Desenvolvimento Sustentável**. Curitiba: Juruá Editora, 6. ed. 2012.

BRASIL. **Decreto Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm>. Acesso em: 14 jun. 2017.

_____. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm>. Acesso em: 14 jun. 2017.

_____. **Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011**. Aprova o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares -EBSERH, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7661.htm>. Acesso em: 14 jun. 2017.

_____. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e

dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 14 jun. 2017.

_____. **Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/mpv/520.htm>. Acesso em: 14 jun. 2017.

_____. Ministério da Educação. **Portaria nº 442, de 25 de abril de 2012.** Delega à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH o exercício de algumas competências descritas no Decreto no 7.690, de 02 de março de 2012, bem como no Decreto no 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Disponível em <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.abr.12/Iels80/U_PT-MEC-GM-442_250412.pdf> Acesso em: 03 jul. 2017.

_____. Ministérios da Educação e da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004.** Certifica como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituições de Ensino Superior. Disponível em <<https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-92-31-2004-04-15-1000>> Acesso em: 03 jul. 2017.

_____. Ministérios da Educação e da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.006, de 27 de maio de 2004.** Criar o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PI_1006_270504.pdf> Acesso em: 03 jul. 2017.

_____. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.** – Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995. Disponível em <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>> Acesso em: 03 jul. 2017.

_____. Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE). **Agenda Nacional de Gestão Pública.** Brasília: Imprensa Nacional, 2009a. Disponível em: <www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/.../091207_segges_agenda_gestao-1.pdf>. Acesso em: 14 set. 2017.

_____. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde. **Relatório REHUF** — Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. Brasília, 2009b. Disponível em: <<http://www.http://ramec.mec.gov.br/fgv/sesu-hospitais-universitarios-federais-e-res/1298-relatorio-REHUF-vol-1-diagnostico-e-propostas-2/file>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

_____. Secretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Educação. **Portaria n.º 4, de 29 de abril de 2008.** Altera a execução orçamentária e patrimonial dos Hospitais Universitários Federais de Ensino. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/assuntos/patrimonio-da-uniao/legislacao/portarias/portarias>>. Acesso em: 14 set. 2017.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Burocracia pública e reforma gerencial. **Revista do Serviço Público de 1937 a 2007**, número comemorativo dos 70 anos, p. 29-48, 2007. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/papers/2007/BurocraciaPublicaeReformaGerencial.pdf>> Acesso em: 14 jun. 2017.

_____. Uma reforma gerencial da administração pública no Brasil. **Revista do Serviço Público**. ENAP, ano 49, no 1, jan./mar. 1998. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/360>> Acesso em: 14 jun. 2017.

CAMPOS, A. M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? **Rev. adm. pública**. v. 24, n. 2, pp. 30-50, fev./abr. 1990. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/9049/8182>> Acesso em: 14 jun. 2017.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**. v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002>. Acesso em: 14 jun. 2017.

CASTRO, A. M. G. de; LIMA, S. M. V. Técnica Delphi. In: DUARTE, J; BARROS, A. (Org.). **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2011. cap. 24.

CECÍLIO, L. C. O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Rev. adm. pública**. v. 31, n. 3, pp. 36-47, jun. 1997; Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7903/6570>> Acesso em: 18 set. 2017.

CHIAVENATO, I. **Administração geral e pública**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO COMÉRCIO DE BENS, SERVIÇOS E TURISMO – CNC. **Plano de ação**. Disponível em: <<http://cnc.org.br/central-do-conhecimento/planilha/plano-de-acao>>. Acesso em: 18 set. 2017.

COSTA, Frederico Lustosa. Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 42 (5), pp.829-74, set/out. 2008. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6656>> Acesso em: 14 jun. 2017.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito administrativo**. 27. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

DRUMOND, A. M.; SILVEIRA, S. F. R.; SILVA, E. A. Predominância ou coexistência? Modelos de administração pública brasileira na Política Nacional de Habitação. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro 48 (1), p. 3-25, jan./fev. 2014. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/16042/14869>> Acesso em: 14 jun. 2017.

DUTRA, Joel Souza. **Gestão de Pessoas - Modelo, Processos, Tendências e Perspectivas**. 2. ed. Atlas, 02/2016.

EBSERH. **Cartilha perguntas e respostas**. Julho de 2013. Disponível em: <http://EBSERH.mec.gov.br/images/pdf/publicacoes/cartilha_perguntas_e_respostas_v.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2017.

_____. **Estrutura Organizacional dos Hospitais sob Gestão da EBSERH**: diretrizes técnicas. Março de 2013. Disponível em: <http://ebserh.gov.br/documents/222346/866032/EBSERH_Estrutura+Organizacional+dos+HUs+sob+gest%C3%A3o+da+EBSERH.pdf/f31541d2-a849-4ab9-a2b7-9de9e01d1acb> Acesso em: 21 jul. 2017.

_____. **Hospitais Universitários**: apresentação. Disponível em: <<http://www.EBSERH.gov.br/web/portal-EBSERH/apresentacao1>> Acesso em: 21 jul. 2017.

_____. **Plano Diretor Estratégico/Hospital Universitário Júlio Bandeira/Ministério da Educação**, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2016a.

_____. **Plano Diretor Estratégico/Hospital Universitário Alcides Carneiro/Ministério da Educação**, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2016b.

FERREIRA, S. R. V.; MENDONÇA, M. H. M. O programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) do Ministério da Educação (MEC) no Sistema Único de Saúde (SUS): uma inovação gerencial recente. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 44, p. 113-126, 2009. Disponível em: <www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=211&p_nanexo=113>. Acesso em: 14 jun. 2017.

FISCHER, A. L. A constituição do modelo competitivo de gestão de pessoas no Brasil - um estudo sobre as empresas consideradas exemplares. São Paulo, 1998. **Tese de Doutorado entregue à Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo**. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12132/tde-03042009-125228/pt-br.php>>. Acesso em: 21 jul. 2017.

FISCHER, A. L.; ALBUQUERQUE, L. F. Tendências na gestão de pessoas: Delphi-RH 2010. São Paulo: Programa de Estudos em Gestão de Pessoas – PROGESP. **Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo**; 2000. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2001-grt-959.pdf>> Acesso em: 21 jul. 2017.

FREITAS, Wesley R. S. JABBOUR, Charbel J. C. **Utilizando Estudos de Caso(s) como estratégia de Pesquisa Qualitativa**: boas prática e sugestões. **ESTUDO & DEBATE**, Lajeado, v. 18, n. 2, p. 07-22, 2011.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Modelo de Excelência da Gestão (MEG)**. Guia de Referência de Excelência da Gestão. E-book. Disponível em <http://www.fnq.org.br/guia_referencia_MEG_21_abril_16.pdf> Acesso em: 21 jul. 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Gestão de pessoas**: enfoque nos papéis profissionais. São Paulo: Atlas, 2001.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva. Versão 1.0.1 [CD-ROM]. 2001.

LACOMBE, F. J. M. **Teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: Saraiva, 2009.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 7. ed. 2010.

LITTIKE, D. SODRE, F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.10, pp.3051-3062

MARTINS, Humberto Falcão; MARINI, Caio. **Um Guia de Governança para Resultados na Administração Pública**. Publix Editora, 2010.

OLIVEIRA, L. F. M. N. Gestão de pessoas em hospitais universitários: situação atual e tendências. **Tese de Doutorado entregue à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-12062013-131621/pt-br.php>> Acesso em 14 jun. 2017.

PADULA, A. D.; VADON, Jacques. Uma metodologia de diagnóstico organizacional global para a consultoria de gestão em pequenas e médias empresas. **Revista de Administração**. São Paulo, v. 31, n. 1, p. 32-43, janeiro/março, 1996

PINA, V.M.C. ET AL. **Manual para diagnóstico de administração de empresas**. São Paulo: Atlas 1978.

PAIM, J. et al. Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012. Disponível em: <<http://www.cpgss.pucgoias.edu.br/ArquivosUpload/31/file/O%20SISTEMA%20DE%20SAUDE%20BRASILEIRO.pdf>> Acesso em: 14 jun. 2017.

PRATES, A. A. P. Administração pública e burocracia. In: AVELAR, L. E CINTRA A. (Orgs.), **Sistema Político Brasileiro: uma introdução**. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stifung; São Paulo: UNESP, 2007, p. 117-130. Disponível em: <<https://estadoeadministracao.fcaph.files.wordpress.com/2012/10/prates-2007.pdf>> Acesso em: 14 jun. 2017.

PUENTE-PALACIOS, Katia; PEIXOTO, A. D. Uso de ferramentas de diagnóstico de gestão. In: PUENTE-PALACIOS, Katia; PEIXOTO, A. D. (Orgs), **Ferramentas de diagnóstico para organizações e trabalho: um olhar a partir da psicologia**. Porto Alegre: Artmed, 2015, p. 11-19. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582712252/>> Acesso em: 14 jun. 2018.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia de estágios, trabalhos de conclusão, dissertação e estudo de caso**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

SALU, E. J. **Administração Hospitalar no Brasil**. São Paulo: Manole, 2013.

SODRÉ, F.; LITTIKE, D.; DRAGO, L. M. B. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 114, pp.365-380, abr/jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n114/n114a09.pdf>> Acesso em: 14 jun. 2017.

SOUZA, W. A. da R. de. **Guia do Trabalho de Conclusão Final – TCF**. Brasília, DF: PROFIAP. Jun. 2015. 65 p. Disponível em: <http://www.profiap.ufv.br/wp-content/uploads/2012/02/Guia-do-Trabalho-de-Conclus%C3%A3o-Final-%E2%80%93TCF-junho-2015-v-final.pdf>. Acesso em: 22/07/2017.

UFCG. **Resolução CP/CU/UFCG N° 02/2012, de 27 de julho de 2012**. Cria o Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello e dá outras providências. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/~costa/resolucoes/res_12022012.pdf> Acesso em: 14 jun. 2017.

_____. **Relatório de Gestão do Exercício de 2016**. Relatório de Gestão do Exercício de 2016 apresentado aos órgãos de controle interno e externo e à sociedade como prestação de contas anual a que esta Unidade Prestadora de Contas está obrigada nos termos do parágrafo único do artigo 70 da Constituição Federal, elaborado de acordo com as disposições da IN-TCU n° 63/2010, da DN-TCU n° 154/2016 e complementadas com as orientações técnicas contidas na Portaria-TCU n° 59/2017. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/prt_ufcg/relatorio-gestao/UFCG_RelatoriodeGestao2016.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

VERGARA, S. C. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. São Paulo, ed. Bookman, 2001.