

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

KAYO ROBERTO VIEIRA

**TRANSFORMAÇÕES ESTRUTURAIS E INSTITUCIONAIS DA GESTÃO DO
HULW/UFPB COM O ADVENTO DA EBSEH**

NATAL, RN

2017

KAYO ROBERTO VIEIRA

**TRANSFORMAÇÕES ESTRUTURAIS E INSTITUCIONAIS DA GESTÃO DO
HULW/UFPB COM O ADVENTO DA EBSERH**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de Concentração: Política e Gestão Públicas/Linha de Pesquisa: Políticas Públicas e Governança

Professora Orientadora: Dr^a Dinah dos Santos Tinoco

Professora Co-Orientadora: Dr^a Maria Arlete Duarte Araújo

NATAL

2017

KAYO ROBERTO VIEIRA

**TRANSFORMAÇÕES ESTRUTURAIS E INSTITUCIONAIS DA GESTÃO DO
HULW/UFPB COM O ADVENTO DA EBSEH**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Aprovada em ____/____/____

Prof.^a Dr.^a Maria Arlete Duarte Araújo
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Co-Orientadora

Prof. Dr.^a Jomaria Mara de Lima Alloufa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Membro interno ao Programa

Prof. Dr. Lenin Cavalcanti Brito Guerra
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN)
Membro externo ao Programa

A Deus, pelo dom da vida.

À minha esposa Odília, pelo apoio e incentivo permanentes e pelo amor, que a fez ter paciência nos momentos mais difíceis.

Ao Kayo Filho, pelos abraços quando eu retornava das aulas e por proporcionar a mim a extraordinária experiência de ser pai.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela Sua infinita misericórdia, presenteando-me todos os dias com os Seus milagres.

Aos meus pais, Raimundo Vieira e Maria Auxiliadora, por terem me ensinado a andar sempre no caminho da justiça e retidão.

Aos meus irmãos, Kleyper e Kayne, pelo carinho e incentivo.

À Prof.^a Dinah dos Santos Tinoco, orientadora, pelos apontamentos, correção de rumos e por sempre ter disponibilizado um tempo ao projeto.

À Prof.^a Maria Arlete, co-orientadora, pelas sugestões, dicas e orientações visando a melhoria do resultado do trabalho.

Aos professores do PPGA com os quais eu tive a oportunidade de aprender com suas experiências e ensinamentos.

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) que posso dizer faz parte da minha história.

Aos colegas do curso, que, em seu conjunto, proporcionaram sempre um agradável e saudável ambiente de estudos.

Aos gestores do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), na pessoa de seu Superintendente, Dr. Arnaldo Medeiros, por disponibilizar seu tempo e acesso às dependências do hospital.

A todos os amigos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

Meus sinceros agradecimentos.

"'Senhor', disse Pedro, 'se és tu, manda-me ir ao teu encontro por sobre as águas'. 'Venha', respondeu ele. Então Pedro saiu do barco, andou sobre a água e foi na direção de Jesus. Mas, quando reparou no vento, ficou com medo e, começando a afundar, gritou: 'Senhor, salva-me!' Imediatamente Jesus estendeu a mão e o segurou. E disse: 'Homem de pequena fé, porque você duvidou?' Quando entraram no barco, o vento cessou. Então os que estavam no barco o adoraram, dizendo: 'Verdadeiramente tu és o Filho de Deus'. (Mateus 14:28-33)

RESUMO

Esta dissertação se propõe a compreender as mudanças estruturais e institucionais ocorridas na gestão do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), vinculado à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com a adesão da universidade à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A pesquisa realizada foi qualitativa e foi classificada como estudo de caso, tendo como sujeitos da pesquisa os gestores do HULW, a reitora da UFPB e o representante do sindicato dos servidores da UFPB. Os dados foram analisados e interpretados por meio de análise de conteúdo com a utilização de análise temática. No plano institucional, a mudança resultou na presença de uma organização com um novo formato jurídico na gestão do HULW, o de empresa pública, caracterizada por maior flexibilidade de gestão e sob a vigência de outros dispositivos normativos. No que se refere às mudanças estruturais ocorridas com a transição da gestão do HULW para a EBSERH verificou-se que a EBSERH dispõe de mecanismos e ferramentas mais modernas de gestão, com a implementação do planejamento estratégico e estrutura menos hierarquizada. Quanto ao desempenho, ainda não foi possível avaliar se houve ou não melhora, mesmo com as mudanças institucionais ocorridas, provenientes de alterações ou inovações normativas, tais como a Lei nº 12.550/2011, que criou a EBSERH. Por fim, em relação aos desafios organizacionais do HULW depois da transição, são apontadas as necessidades de melhoria da qualidade no atendimento, da superação da rigidez na gestão e melhor utilização dos recursos.

Palavras-chave: Gestão hospitalar, Estruturalismo, Institucionalismo Histórico, EBSERH e Hospital Universitário Federal.

ABSTRACT

This dissertation is proposed to understand the structural and institutional changes occurred in the management of the Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), linked to the Universidade Federal da Paraíba (UFPB), with the adhesion of the university to Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). The research conducted was qualitative and was classified as a case study, taking as subjects of the research the managers of the HULW, the dean of the UFPB and the representative of the labor union of the servants of the UFPB. The data were analyzed and interpreted through content analysis with the use of thematic analysis. In what refers to the structural changes occurred with the transition of the management of the HULW for the EBSERH one checked that you arrange the EBSERH of mechanisms and tools more modern of management, with the implementation of the strategic projection and it structures less placed in a hierarchy. As for the performance, it was still not possible to value if it had or it does not improve, even with the occurred institutional changes, originating from alterations or prescriptive innovations, such as to Law nº 12.550/2011, which created the EBSERH. By end, regarding the organizational challenges of the HULW after the transition, the existent necessities of improvement of the quality in the service, of the overcoming of the rigidity in the management and better use of the resources.

Key words: Hospital management, Structuralism, Historical Institutionalism, EBSERH and Federal University Hospital.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Elementos básicos de uma estrutura organizacional	25
Quadro 2: Mecanismos básicos de coordenação	26
Quadro 3: Sintomas das falhas nos mecanismos de coordenação	28
Quadro 4: Inter-relações entre as dimensões da estrutura organizacional	29
Quadro 5: Tipos de configurações de estruturas organizacionais	31
Quadro 6: Categorias de estrutura organizacional	32
Quadro 7: Identificação dos entrevistados	47
Quadro 8 – Classificação dos códigos nas categorias	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Antiga distribuição dos cargos e funções do HULW	43
Tabela 2 – Valores repassados à fundação de apoio	44
Tabela 3 – Quadro Resumido de Pessoal do HU	59
Tabela 4: Distribuição de cargos e funções vigente	72
Tabela 5 – Recursos recebidos por origem, de 2011 a 2016	79

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Continuidade dos mecanismos de coordenação	27
Figura 2 – As cinco partes básicas da organização	30
Figura 3 – Organograma Geral do HULW antes da EBSEH (resumido)	42
Figura 4 – Valores pagos à fundação de apoio	45
Figura 5 – Organograma do HULW após a reestruturação (resumido)	46
Figura 6 – Trajetória dos hospitais universitários no Brasil	53
Figura 7 – Evolução dos repasses da contratualização e do REHUF	80
Figura 8 – Organograma Geral do HULW antes da EBSEH	109
Figura 9 – Organograma da Diretoria Técnica antes da EBSEH	109
Figura 10 – Organograma da Diretoria Médico Assistencial antes da EBSEH	110
Figura 11 – Organograma da Diretoria Administrativa antes da EBSEH	110
Figura 12 – Organograma Geral do HULW após a EBSEH	111
Figura 13 – Organograma da Gerência de Atenção à Saúde após a EBSEH	111
Figura 14 – Organograma da Gerência de Ensino e Pesquisa após a EBSEH	112
Figura 15 – Organograma da Gerência Administrativa do HULW após a EBSEH	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADIn - Ação Direta de Inconstitucionalidade
CD - Conselho Deliberativo
CF/88 - Constituição de 1988
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONSUNI - Conselho Universitário
DA - Diretoria Administrativa
DD - Documento Descritivo
DMA - Diretoria Médica Assistencial
DS - Superintendência
DT - Diretoria Técnica
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMP - Emenda de Plenário
FEDP - Fundações Estatais de Direito Privado
FNS - Fundo Nacional de Saúde
GHC - Grupo Hospitalar Conceição
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HU - Hospital Universitário
HULW - Hospital Universitário Lauro Wanderley
MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MCT - Ministério da Ciência e Tecnologia
MEC - Ministério da Educação
MOF - Ministério Público Federal
MP - Medida Provisória
MPOG - Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão
MS - Ministério da Saúde
NATS - Núcleo de Avaliação de Tecnologia de Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OS - Organizações Sociais
OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PDE - Plano Diretor Estratégico

PIB - Produto Interno Bruto

POA - Plano Operativo Assistencial

REHUF - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

RJU - Regime Jurídico Único

SA - Sociedade Anônima

SISTENSPB - Sindicato dos servidores da UFPB

SUS - Sistema Único de Saúde

TCU - Tribunal de Contas da União

UASG - Unidade Administrativa de Serviços Gerais

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	GESTÃO HOSPITALAR	21
2.2	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL.....	24
2.3	INSTITUCIONALISMO HISTÓRICO	35
3	O HULW E O ADVENTO DA EBSEH	40
4	METODOLOGIA	47
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	47
4.2	SUJEITOS DA PESQUISA	47
4.3	FONTES DA PESQUISA	48
4.4	COLETA DE DADOS	48
4.5	TRATAMENTO DOS DADOS.....	49
5	RESULTADOS	50
5.1	MUDANÇAS INSTITUCIONAIS OCORRIDAS COM A TRANSIÇÃO DO HULW PARA A EBSEH	52
5.2	MUDANÇAS ESTRUTURAIS OCORRIDAS COM A TRANSIÇÃO DO HULW PARA A EBSEH	71
6	CONCLUSÃO	96
	REFERÊNCIAS	100
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	107
	APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ.....	108
	APÊNDICE C – ORGANOGRAMA DO HULW	109

1 INTRODUÇÃO

No período entre 1950 e 1960, a missão dos hospitais universitários era a formação profissional na área de saúde, especialmente no curso de medicina. Com a implantação das residências médicas nesse período, eles atingem seu ápice em educação. No entanto, de acordo com Barros (2014), nas décadas seguintes, tais hospitais passam a ter dificuldades no que se refere ao seu custeio, situação agravada na década de 1990, quando passam a integrar o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir deste momento, os hospitais universitários deixam de ser somente escolas e passam, além disso, a prestar efetivamente serviços de saúde. Nessa década, inclusive, ocorreram mudanças no sistema de saúde brasileiro, sob a vigência da Constituição de 1988 (CF/88), que incorporou avanços na área de saúde, em especial no que diz respeito à definição do Sistema Único de Saúde (SUS). Como afirmado por Azevedo (1995), as novas diretrizes constitucionais previam diretrizes descentralizadoras, com a municipalização da política de saúde, por meio de transferência de recursos e de poder decisório para o nível local.

Foi por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de outras providências, que os hospitais universitários passaram a integrar o SUS. O Art. 45 da Lei nº 8.080/90 afirma que os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino passam a integrar o SUS mediante convênio.

Este é um fato importante para se entender a dificuldade gerada em termos de financiamento e de coordenação das ações dos hospitais. Se antes sua manutenção era de responsabilidade do Ministério da Educação (MEC), agora, o Ministério da Saúde (MS) passa a ter responsabilidade pela manutenção dos hospitais quanto ao custeio e o MEC assume as despesas de pessoal.

Antes da incorporação dos hospitais universitários ao SUS, os recursos oriundos do MEC eram a única fonte de financiamento para manutenção deles, pois sua atividade era exclusiva de ensino. Mesmo assim, os recursos não eram suficientes nem para a manutenção dos hospitais nem para a recomposição de pessoal. Foi gerada, assim, uma situação de estagnação, onde não era possível realizar investimentos visando a ampliação de espaços, aquisição de equipamentos e contratação de pessoal. Esta última necessidade, como afirma Barros (2014), obrigou os hospitais a dar início a um processo de contratações temporárias para manter sua força de trabalho, utilizando-se, para isso, de recursos de custeio do SUS.

A década de 1990 viu aumentar, como se percebe, as tensões associadas às restrições de recursos. Cherchiglia e Dallari (2003), citam que havia um movimento de mudança nas organizações, no qual se buscavam novas alternativas de financiamento. Tais alternativas de financiamento passam pela busca de financiamento externo às organizações públicas de saúde, no setor privado. Conforme dito por Souza e Bodstein (2002), hospitais públicos, em especial os hospitais universitários, passam a vender serviços de alta complexidade aos planos de saúde, por meio de convênios. Diante da escassez de recursos financeiros, a contratação com o setor privado sugeria a possibilidade de obtenção de autonomia gerencial, pois deixa-se de depender exclusivamente dos recursos provenientes do SUS. No entanto, para Cherchiglia e Dallari (2003) essa abertura ao setor privado fez com que ocorresse a ampliação da demanda por serviços nos hospitais. Na medida em que aumentou a demanda por serviços, ampliou-se a necessidade de novos leitos, que, por falta de recursos, não se efetivou.

Na década de 1990, afirmava-se que no Brasil havia uma crise e que o sistema de saúde, bem como o subsistema hospitalar não escapavam dela. Para Hortale e Duprat (1999), tal crise repercutia negativamente no processo de descentralização em curso. Para Malik e Vecina Neto (1991), existia na década de 1990, uma carência de gerência em saúde. As causas para esta carência seriam de ordem: estrutural, caracterizada pela pouca prioridade dada à área de saúde, situação comprovada pelos níveis de investimento, de salários e pela qualidade dos serviços prestados; de ordem organizacional, na qual os objetivos não estariam claramente definidos e poucos eram os instrumentos de gestão utilizados; e de ordem individual, com baixo nível de capacitação e pouca profissionalização dos gerentes.

Em face dessa realidade, debates e discussões passam a ocorrer para encontrar propostas e soluções. Tais debates incluíam propostas relativas à melhoria da capacidade técnico-gerencial, melhoria da qualidade assistencial e da produtividade dos recursos. Para Azevedo (1995), problemas advindos da descentralização, relacionados ao desenvolvimento da capacidade administrativa dos diversos níveis gerenciais também entram na discussão.

No âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram realizadas várias oficinas para discutir a situação dos hospitais universitários. Como lembra Lima (2004), na primeira oficina, realizada em abril de 1999, foram colocadas questões relacionadas à prestação de serviço e ao ensino dos hospitais, a definição das estratégias curriculares, a articulação entre os diversos ministérios envolvidos nas políticas relacionadas à saúde, a discussão da lógica de financiamento, dentre outros assuntos. Como afirmado por Barros (2014), no que se refere à gestão, foi proposta a celebração de contrato de gestão entre o hospital e o gestor do sistema local, ferramenta já utilizada em outros países, como França e Inglaterra. A discussão acerca da

lógica de financiamento dos hospitais, desencadeou a realização da segunda oficina do CNS, que tratou especificamente do assunto. De acordo com a Ata da 91ª Reunião Ordinária do CNS, realizada em 5 de outubro de 1999, o repasse do extinto Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e a Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS) se daria na forma fundo a fundo, cuja aplicação seria acompanhada e avaliada mediante o cumprimento das metas do Hospital Universitário e de Ensino (CNS, 1999).

Quando foram iniciadas as discussões acerca da reforma do Estado, na década de 1990, as discussões sobre o déficit nos hospitais universitários ganharam força. Já depois de alguns anos, o Governo Federal, por meio da Portaria Interministerial do MS, MEC, Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) e Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG), MS/MEC/MCT/MPOG nº 562/2003, de 23 de maio de 2003, instituiu uma comissão interinstitucional composta por representantes do Governo e da sociedade civil para debater e analisar legitimamente os problemas de ordem financeira, estrutural e de gestão dos hospitais universitários. Com base nos estudos desenvolvidos pelo grupo de trabalho, por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1006/2004, de 27 de maio de 2004, foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC no SUS, com o propósito de “viabilizar melhorias organizacionais subsidiadas pelo diagnóstico construído” (BARROS, 2014, p. 37). De acordo com a portaria, os hospitais de ensino deveriam ser certificados de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004, para serem reconhecidos como tal. Além disso, seriam definidas e especificadas estratégias por meio de um processo de contratualização com estabelecimento de metas e indicadores. Dessa forma, duas inovações importantes contidas na Portaria Interministerial MEC/MS nº 1006/2004 foram a certificação e a contratualização.

De acordo com Barros (2014), embora tenha conseguido minimizar as deficiências financeiras dos hospitais universitários, as mudanças necessárias não foram implementadas com eficiência, pois o necessário aperfeiçoamento da gestão não ocorreu. Não havia, no programa de reestruturação, medidas efetivas para modernizar a gestão dos hospitais. Sendo assim, por meio do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, o Governo Federal instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), dispondo ainda sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplinando o regime da pactuação global com esses hospitais. Nos termos do Decreto, o REHUF é destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS). O REHUF

orienta-se pelas seguintes diretrizes aos hospitais universitários federais, conforme disposto no Art. 3º do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010:

- a) Instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde, progressivamente, até 2012;
- b) Melhoria dos processos de gestão;
- c) Adequação da estrutura física;
- d) Recuperação e modernização do parque tecnológico;
- e) Reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e
- f) Aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde.

Seu objetivo é 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. Para que este objetivo pudesse ser atendido, medidas de implantação e modernização da gestão dos hospitais foram previstas. Conforme observado por Barros (2014), o REHUF não atendeu a todas as necessidades das instituições, em especial as que envolvem aspectos de gestão. Com isso, o Governo Federal lança mão de mais um dispositivo legal, a Lei nº 12.550/2011, que cria a EBSEH. Dessa forma, melhorias dos processos de gestão, adequação da estrutura física e reestruturação do quadro de recursos humanos passaram a fazer parte da agenda de discussão dos hospitais universitários.

De acordo com a Lei nº 12.550/2011, a EBSEH foi criada com o objetivo de administrar os hospitais universitários federais. Havia um déficit de recursos e de funcionários. Com uma grande quantidade de pessoal terceirizado atuando nos hospitais universitários federais, o Tribunal de Contas da União (TCU) havia determinado, por meio do Acórdão nº 11.520/2006, que o pessoal terceirizado fosse substituído até 2010. Trata-se de pessoal terceirizado atuando na atividade fim do hospital, cujos contratos eram considerados precários, por não ter havido concurso público para a seleção dos profissionais.

Por ser uma empresa pública e o regime de pessoal ser o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a EBSEH, ao dar início à administração dos hospitais universitários federais, se depararia com uma estrutura diferente daquela que queria implantar, com o regime de pessoal dos hospitais estabelecido pela Lei nº 8.112/90, regime estatutário.

Vigente a criação da EBSEH, faz-se necessária a adesão de cada universidade à empresa. Havendo deliberação positiva quanto à adesão seria assinado o contrato de gestão. A partir daí a EBSEH passaria a efetivamente administrar o hospital universitário.

Em 30/04/2013, a UFPB, em reunião no Conselho Universitário (CONSUNI) deliberou pela adesão do HULW à EBSEERH. O resultado da votação foi amplamente favorável à adesão. Trinta conselheiros votaram a favor da adesão e apenas dois, contra. Em 17/12/2013 foi assinado o Contrato nº 45/2013 entre a UFPB e a EBSEERH, cujo objeto é a gestão especial gratuita pela EBSEERH do HULW.

Em linhas gerais, o objeto do contrato compreende, dentre outros, a oferta, à população, de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O contrato foi celebrado pelo prazo de 20 (vinte) anos.

Como parte integrante do Contrato nº 45/2013, há sete anexos, dentre os quais, o Plano de Reestruturação, elaborado em conjunto pelas partes e que serve como um dos referenciais para a consecução dos objetivos do contrato. O plano contém ações estratégicas e metas a serem executadas pela EBSEERH no período máximo de 12 (doze) meses. Havia a previsão de que nesse período seria elaborado o Plano Diretor do Hospital.

O Contrato nº 45/2013 previu, em sua Cláusula Sexta, regras de transição. Destaca-se que a EBSEERH manterá as atividades, os contratos e os vínculos existentes no Hospital, bem como realizará as contratações de bens e serviços necessários para o funcionamento adequado da unidade hospitalar até a assunção plena da gestão. Nesse período, a UFPB é a responsável pelas relações jurídicas estabelecidas e mantidas e por eventuais débitos decorrentes dessas relações. Somente decorrido o período de transição, que foi limitado a 12 (doze) meses, é que a gestão plena da EBSEERH se efetivou.

Cabe à UFPB, conforme inciso I da Cláusula Oitava do Contrato nº 45/2013, fiscalizar as metas de desempenho, indicadores e prazos de execução previstos. Quanto ao financiamento, há a previsão de que o objeto do contrato será financiado pelas dotações orçamentárias do Ministério da Educação, alocadas diretamente no orçamento da EBSEERH e pelos recursos provenientes do SUS e de outras fontes de recursos públicos. Os recursos do REHUF provenientes do Ministério da Saúde também comporão as fontes de financiamento do contrato e serão transferidos diretamente à EBSEERH pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) mediante autorização expressa da UFPB.

Para compreender todo este processo, torna-se pertinente investigar como se deu a transição do HULW para a EBSEERH e quais as mudanças estruturais e institucionais ocorridas à luz da percepção dos atores envolvidos por ocasião da adesão da UFPB à nova empresa. Em decorrência, tem-se o seguinte problema de pesquisa: Quais as mudanças estruturais e

institucionais que podem ser identificadas no HULW, com a adesão da UFPB à EBSEH, na visão dos atores envolvidos com o processo?

É na dimensão estrutural que se definem como as tarefas são formalmente distribuídas, agrupadas e coordenadas. A estrutura organizacional pode ser conceituada como arranjo dos elementos constitutivos da organização. Sendo assim, por mudanças estruturais entende-se o rearranjo dos elementos constitutivos da organização.

As instituições são entendidas como os procedimentos, as normas, os protocolos e convenções inerentes à estrutura organizacional. Portanto, por mudanças institucionais se entende as alterações nessas regras que regem a organização.

Nesse sentido, o objetivo geral da pesquisa é compreender, com base na visão dos atores envolvidos, as mudanças estruturais e institucionais ocorridas na gestão do HULW após a criação da EBSEH.

Com a finalidade de alcançar tal objetivo, foram estabelecidas as seguintes questões de pesquisa:

- Que antecedentes históricos podem ser identificados no processo de criação da EBSEH?
- Quais as mudanças institucionais e estruturais que ocorreram na gestão do HULW com a EBSEH?

E, como objetivos específicos da pesquisa os seguintes:

- Identificar os antecedentes históricos da criação da EBSEH;
- Identificar as principais mudanças estruturais e institucionais na gestão do HULW com a adesão à EBSEH.

A presente pesquisa foca-se na análise da dimensão estrutural, tendo em vista que o que se pretendeu foi compreender as transformações estruturais que ocorreram na gestão do HULW com o surgimento da EBSEH, e, da dimensão institucional, que tem por objetivo entender as alterações nas normas inerentes ao HULW.

Um estudo que trate de compreender as mudanças estruturais ocorridas na gestão do HULW nos últimos anos e identificar as causas da criação da EBSEH pode contribuir para o exame da viabilidade de novos formatos jurídicos para a implementação das políticas públicas de saúde ao tempo em que lança luzes sobre a dinâmica organizacional colocada em prática.

Esta dissertação está estruturada em quatro capítulos, além dessa introdução. No segundo capítulo apresenta-se o referencial teórico com foco no estudo da gestão hospitalar, da estrutura organizacional e pelo institucionalismo histórico. O terceiro capítulo aborda as características do HULW desde sua criação até o advento da EBSEH. No quarto capítulo descreve-se a metodologia aplicada na pesquisa. Em seguida, discute-se os resultados procurando destacar os elementos das mudanças estruturais e institucionais na gestão do HULW e, por último são feitas considerações sobre o significado da adesão do HULW à EBSEH.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo aborda a gestão hospitalar, a estrutura organizacional e o institucionalismo histórico. Buscou-se uma abordagem conjunta da dimensão estrutural e institucional para entender as transformações ocorridas na gestão do HULW com a EBSEH, uma vez que o HULW é uma organização pública e executa políticas públicas, condicionando-se, assim, a variáveis estruturais e institucionais.

2.1 GESTÃO HOSPITALAR

O hospital, de acordo com Carapineiro (1997), é entendido como uma organização complexa e moderna, que se constitui como campo fundamental para a produção do saber médico e da prática da medicina moderna. Reveste-se o hospital, portanto, de relevante importância social, visto que reúne em um só lugar uma gama de serviços e profissionais de saúde, cuja atividade necessita de organização e de coordenação. Para Foucault (1984), o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, tendo surgido no final do século XVIII.

Para Mintzberg (1995), ele também é considerado como uma organização profissional ou burocracia profissional, apresentando traços salientes de uma organização burocrática. Os hospitais modernos crescem em tamanho e complexidade. Os tipos de serviços prestados e as especialidades médicas também se multiplicaram. Aliado a isso, a medicina evoluiu em função do desenvolvimento tecnológico, o que acabou por introduzir importantes modificações na estrutura hierárquica, na estrutura de poder e de comunicação do hospital. Embora apresente traços de uma organização burocrática, os hospitais apresentam características que fogem ao tipo-ideal preconizado por Weber, citado por Carapineiro (1997), tais como o poder e a autoridade profissional dos médicos, existindo, assim, um sistema dual de autoridade. Esse sistema dual de autoridade significa que convivem em um hospital a autoridade oriunda da gerência e a autoridade dos profissionais médicos.

Para Weber (1994), citado por Park (1997), a burocracia é o padrão mais eficiente para a Administração, pois assenta-se em princípios que, em seu conjunto, dão a forma mais pura de burocracia. Primeiramente, baseia-se em regras, que permitem a solução de problemas, a padronização e a igualdade de tratamento e também no conceito de esfera de competência, traduzindo-se na organização na divisão do trabalho. Em terceiro lugar, a burocracia implica

hierarquia. Além desses princípios, outros são destacados, como a competência baseada no conhecimento e treinamento, a separação dos membros da burocracia dos proprietários da organização, a liberdade dos burocratas para distribuir os recursos dentro de suas esferas, sem receio de influências e a necessidade de manutenção de registros.

Tais princípios descritos por Weber (1994), citado por Park (1997), ainda permanecem no cotidiano das organizações. Palavras como hierarquia, meritocracia, racionalidade, discricionariedade e especialização são utilizadas com frequência.

Quando se trata de pensar a gestão de hospitais, coexistem diferentes pontos de vista e interesses. As diferenças estão em dois polos. Tais diferenças não se restringem a critérios técnicos. Adentram no campo ideológico. Segundo Weber e Grisci (2010), um dos polos está atrelado ao contexto neoliberal, de globalização e reforma do Estado, seguindo uma ideologia de mercado. Para este polo, a solução para as deficiências do modelo de gestão hospitalar é a sua privatização bem como a desregulamentação dos direitos, ponto de vista apoiado por Lima-Gonçalves (2002) e Minotto (2003). O segundo polo trata a saúde como bem público e entende que a gestão do hospital necessita estar em conexão com uma rede de atenção à saúde. Neste sentido, os adeptos de tal vertente defendem as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e acreditam que as reformas devem acontecer dentro do sistema. Para eles, os serviços de saúde são imprescindíveis para a vida em sociedade, sendo a saúde um direito à cidadania e que, desta forma, não deve se atrelar à lógica da privatização e comercialização. Este polo é apoiado por Pires (1998), Campos e Amaral (2007) e Cecílio (2002). Ambos afirmam ser necessária a “operacionalização de um sistema comprometido com a qualidade no atendimento, com a superação na rigidez da gestão e com a melhor utilização dos recursos disponíveis”. Para alcançar essa operacionalização, sugerem que seja redefinida a missão do hospital e seu perfil assistencial, que se estabeleçam indicadores, que se utilize o planejamento estratégico situacional, que se faça uma revisão dos organogramas e se defina uma estrutura mais horizontalizada.

Se por exigência do mercado ou por ser um direito dos cidadãos, no contexto hospitalar, o gerenciamento adquire contornos próprios, pois, conforme Mintzberg (1995) e Weber e Grisci (2010), os profissionais do núcleo operacional controlam o próprio trabalho e buscam controlar coletivamente as decisões que os afetam. Assim, os gerentes, para exercerem seu papel, precisariam contar com o apoio dos operadores profissionais. Para Mintzberg (1995) é comum a compreensão dos hospitais como pirâmides invertidas, com os operadores no topo e os gerentes na base. Todavia, esta percepção subestima o poder dos gerentes. O gerente torna-se importante na medida em que é chamado para intermediar negociações.

Azevedo (1995), ao abordar o modelo de organizações profissionais de Mintzberg (1995), chega à mesma conclusão, ao esclarecer que o autor define sete tipos de configurações organizacionais. As organizações de saúde, em especial os hospitais, são identificados como organizações profissionais cujo bom funcionamento depende principalmente de seus operadores, pois o trabalho operacional é complexo e diretamente controlado pelos especialistas. Isso faz com que os profissionais de saúde preservem grande autonomia. Seu poder provém da perícia e não da hierarquia. Seu local de trabalho, o centro operacional, torna-se o elemento chave do funcionamento do hospital. Nesse sentido, o poder se situa na parte inferior da estrutura, daí surgindo a imagem da pirâmide invertida. Por outro lado, coexiste com a área operacional, entendida como a área formada pelos médicos e demais profissionais da saúde, a área de apoio administrativo, fazendo haver duas hierarquias paralelas: a primeira, a dos especialistas, com decisões de baixo para cima; e a segunda, a do apoio administrativo, como decisões de cima para baixo. A integração das duas hierarquias é o desafio a ser vencido pelas organizações hospitalares.

Outro desafio para as organizações de saúde, segundo Azevedo (1995), é o da escassez aguda de recursos, que faz com que predomine a administração do cotidiano ou administração por rotina e crise. Este cenário tiraria o foco na solução de problemas relevantes.

Estes desafios também podem ser vistos como fatores condicionantes da atividade do hospital. A esse respeito, Lima-Gonçalves (2002) discute os fatores internos e externos condicionantes da atividade do hospital. Tais condicionantes são agrupados em três conjuntos, os ambientais, os estruturais e os funcionais. A intenção do autor é examinar as possibilidades de adaptação que o hospital deverá procurar desenvolver para superar as dificuldades e aproveitar as oportunidades. Nos fatores ambientais constam a presença do Estado e o Marketing. Nos estruturais situa-se o modelo estrutural, incluindo o corpo clínico, os funcionários, os equipamentos e as instalações e a forma de atendimento. Nos fatores funcionais, é incluída, por exemplo, a questão do financiamento. De acordo com a apresentação do autor, o estudo sobre as transformações estruturais e institucionais ocorridas no HULW com o advento da EBSEH se enquadraria na análise dos condicionantes estruturais e funcionais.

Para Feuerwerker e Cecílio (2007), predomina na produção teórica sobre gestão hospitalar o referencial funcionalista/sistêmico. Assim, o hospital existiria para atingir determinados objetivos e também funciona como um sistema. Mais especificamente, como um subsistema dentro de um sistema mais amplo. Seus insumos são os recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros. Assim, para produzir serviços de qualidade é necessário que os hospitais aperfeiçoem e controlem seus processos internos. No entanto, o hospital

também é burocracia e, diante da rapidez com que as mudanças ocorrem, principalmente no aspecto tecnológico, seriam necessários outros referenciais, além do funcionalista/sistêmico para entender melhor o funcionamento do hospital.

Observadas as especificidades de uma organização hospitalar, passa-se ao estudo da estrutura organizacional, importante para a compreensão das mudanças estruturais ocorridas no HULW.

2.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

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

A Estrutura organizacional pode ser definida, segundo Bowditch e Buono (1997), genericamente como os padrões de trabalho e disposições hierárquicas que servem para controlar ou distinguir as partes que compõem uma organização. Loyola *et al.* (2014) descrevem a estrutura organizacional como um processo por meio do qual a autoridade é distribuída, as atividades são especificadas e um sistema de comunicação é delineado. Para Park (1997), pode ser vista como o arranjo dos elementos constitutivos da organização. Segundo Etzioni (1972), o esforço do grupo é mais vantajoso do que cada esforço individual. Ademais, a organização satisfaz de maneira mais eficiente que os agrupamentos humanos menores e mais naturais. Tal vantagem, segundo afirmam Wagner III e Hollenbeck (1999), pode ser de natureza competitiva, por exemplo. Os gerentes, em busca de vantagem competitiva, precisam saber estruturar suas organizações de modo diferente. Para isso, necessitam conhecer os elementos básicos da estrutura organizacional e que diferentes tipos de estruturas se pode obter pela configuração de tais elementos básicos.

Em uma organização, a estrutura é delineada pela disposição de seus componentes, a definição de padrões e relações entre os componentes e uma certa disposição hierárquica. Uma estrutura organizacional é, assim, concebida em termos de divisão e especialização do trabalho e de coordenação e controle. Pode-se afirmar, portanto, que a construção de uma estrutura envolve os mecanismos de divisão e coordenação. A coordenação é uma consequência da

divisão pela especialização do trabalho. Os trabalhos separados precisam encontrar uma unidade de esforços em função das exigências do ambiente. De acordo com Robbins (2009), o termo especialização do trabalho ou divisão do trabalho é usado hoje em dia para descrever o grau em que as tarefas dentro da organização são subdivididas em funções isoladas.

Robbins (2009) afirma que ao se projetar uma estrutura organizacional, deve-se ter em mente a existência de seis elementos básicos: especialização do trabalho, departamentalização, cadeia de comando, amplitude de controle, centralização/descentralização e formalização. Cada um desses elementos seriam respostas a importantes questões estruturais. No quadro apresentado a seguir, o autor apresenta os seis elementos e a questão estrutural que eles se reportam.

Quadro 1 – Elementos básicos de uma estrutura organizacional

Questão	Resposta dada por
Até que ponto as atividades podem ser subdivididas em tarefas separadas?	Especialização do trabalho
Qual a base para o agrupamento das tarefas?	Departamentalização
A quem os indivíduos e os grupos vão se reportar?	Cadeia de comando
Quantas pessoas cada executivo pode dirigir com eficiência e eficácia?	Amplitude de controle
Onde fica a autoridade no processo decisório?	Centralização e descentralização
Até que ponto haverá regras e regulamentações para dirigir os funcionários e os executivos?	Formalização

Fonte: (ROBBINS, 2009, p. 351)

Robbins (2009) afirma que a especialização seria o grau em que as tarefas dentro da organização são subdivididas em funções isoladas. O agrupamento das atividades que foram subdivididas para que as tarefas comuns possam ser coordenadas dá-se com base na departamentalização. A cadeia de comando é definida como uma linha única de autoridade, indo do topo ao escalão mais baixo da organização. Já a amplitude de controle refere-se à quantidade de funcionários que um executivo consegue dirigir. O termo centralização refere-se ao grau em que o processo de decisão está concentrado em um único ponto da organização. Se no processo decisório houver maior participação dos escalões inferiores, maior será a descentralização. Por fim, a formalização é o grau em que as tarefas dentro da organização são padronizadas.

Definida a hierarquia e a cadeia de comando, são a elas associados os níveis de poder decisório e a amplitude de controle que cada gestor apresenta, conforme Salientam Loyola *et al.* (2014). Quanto maior a amplitude de controle, menor será a necessidade de níveis

hierárquicos, ou seja, quanto maior o grupo gerenciado pelo gestor, menos níveis hierárquicos haverá na organização. Este fato ocorre quando funcionários tem mais autonomia e dependem menos de supervisão direta; logo, amplitudes maiores trazem vantagens para a organização, no sentido de reduzir custos, pois as estruturas são mais enxutas, havendo menos problemas de comunicação e mais estímulo a iniciativas do trabalhador.

A estrutura organizacional é materializada no organograma das organizações. Sendo assim, o organograma define a divisão do trabalho, as relações entre as partes da organização, a forma de comunicação e de coordenação.

Bowditch e Buono (1997) denominam divisão e especialização de diferenciação e coordenação e controle de integração. A diferenciação trata de quantificar a segmentação do trabalho em um sistema organizacional. Por sua vez, a integração trata do quanto há de colaboração entre os departamentos com o fim de atingir a unidade de esforços. A diferenciação pode ocorrer de diversas formas. Ela pode se dar de forma horizontal, vertical, pessoal ou espacial. É horizontal quando o trabalho é dividido em um certo nível de hierarquia. Vertical quando o trabalho é dividido por níveis de hierarquia. A diferenciação pessoal se dá quando o trabalho é dividido em função da especialização das pessoas. Já a espacial é aquela que ocorre quando o trabalho é dividido de acordo com a localização geográfica. Quanto à integração, ela ocorre de modo direto ou indireto. Quando uma organização não é muito diferenciada, o modo indireto de integração é suficiente. Quando ela é muito diferenciada, faz-se necessário utilizar, além dos modos indiretos, os modos diretos. Modos indiretos ou convencionais de coordenação são as políticas e regras organizacionais, metas, procedimentos padronizados e hierarquia. Os modos diretos ou pouco convencionais são criação de papéis de integração, comitês ou equipes multifuncionais, uso de sistema de informações gerenciais, dentre outros.

Os mecanismos de coordenação podem ser, assim, diretos ou indiretos. Wagner III e Hollenbeck (1999) chamam de mecanismos básicos de coordenação os meios básicos pelos quais as atividades organizacionais são integradas. São eles: ajuste mútuo, supervisão direta e padronização. Cada um desses mecanismos pode ser conceituado da seguinte forma:

Quadro 2 – Mecanismos básicos de coordenação

Mecanismo	Definição
Ajuste mútuo	Coordenação de procedimentos de trabalho realizada pela troca de informações sobre esses procedimentos entre colegas de trabalho

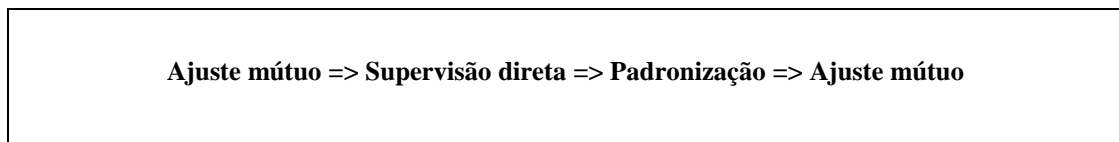
Mecanismo	Definição
Supervisão direta	Direção e coordenação do trabalho de um grupo por uma pessoa que emite ordens diretas para os membros desse grupo.
Padronização	Planejamento e implementação de padrões e procedimentos que controlam o desempenho do trabalho.
Padronização de processos de trabalho ou padronização comportamental	Especificação de sequências de processos e comportamentos para a tarefa.
Padronização de produtos	Estabelecimento de metas ou resultados finais desejados do desempenho da tarefa.
Padronização de habilidades	Especificação das aptidões, conhecimentos e habilidades requeridas por uma determinada tarefa.
Padronização de normas	Encorajamento de atitudes e convicções que conduzem a comportamentos desejados.

Fonte: (WAGNER III; HOLLENBECK, 1999, p. 305)

Mintzberg (1995) considera que os mecanismos de coordenação são cinco, pois trata as diferentes formas de padronização como mecanismos diferenciados: ajustamento mútuo; supervisão direta; padronização dos processos de trabalho; padronização dos resultados; e, padronização das habilidades dos trabalhadores. Tais mecanismos devem ser considerados os elementos mais fundamentais da estrutura, a cola que mantém as organizações unidas.

Tais mecanismos não são utilizados de forma isolada, como afirmam Wagner III e Hollenbeck (1999). Ao contrário, podem ser utilizados de forma complementar, constituindo um *continuum*, conforme apresentado na figura a seguir. Ao se avançar da esquerda para a direita, os mecanismos da esquerda não são inteiramente abandonados.

Figura 1 – Continuidade dos mecanismos de coordenação



Fonte: (WAGNER III; HOLLENBECK, 1999, p. 308)

Tais mecanismos não são infalíveis. Child (2012) apresenta seis sintomas que indicam que as organizações não estão lidando adequadamente com a coordenação de suas partes:

Quadro 3 – Sintomas das falhas nos mecanismos de coordenação

Conflito persistente entre departamentos	Diferentemente de discordâncias ocasionais, que podem até sinalizar vitalidade na busca de soluções para desafios novos, o conflito persistente entre setores, equipes, departamentos é um sintoma claro da deficiência de integração.
Excesso de reuniões formais	Grandes empresas industriais envolvem muitas atividades repetitivas, o que requer uniformidade de procedimentos e práticas de gestão padronizadas. A tecnoestrutura é a mais importante (envolve especialistas e dirigentes das áreas como planejamento, finanças, produção, pesquisa, etc.).
Sobrecarga da alta administração	Quando são empurradas para a gestão superior questões que deveriam ser resolvidas em níveis intermediários de gestão, é sinal de que a coordenação está falhando. Tais demandas adicionais sobrecarregam o gestor superior e conflitam com tarefas que são específicas de sua posição.
Ritual da burocracia	Quando departamentos ou setores deixam de considerar procedimentos e regras que estão estabelecidos em papéis.
Acúmulo de poder por parte de coordenadores	Quando os coordenadores se sentem ameaçados na sua autoridade por mecanismos mais básicos de coordenação e tentam monopolizar a coordenação, impedindo soluções inovadoras.
Queixas de clientes e grupos externos	Clientes ou outras pessoas de fora reclamam de informações conflitantes entre departamentos sobre uma mesma questão; quando um departamento ou setor mostra desconhecimento ou indiferença a uma pergunta sobre quem, na organização, pode ajudar.

Fonte: (CHILD, 2012, *apud* LOYOLA *et al.*, 2014, p. 120)

Na ocorrência de algum desses sintomas, cabe verificar se os meios de coordenação utilizados são adequados e adequá-los, corrigindo a falha.

Outra forma de categorizar as estruturas organizacionais é descrita por Bowditch e Buono (1997), ao afirmarem que a literatura enfoca primariamente três dimensões básicas: centralização, formalização e complexidade. A utilidade dessas categorias de análise está, de acordo com os autores, na possibilidade de caracterizar as diferenças entre as divisões de uma organização específica, bem como de diferenciar organizações distintas. A classificação das organizações nestas categorias não se limita a entendê-las como centralizadas ou descentralizadas, formais ou informais e complexas ou não complexas. Há variações de grau na classificação de forma contínua. Segundo Loyola *et al.* (2014), além da utilidade já apontada, outras podem ser elencadas, tais como avaliar os impactos da estrutura sobre a dinâmica e o desempenho da organização e avaliar o grau de ajuste das decisões que modelaram a estrutura a características do ambiente em que se insere a organização.

A centralização se refere à localização da autoridade para tomar decisões na organização. Nesse sentido, a autoridade para tomar decisões pode ser centralizada, onde as decisões são concentradas em poucos pontos ou descentralizada, onde há uma baixa concentração de pontos de decisão. A formalização, por sua vez, refere-se ao nível de padronização das atividades: quando se tem níveis altos de especificações e padronizações de atividades e funções, maior é o grau de formalização. Determinados cargos exigem mais formalização que outros. Há variação de formalização ainda quanto à função organizacional. Determinadas áreas exigem mais formalização que outras. Por fim, a complexidade trata do número de componentes diversos ou extensão da diferenciação que existe na organização. Organizações mais complexas apresentam maior grau de diferenciação tanto em nível horizontal, vertical, pessoal ou especial. Para Bowditch e Buono (1997), quanto mais complexa for a estrutura organizacional, maior será a necessidade de utilização de mecanismos de integração.

Há inter-relações entre as três dimensões. Loyola *et al.* (2014) apresentam uma síntese das combinações, descritas a seguir:

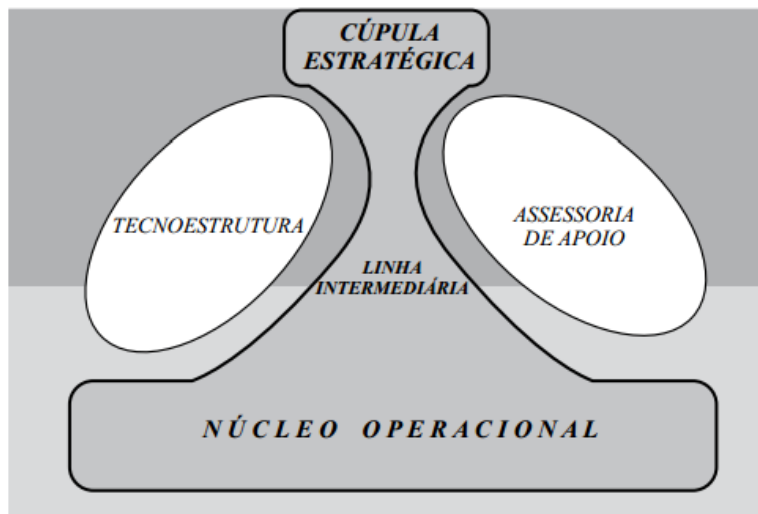
Quadro 4 – Inter-relações entre as dimensões da estrutura organizacional

Combinação	Resultado
Centralização X Formalização	Alta formalização pode estar associada tanto a estruturas centralizadas quanto descentralizadas. O nível de qualificação da força de trabalho diferencia a necessidade de formalização – quanto maior a qualificação, menor a necessidade de formalização.
Centralização X Complexidade	Relação inversa forte. Maior complexidade gera maior descentralização.
Complexidade X Formalização	Estruturas mais complexas podem ser menos formalizadas pela presença de maior número de profissionais (pessoas qualificadas). O tipo de diferenciação que gera complexidade (se vertical ou horizontal) pode afetar o nível de formalização.

Fonte: (LOYOLA *et al.*, 2014, p. 123)

A literatura trata dos tipos de estruturas organizacionais. Mintzberg (1995) apresenta cinco configurações de estruturas organizacionais. Antes, porém, discorre sobre as partes que compõem uma organização. Como os fluxos e inter-relacionamentos existentes nas organizações não são lineares e as palavras seguem uma linearidade, o autor se utiliza de imagens e diagramas para um melhor entendimento dos conceitos apresentados. A figura a seguir apresenta as cinco partes básicas da organização:

Figura 2 – As cinco partes básicas da organização



Fonte: (MINTZBERG, 1995, p. 17)

A cúpula estratégica tem a função de assegurar que a organização cumpra sua missão de maneira eficaz e de satisfazer as necessidades dos que controlam ou exercem poder sobre a organização. Já o núcleo operacional abrange os trabalhadores que realizam o trabalho básico relacionado com a produção de bens ou prestação de serviços. Na sequência, a linha intermediária é composta por gerentes com autoridade formal. Sua função é estabelecer uma ligação entre a cúpula estratégica e o núcleo operacional. No lado esquerdo da figura é apresentada a tecnoestrutura. Os profissionais que atuam na tecnoestrutura estão fora do fluxo de trabalho operacional. Sua função é delinear, planejar e alterar o fluxo de trabalho para torná-lo mais eficaz. São incumbidos, portanto, de efetuar certas formas de padronizar a organização. Por fim, a assessoria de apoio é composta de unidades especializadas cuja finalidade é dar apoio para a organização fora de seu fluxo de trabalho operacional.

Após delinear as partes da organização, Mintzberg (1995) apresenta seus tipos de configurações de estruturas organizacionais, conforme quadro a seguir. Cada tipo é relacionado

com um mecanismo de coordenação, com uma das partes básicas da organização e com tipos de descentralização.

Quadro 5 – Tipos de configurações de estruturas organizacionais

Configuração estrutural	Primeiro mecanismo de coordenação	Parte chave da organização	Tipo de descentralização
Estrutura simples	Supervisão direta	Cúpula estratégica	Centralização vertical e horizontal
Burocracia mecanizada	Padronização dos processos de trabalho	Tecnoestrutura	Descentralização horizontal limitada
Burocracia profissional	Padronização de habilidades	Núcleo operacional	Descentralização horizontal e vertical
Forma divisionalizada	Padronização de resultados	Linha intermediária	Descentralização vertical
Adhocracia	Ajustamento mútuo	Assessoria de apoio	Descentralização seletiva

Fonte: (MINTZBERG, 1995, p. 154)

A estrutura simples é característica de empresas novas, composta de um gerente geral, um pequeno número de técnicos e algumas pessoas de apoio, forma adequada para um ambiente relativamente simples, porém dinâmico. Já a burocracia mecanizada é característica da organização burocrática de Weber, segundo Bowditch e Buono (1997), sendo apropriada para organizações grandes que utilizam tecnologia de rotina em ambientes simples e estáveis. Por sua vez a burocracia profissional tem parte das características da burocracia mecanizada, como a formalização e padronização. Todavia, sua padronização ocorre no nível de habilidades de coordenação e não de processos de trabalho. É caracterizada por tomada de decisões descentralizadas e menor formalização. É mais adequada a organizações prestadoras de serviços. A forma divisionalizada é utilizada em organizações muito grandes, que são subdivididas em grupos por mercados ou produtos. Por fim, a adhocracia é uma forma flexível e capaz de se adaptar a ambientes em mudança acelerada.

O estudo dos tipos de estrutura organizacional torna-se importante pois engloba em um só título as diversas características estruturais, tais como as formas de diferenciação, mecanismos de coordenação, formalização, especialização. Analisando-se o quadro apresentado por Mintzberg (1995), verifica-se que há uma centralidade em torno da configuração estrutural burocrática. Dessa percepção, surge uma categorização advinda de

modelos historicamente construídos de estrutura organizacional. Esse sistema oferece ainda uma visão de trajetória que as organizações estão construindo, conforme afirmado por Loyola *et al.* (2014). Trata-se dos modelos de estruturas pré-burocráticas, burocráticas e pós-burocráticas. No quadro de Mintzberg (1995) pode-se notar que a estrutura simples é um tipo de estrutura pré-burocrática. As burocracias mecanizada e profissional e a forma divisionalizada são tipos de estruturas burocráticas e a adhocracia é um tipo de estrutura pós-burocrática.

Ao abordar o tema dos tipos de estrutura organizacional, Wagner III e Hollenbeck (1999) estabelecem uma categorização em que as estruturas pré-burocráticas, burocráticas e pós-burocráticas seriam as categorias que englobariam os diversos tipos de estrutura organizacional. No quadro a seguir é sintetizada a categorização dos autores.

Quadro 6 – Categorias de estrutura organizacional

Categorias	Tipos de Estrutura Organizacional	Característica
Estruturas pré-burocráticas	Estrutura indiferenciada simples	Coordenação por ajuste mútuo. Não há hierarquia de autoridade. Tem como vantagens a simplicidade e a flexibilidade. Tem como desvantagens a limitação de pessoas e a impossibilidade de prover a coordenação necessária para a realização de tarefas complexas.
	Estrutura diferenciada simples	A supervisão direta substitui o ajuste mútuo, que é utilizado como mecanismo secundário de coordenação. Há uma pequena hierarquia e pequena especialização e centralização. Tem como vantagens poder coordenar maior número de pessoas, reagir rapidamente a mudanças e grande flexibilidade. Como desvantagens estão a incapacidade de coordenar mais de 50 pessoas e de garantir integração na realização de tarefas complexas.
Estruturas Burocráticas	Estrutura funcional	Coordenação por meio de padronização. São organizadas de acordo com a departamentalização funcional. As estruturas funcionais são centralizadas. A principal vantagem é sua eficiência econômica. A padronização minimiza o custo da coordenação. A principal desvantagem é a falta de flexibilidade. A inflexibilidade reduz a capacidade da estrutura funcional de lidar com a instabilidade ou mudança.
	Estrutura divisional	Moderadamente descentralizada. A tomada de decisão fica em um ou dois níveis hierárquicos abaixo. Os grupos são agregados segundo similaridade de produto, localização geográfica ou clientes. Tem como vantagens conferir grau de flexibilidade maior do que na estrutura funcional e grau de independência entre as divisões, o que permite que uma deixe de operar sem afetar o trabalho das demais. Tem como desvantagem o aumento do custo por causa da duplicação de esforços entre as divisões.
	Estrutura matricial	Utiliza o ajuste mútuo como meio básico de coordenação nas camadas superiores. A tomada de decisões é descentralizada entre gerentes da matriz. Cada célula possui dois chefes – um funcional e um divisional. O ajuste mútuo deve ser usado na camada superior de cada célula para dar conta de ordens contraditórias vindas de cima. Sua principal vantagem é a

Categorias	Tipos de Estrutura Organizacional	Característica
		extrema flexibilidade. Sua desvantagem é que sua operação é extremamente dispendiosa, provocada pela proliferação de despesas com recursos humanos.
Estruturas pós-burocráticas	Estrutura multiunitária	Surge quando se permite que as divisões de uma estrutura divisional se separem do resto da organização e se desenvolvam em unidades empresariais autônomas e autogeridas. São extremamente descentralizadas. Equipes não gerenciais utilizam o ajuste mútuo para coordenar atividades de trabalho. Redes de computadores vinculam as equipes horizontalmente e fornecem fluxos verticais de informações. As atividades rotineiras são coordenadas por meio da padronização, que se dá por meio de treinamento ou socialização, ao invés de formalização. A principal vantagem é prover a coordenação necessária para a administração de grandes organizações, sem incorrer no custo elevado da estrutura matricial. A autonomia pessoal concedida é fonte de motivação, satisfação e crescimento. As desvantagens são: possuem certo grau de ineficiência, pela duplicação de esforços advinda da departamentalização divisional; não são úteis quando se necessitam vínculos fortes entre as diferentes partes da organização.
	Estrutura virtual	Modo de fazer uma organização funcionar como se tivesse capacidade produtiva maior do que realmente tem, por meio de alianças com outras organizações. Cada empresa concentra-se em fazer aquilo que é sua especialidade. As vantagens são que alcançam bons níveis de desempenho, conservando a flexibilidade e eficiência.

Fonte: elaborado a partir de WAGNER III; HOLLENBECK (1999, p. 317-327).

Wagner III e Hollenbeck (1999) afirmam que as estruturas pré-burocráticas carecem de padronização, formalização e acentuada especialização, características das burocracias. São adequadas a organizações bem pequenas e simples em que o ajuste mútuo ou supervisão direta são suficientes para integração. Por sua vez, nas estruturas burocráticas as características principais são a padronização, formalização e especialização. Nelas, a supervisão direta e o ajuste mútuo são utilizados como mecanismos secundários de coordenação, chamados quando a padronização não satisfaz as necessidades. Tal combinação permite às estruturas burocráticas executar trabalho complexo e exigente. Para Robbins (2009), burocracia é caracterizada por executar bem tarefas extremamente rotineiras. Seu principal ponto forte é a capacidade de executar tarefas padronizadas com eficiência. Como pontos fracos destacam-se o fato de que as especializações podem gerar conflitos entre as unidades e a ausência de espaço para manobras em casos que não se ajustam exatamente às regras.

Os aspectos da estrutura burocrática foram descritos com minúcia por Max Weber citado por Etzioni (1972). Inicialmente, salienta a importância das regras, pois elas economizam esforço e facilitam a padronização. A divisão sistemática do trabalho também recebe destaque,

para que cada um saiba os limites de sua tarefa, direitos e poder. Outro aspecto importante é o princípio da hierarquia, onde cada cargo está sob controle e supervisão de um posto superior. Além disso, a autoridade do burocrata está assentada no conhecimento e preparo. Tais critérios não substituem a legitimidade, embora formem a sua base. Em seguida, há o princípio da segregação de funções. Os membros do corpo administrativo devem estar separados da propriedade dos meios de produção e administração. Depois, deve haver uma liberdade de distribuir e redistribuir os recursos da organização. Por fim, as regras, decisões e atos administrativos são formalizados e registrados por escrito.

As estruturas pós-burocráticas surgiram quando algumas organizações se tornaram extremamente grandes, empregando centenas de milhares de indivíduos, produzindo uma grande variedade de bens e serviços e realizando negócios em diversos lugares do mundo. Tal realidade fez surgir a necessidade de maior flexibilização, como afirmado por Wagner III e Hollenbeck (1999). Essas estruturas são denominadas de outras formas, de acordo com Loyola *et al.* (2014): organização pós-industrial, em rede, federalista, de aprendizado, autoprojeta, neoliberal, modular, colegiada, dentre outros. Elas compartilham algumas características: apresentam estrutura mais horizontalizada que suas antecessoras; estimulam o empoderamento (*empowerment*) das pessoas; sobrelevam a natureza dinâmicas das estruturas organizacionais; enfatizam a importância das competências organizacionais e individuais; reconhecem o conhecimento como o ativo intangível que mais possibilita a alavancagem de uma organização.

Após delineados os mecanismos de análise das estruturas organizacionais, dá-se um passo adiante para trazer ao estudo uma abordagem da importância das instituições que afetam as organizações e as políticas públicas. Tal abordagem assume o caráter de complementariedade, uma vez que a organização objeto do presente estudo é uma organização pública e suas ações tratam de ações relacionadas a políticas públicas. Sendo assim, uma análise unicamente estrutural careceria de profundidade. Ao mesmo tempo, conforme entendimento de Lima *et al.* (2015) uma análise institucional, embora reconhecida sua importância, seria insuficiente, pois as políticas públicas, em especial as políticas sociais, são condicionadas por variáveis estruturais, que o referencial neo-institucionalista, considerado isoladamente, pode não dar conta de abarcar.

A esse respeito, Vianna (2009) manifestou sua preocupação ao afirmar que há uma abusiva ênfase da abordagem neo-institucionalista nos atores, regras e instituições e uma negligência em relação a fatores explicativos de natureza estrutural. Portanto, parece adequada a reunião das análises estrutural e institucional para analisar uma organização pública e as

políticas sociais advindas de suas ações. Pois ao se tratar da estrutura organizacional, a preocupação está relacionada à ordem administrativa. Todavia, esta ordem administrativa é influenciada pelas decisões políticas, que, por sua vez, alteram instituições, ocasionando reflexos na ordem administrativa. Além disso, de acordo com Hall e Taylor (2003), o institucionalismo histórico dá mais valor ao estruturalismo do que ao funcionalismo, entendido como resposta às exigências funcionais do sistema, fato este que mostra que o institucionalismo histórico já estaria ligado, em sua essência, ao estruturalismo.

2.3 INSTITUCIONALISMO HISTÓRICO

A configuração dos modelos de gestão pública é influenciada pelo momento histórico e pela cultura política vigentes em uma determinada época e lugar, de acordo com Souza (2006). Nesse sentido, os acontecimentos que se sucedem no tempo possuem relevância e podem ser considerados no quadro analítico para entender e analisar a gestão.

Antes, porém, de adentrar especificamente na análise do institucionalismo histórico, se faz necessário tratar das origens e especificidades do neo-institucionalismo.

Lima *et al.* (2015) esclarecem que o que se chama de neo-institucionalismo pouco tem de relação com o velho institucionalismo. A ênfase no antigo institucionalismo era na descrição e comparação estática de estruturas administrativas, legais e políticas. Havia uma tendência em utilizar somente as regras formais para explicar o comportamento político. Théret (2003) fala em uma renovação no institucionalismo, que se dá no sentido de compreender as mediações entre as estruturas sociais e os comportamentos individuais, denominadas de instituições.

Considerado por Thelen e Steinmo (1992) como uma rejeição a esse antigo institucionalismo, surgiu entre os anos 1950 e 1960 o enfoque behaviorista ou comportamentalista na Ciência Política, com a afirmação de que apenas as regras formais não eram capazes de explicar o comportamento político e os efeitos da política. Com efeito, Lima *et al.* (2015) afirmam que além das estruturas formais, crenças e atitudes passaram a ser valorizadas. Porém para Marques (1997), os estudos na área de ciência política inspirados pelo behaviorismo também não foram capazes de dar conta da diversidade de situações históricas presentes nos chamados países centrais no período da reestruturação econômica e institucional ocorrida nas décadas de 1960 e 1970. Hall e Taylor (2003) afirmam que surgiram, assim, novos métodos de análise, a partir da década de 1980, em reação às perspectivas behavioristas e com o objetivo de elucidar o papel desempenhado pelas instituições na determinação de resultados

sociais e políticos. Tais métodos de análise foram denominados de neo-institucionalismo, não se constituindo uma corrente de pensamento unificada. Ao menos três métodos de análises diferentes podem ser identificados: institucionalismo histórico, institucionalismo da escolha racional e institucionalismo sociológico.

A corrente do institucionalismo da escolha racional considera as instituições fundamentais para a definição das estratégias dos atores. Representam, assim, constrangimentos à escolha estratégica. Para os adeptos dessa corrente, em toda transação, o conhecimento dos agentes sobre as condições que cercam o negócio não é perfeito e completo. Em qualquer negociação, estariam ali embutidos os custos relativos às incertezas e redução de riscos. As instituições serviriam, desse modo, para reduzir ou aumentar os custos de transação, pois elas podem funcionar bem ou mal. Este argumento, segundo Marques (1997), pode explicar a diferença de *performance* econômica dos países, na medida em que o arcabouço institucional interfere diretamente na economia, reduzindo ou aumentando os custos de transação.

Hall e Taylor (2003) destacam quatro propriedades ligadas ao institucionalismo da escolha racional, embora abrigue certa quantidade de debates internos ensejando variantes entre uma análise e outra. A primeira propriedade é que os teóricos desta corrente empregam uma série característica de pressupostos comportamentais. Postulam que os atores compartilham um conjunto de preferências e se comportam de modo utilitário visando maximizar a satisfação de suas preferências. A segunda propriedade tende a considerar a vida política como uma série de dilemas de ação coletiva, na medida em que um indivíduo ao procurar maximizar suas preferências, o fazem com o risco de provocar um resultado sub-ótimo para a coletividade. Em terceiro lugar, os teóricos enfatizam o papel da interação estratégica na determinação das situações políticas. Concordam que o comportamento de um ator é determinado por um cálculo estratégico fortemente influenciado pelas expectativas do ator relativas ao comportamento provável dos outros atores. Isso é reflexo de um enfoque calculista na busca de uma explicação da influência das instituições sobre a ação individual. Em quarto lugar, os adeptos dessa escola buscam explicar a origem das instituições de modo dedutivo, fazendo uma classificação das funções desempenhadas por essa instituição.

Enquanto as outras duas vertentes do neo-institucionalismo foram desenvolvidas na ciência política, o institucionalismo sociológico surgiu na sociologia. Três características são apontadas por Hall e Taylor (2003) para essa vertente. Primeiramente, definem as instituições de maneira muito mais global do que os pesquisadores da ciência política, no sentido de que o conceito de instituição abrange além de regras, procedimentos e normas formais, sistemas de símbolos, esquemas cognitivos e modelos morais. Em segundo lugar, dá-se uma importância

maior à cultura, definindo-a mesmo como sinônimo de instituições. Em terceiro lugar, as relações entre as instituições e a ação individual são encaradas com um ‘enfoque culturalista’, mas de um modo mais ligado a ‘dimensão cognitiva’ do impacto das instituições, ou seja, as instituições influenciariam a ação individual fornecendo esquemas, categorias e modelos cognitivos indispensáveis à ação.

A terceira corrente do neo-institucionalismo é a do institucionalismo histórico. Para esta corrente, as instituições alteram as estratégias dos atores e os atores não são maximizadores bem informados de suas preferências. Ao contrário, tentam seguir regras e normas sem pensar sobre seu próprio interesse. As preferências dos atores, para Marques (1997), são endógenas ao modelo, sendo construídas social e politicamente no âmbito do processo em estudo, ao contrário da corrente da escolha racional, que entende que as preferências dos atores são exógenas.

O institucionalismo histórico foi desenvolvido, segundo Hall e Taylor (2003), em reação à análise da vida política em termos de grupos e ao estruturo-funcionalismo, dominantes na ciência política nos anos 1960 e 1970. Os adeptos da corrente buscavam explicar o surgimento de conflitos políticos e econômicos, atribuindo maior importância às instituições. Entendiam que o principal fator capaz de estruturar o comportamento coletivo era a organização institucional da comunidade política. Dava-se, portanto, mais valor ao ‘estruturalismo’ do que ao ‘funcionalismo’, que entendia as situações políticas como respostas às exigências funcionais do sistema.

Para os teóricos do institucionalismo histórico, instituições são “procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais e oficiosas inerentes à estrutura organizacional da comunidade política ou da economia política”. Em geral, associam as instituições às regras e convenções editadas por organizações formais. Desse conceito, pode-se entender que estão abrangidos na denominação de instituição todas as normas que regem a atuação de determinada comunidade, desde as regras constitucionais até convenções tratando de relacionamento entre partes (HALL; TAYLOR, 2003, p. 196).

Uma característica desta corrente é que seus teóricos entendem o desenvolvimento institucional como dependente de uma trajetória, *path dependent*. Em tal trajetória, para Hall e Taylor (2003), seriam importantes as situações críticas e as consequências imprevistas. As situações críticas criam bifurcações que conduzem ao desenvolvimento por um novo trajeto. A questão é saber o que provoca tais situações críticas. Em geral, segundo Hall e Taylor (2003), seriam as crises econômicas e os conflitos militares, sendo esta primeira causa condizente com a crise que afetou os hospitais universitários federais na década de 1990. Criada a bifurcação na trajetória desses hospitais, abriu-se caminho para a busca de soluções, que culminaria,

décadas depois, com a criação da EBSEH. Há uma lógica evidenciada, de acordo com Pierson e Skocpol (2008): os resultados em uma conjuntura crítica desatam mecanismos de retroalimentação que reforçam a recorrência de um padrão particular no futuro. O entendimento é aderente, portanto, à causalidade social. Teóricos do institucionalismo histórico fazem uma distinção no fluxo dos eventos históricos entre períodos de continuidade e ‘situações críticas’. Seria nessas situações críticas que mudanças institucionais importantes ocorreriam. Nota-se que há uma preocupação em entender o motivo da perpetuação de determinadas estruturas institucionais, sua evolução e desenvolvimento. A forma utilizada pelos adeptos desta corrente, como afirma De Césaris (2009), foi entender o conceito de *path dependence* para explicar os mecanismos de transformação e continuidade da ordem institucional.

Outra característica importante, citada por Hall e Taylor (2003), é o valor que se dá ao poder, particularmente às relações de poder assimétricas. Há uma preocupação na forma como ocorre a distribuição do poder entre os grupos sociais ocasionando acesso desproporcional ao processo de decisão.

Para a presente análise, entende-se que a corrente do institucionalismo histórico é a mais adequada para fins de suporte teórico, pois pretende-se analisar o caminho percorrido pelo HULW desde a crise dos hospitais universitários até a criação da EBSEH. Esta corrente também dá relevo a situações críticas como determinantes na mudança ou não de trajetórias. No contexto do presente estudo, algumas situações críticas podem ser elencadas, tais como a crise nos hospitais universitários, a inclusão destes hospitais na Lei Orgânica do SUS e a reforma do Estado. Para Parsons (2007), o institucionalismo histórico é escola mais consistente na construção de suas reivindicações em torno da lógica institucional. Para De Césaris (2009), isto significa que o institucionalismo histórico seria a melhor escolha ao se querer desenvolver explicações plenamente endógenas de processos de mudança e desenvolvimento institucional.

De acordo com Parsons (2007), entende-se o institucionalismo histórico como uma abordagem eclética, que aproveitaria princípios de outras correntes, não tendo ela mesma, princípios próprios. Hall e Taylor (2003) lembram que se utiliza com frequência os enfoques ‘calculador’ e ‘calculista’. De ponto de vista diferente, De Césaris (2009) argumenta que o institucionalismo histórico possui um modo de explicação próprio, que seria justamente o de utilizar de forma mais consistente que os outros institucionalismos a explicação institucionalista *stricto sensu*. Seu argumento baseia-se na diferenciação que Parsons (2007) faz entre os modos de explicação estruturais e institucionais. A diferença é que essas lógicas focalizam diferentes tipos de restrições: o modo estrutural, nas restrições exógenas não manipuláveis; o modo institucionalista, nas regras, convenções e organizações criadas pelo homem. Para ser possível,

uma explicação institucionalista deve haver certo grau de indeterminação estrutural. Tal indeterminação não dá aos atores sinais claros sobre como agir diante de um grupo de possibilidades. Assim, existiria um grupo relativamente amplo de modos de ação potencialmente viáveis. Sobre tais condições socioeconômicas, os atores criam certas regras e organizações específicas que com o tempo ganham uma espécie de consistência própria, desencadeando mecanismos de desenvolvimento não-intencionais que as levam por um trajeto evolutivo. O autor chama provisoriamente tais regras e organizações de instituições.

Como lembra De Césaris (2009), é na especificação dos efeitos não-intencionais de tais instituições que se poderia encontrar muitos dos processos institucionais mais relevantes.

Portanto, para que uma explicação que se utilize de mecanismos *path dependente* seja considerada válida, o impacto das instituições nas ações subsequentes deve ser não-intencional. Sendo assim, Parsons (2007) afirma que se as regras e organizações originam dinâmicas não-intencionais que influenciam as ações dos atores, a causa da trajetória é a própria configuração institucional. Ou seja, se for possível afirmar que as instituições presentes no momento da crise do HULW criaram dinâmicas não-intencionais, influenciando as ações dos atores, será possível concluir que a criação da EBSEH teve como causa não a vontade do ator A ou B, mas sim a própria configuração institucional.

3 O HULW E O ADVENTO DA EBSERH

O Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), criado em 1980, integra a estrutura da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Está localizado no município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba. O prédio do hospital é um conjunto arquitetônico moderno com cerca de 44.000m², dos quais faltam concluir aproximadamente 900 m². Para que fosse possível o apoio em termos de prática de ensino ao recém-criado curso de medicina, reconhecido oficialmente pelo Governo Federal, através do Decreto 38.011, em 05 de outubro de 1955, foram utilizadas as instalações do Hospital Santa Isabel, pertencente à Santa Casa de Misericórdia da Paraíba. O hospital alugava à universidade uma certa quantidade de leitos. No final de 1977, a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), por meio de convênio com o Ministério da Saúde, implantou seu hospital universitário, utilizando-se das instalações do então Hospital Clementino Fraga.

Outros hospitais da cidade de João Pessoa serviram para a prática do curso de medicina da UFPB, como o Hospital Guedes Pereira, a Maternidade Cândida Vargas e o Hospital Municipal de Pronto Socorro Dr. José de Sousa Maciel.

O HULW foi inaugurado oficialmente em 12 de fevereiro de 1980. De acordo com o Plano Diretor Estratégico (PDE) 2016/2017 do HULW, atualmente o hospital conta com 220 leitos, 80 consultórios médicos e 10 laboratórios, onde são realizados cerca de 20 mil atendimentos, 700 internações, 250 cirurgias e até 50 mil exames por mês. É o hospital-escola da UFPB, autarquia federal vinculada ao Ministério da Educação, sendo parte integrante e inseparável destes.

As atividades do HULW abrangem as áreas de assistência, ensino e pesquisa na Rede de Atenção à Saúde. Na área de assistência, o HULW consta como serviço especializado de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. O processo de contratualização entre o hospital e o gestor local do Sistema Único de Saúde (SUS) é o meio pelo qual se estabelecem metas quantitativas e qualitativas no que se refere à assistência. Denominado de contratualização, celebra-se um convênio, em que são definidas as obrigações das partes. Anexo ao termo de convênio, existe o Plano Operativo Assistencial (POA), atualmente denominado Documento Descritivo (DD), em que são descritas as características gerais dos serviços e atividades pactuadas, bem como a explicitação das diretrizes, metas físicas e de qualidade estabelecidas para cada uma das áreas de atuação pactuadas pelo convênio, quais sejam: Assistência, Gestão, Ensino e Pesquisa, Avaliação.

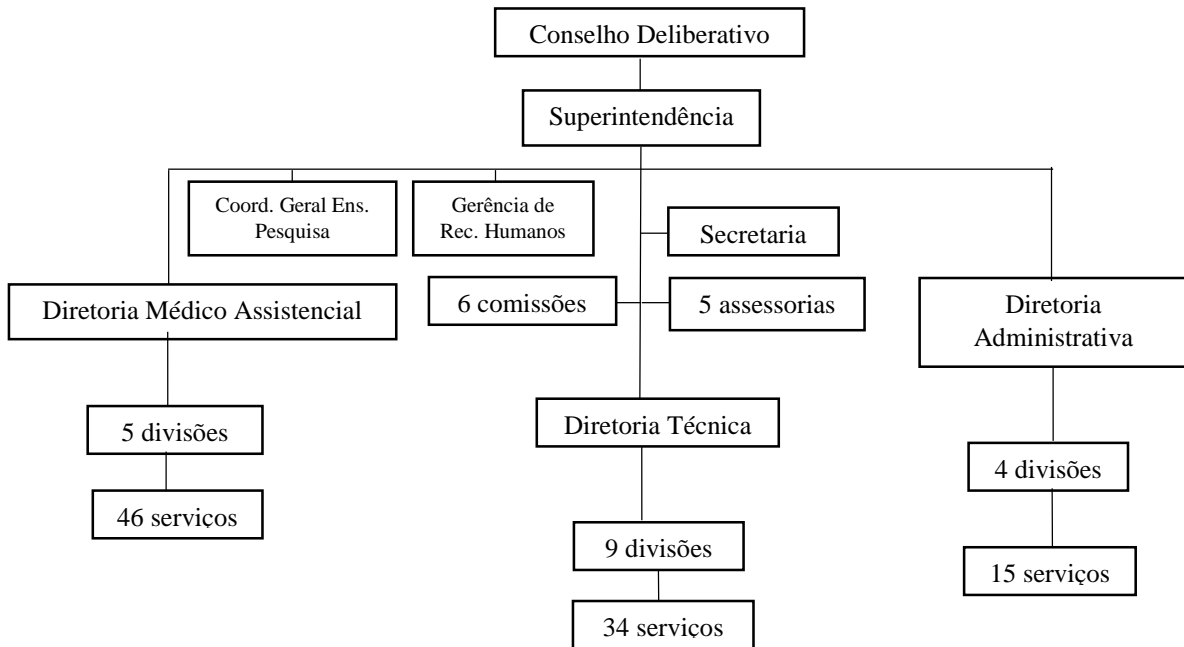
Já na área de ensino e pesquisa são oferecidas no hospital especializações *Latu-Sensu* no formato de Residência Multiprofissional, Residência Buco-Maxilo Facial e Residência Médica nas áreas de Anestesiologia, Clínica médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia e Terapia Intensiva e Doenças Infectocontagiosas. As atividades práticas ocorrem na profissionalização dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia, Odontologia, Serviço Social, Psicologia, Educação Física, Comunicação Social entre outros.

O HULW tem por missão:

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

Sua visão de futuro é “ser reconhecido nacionalmente pela excelência na atenção à saúde, geração de conhecimento, formação e capacitação profissional, tornando-se um hospital acreditado até 2019”. Seus valores são “o compromisso, cooperação, ética, excelência, honestidade, proatividade, sustentabilidade e transparência” (Plano Diretor Estratégico - PDE 2016/2017 – HULW/UFPB).

A seguir, o organograma do HULW antes do advento da EBSEH:

Figura 3: Organograma Geral do HULW antes da EBSERH (Resumido)

Fonte: Plano de reestruturação do HULW, 2013.

A Resolução CONSUNI nº 09/2002 aprovou o Regimento Interno do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), que vigorou até a reestruturação ocorrida com a EBSERH. O regimento em si está contido no anexo à resolução. O Capítulo IV do regimento trata da estrutura organizacional. O seu art. 4º dispõe que a estrutura do HULW é composta da seguinte forma:

- CONSELHO DELIBERATIVO (CD);
- SUPERINTENDÊNCIA (DS);
- DIRETORIA MÉDICA ASSISTENCIAL (DMA);
- DIRETORIA TÉCNICA (DT);
- DIRETORIA ADMINISTRATIVA (DA).

A direção do hospital cabe ao Diretor Superintendente, auxiliado pelo Diretor Médico-assistencial, Diretor Técnico, Diretor administrativo, Gerente de recursos humanos, coordenadores, assessores e presidentes de comissão (art. 7º).

A superintendência era composta por: Secretaria; as três Diretorias, Gerência de Recursos Humanos; Coordenação Geral de Ensino, Pesquisa e Extensão; órgãos de apoio, contemplando Assessoria de Comunicação, de Informática, de Organização e Métodos, de Planejamento Hospitalar e Jurídica; e sete comissões.

A DMA era composta pelas divisões de Medicina Interna, com 11 (onze) serviços, de Cirurgia, com 15 (quinze) serviços, Materno-infantil, com 10 (dez) serviços, Promoção à Saúde, com 6 (seis) serviços e de Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento, com (quatro) serviços, cada uma contendo os respectivos serviços relacionados à atividade médica, totalizando 46 (quarenta e seis) serviços.

A DT era composta por uma Coordenação de Enfermagem e por nove divisões com um total de 34 (trinta e quatro) serviços, relacionadas às atividades de saúde diferentes da atividade médica.

Por sua vez, a DA era composta por quatro Divisões, relacionadas às atividades de Material, com 3 (três) serviços, Contabilidade e Finanças, com 3 (três) serviços, Serviços Gerais, com 6 (seis) serviços e Engenharia Hospitalar, com 3 (três) serviços, totalizando 15 (quinze) serviços.

Nota-se nos organogramas que a área de ensino e pesquisa não tinha o mesmo status das divisões médica e administrativa, resumindo-se a uma coordenação vinculada à Superintendência. A Gerência de Recursos Humanos não era vinculada à Diretoria Administrativa como é atualmente. Havia uma Assessoria de Planejamento, vinculada à Superintendência.

Tanto o organograma geral quanto os organogramas das diretorias apresentavam ao mesmo tempo descentralização vertical e horizontal. Especialmente, o da Diretoria Técnica possuía uma horizontalidade acentuada.

A quantidade de cargos e funções é apresentada na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1: Antiga distribuição dos cargos e funções do HULW

Cargos e Funções	Superintendência	DMA	DT	DA	TOTAL
Superintendente	1	-	-	-	1
Diretoria	-	1	1	1	3
Assessoria	5	-	-	-	5
Gerência de RH	1	-	-	-	1
Coordenação Geral de Ensino e Pesquisa	1	-	-	-	1
Chefe de Divisão	-	5	9	4	18
Chefe de Serviço	-	46	34	15	95
Coordenação de enfermagem	-	-	1	-	1
TOTAL	8	51	44	19	125

Fonte: Resolução CONSUNI nº 09/2002 – Regimento Interno do HULW.

Observando-se os dados da Tabela 1, observa-se que a maior concentração de cargos e funções entre as diretorias estava na DMA, sendo que a DA possuía a menor quantidade.

Para que a EBSEERH passasse efetivamente a administrar o hospital universitário federal, fez-se necessária a adesão da universidade através de um contrato de gestão. O processo de gestão dos hospitais previu inicialmente um diagnóstico conjunto entre a instituição de ensino e a EBSEERH, com o estabelecimento de objetivos e metas, com a previsão de um período de transição de 12 meses.

Em 30/04/2013, a UFPB, em reunião no Conselho Universitário (CONSUNI) deliberou pela adesão do HULW à EBSEERH. Em 17/12/2013 foi assinado o Contrato nº 45/2013 entre a UFPB e a EBSEERH, cujo objeto é a gestão especial gratuita pela EBSEERH do HULW.

No âmbito do HULW, de acordo com o Relatório de Gestão da instituição do exercício de 2014, o Contrato nº 09/2013 celebrado com a Fundação José Américo, cuja vigência se deu até 13/03/2014 não foi renovado e em 14 de maio de 2014 os terceirizados irregulares foram definitivamente desligados. Dessa forma, em 2014, o HULW deixou de ter em seus quadros postos de trabalho terceirizados irregulares. A totalidade dos entrevistados enfatiza essa realidade. A partir da adesão do hospital à EBSEERH tomou-se a decisão de dar por finalizado as contratações de pessoal via fundação de apoio.

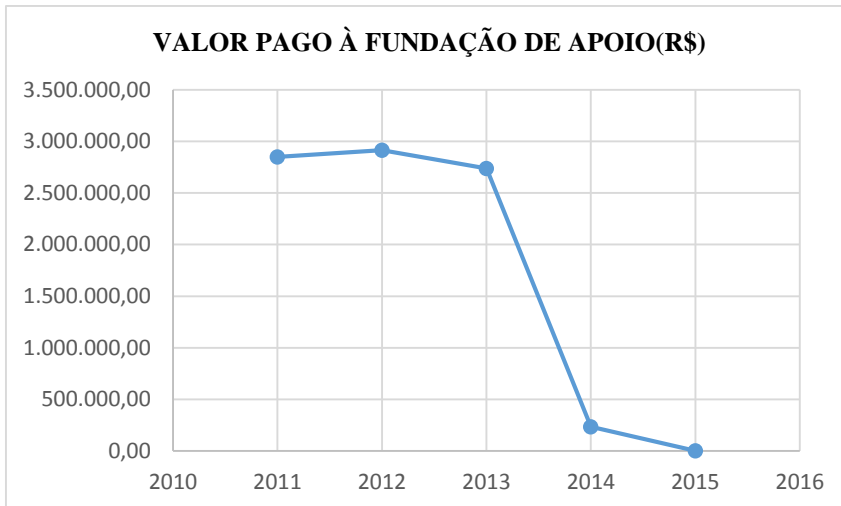
Em consulta ao Portal da Transparência foi possível confirmar a informação de que o hospital não realiza mais pagamentos à fundação de apoio responsável pelos contratos irregulares, desde 2015, conforme Tabela e Gráfico apresentados a seguir:

Tabela 2 – Valores repassados à fundação de apoio

ANO	VALOR (R\$)
2011	2.850.338,45
2012	2.914.359,39
2013	2.737.902,36
2014	232.840,43
2015	0,00

Fonte: Portal da Transparência. Acesso em 20 fev. 2017.

Figura 4 – Valores pagos à fundação de apoio



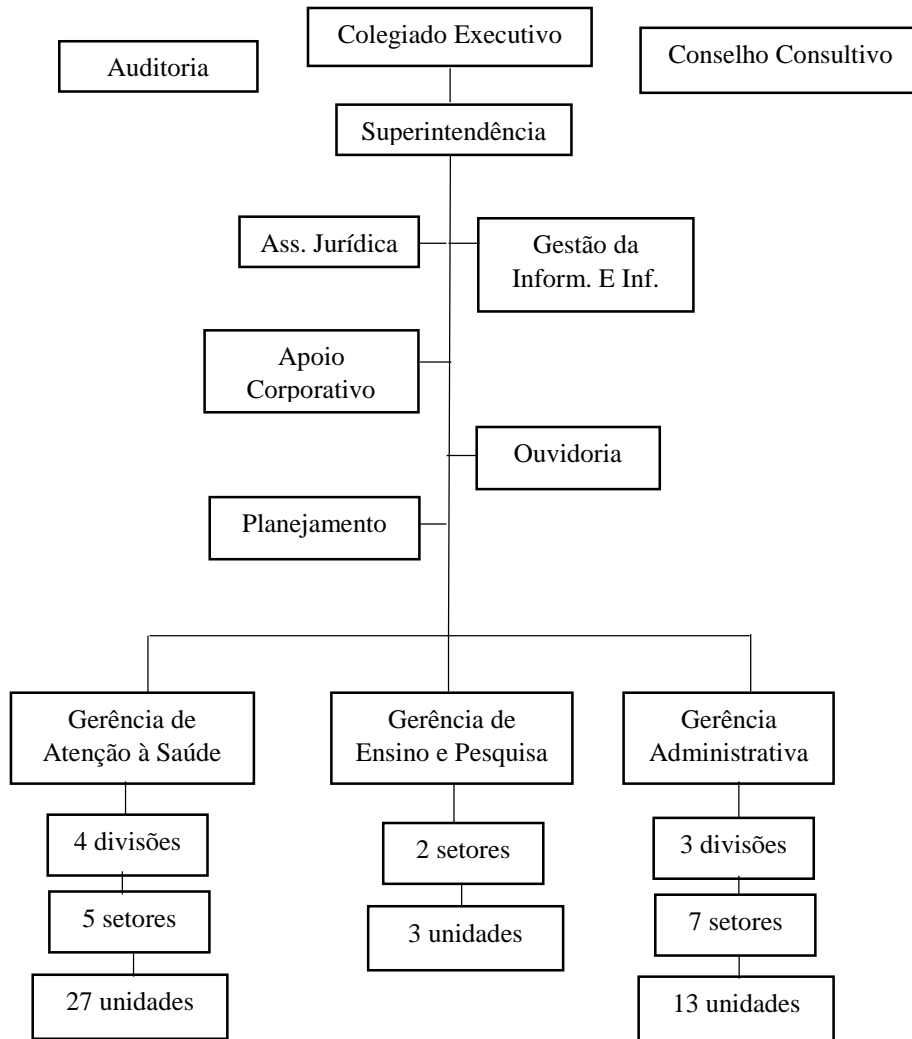
Fonte: Portal da Transparência. Acesso em 20 fev. 2017.

O Gráfico mostra que, no período de 2011 a 2013, os pagamentos anuais permaneceram constantes em valores próximos a três milhões de reais. Em 2014 foram reduzidos a aproximadamente duzentos e trinta mil reais e em 2015 não foram mais efetuados pagamentos.

Posteriormente foi realizado o concurso público nº 08/2014 – EBSEH/HULW/UFPB, tendo sido aprovados 978 servidores, cujas nomeações ainda estão em andamento.

Atualmente, o organograma do HULW é o seguinte:

Figura 5: Organograma do HULW após a reestruturação (Resumido)



Fonte: Plano de Reestruturação do HULW, 2013.

As antigas diretorias passaram a ser denominadas de gerências, sendo que no novo formato, a área de atenção à saúde possui status de gerência, juntamente com a Gerência de Ensino e Pesquisa e a Gerência Administrativa.

Foram criadas as unidades de auditoria e de ouvidoria e a unidade de planejamento passou para uma posição mais próxima da superintendência.

Mesmo com status de gerência, a área de ensino e pesquisa é a que possui o menor organograma das três áreas. Por sua vez, tanto a Gerência de Atenção à Saúde como a Gerência Administrativa mantêm a estrutura, como anteriormente, tanto verticalizada como horizontalizada.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com a finalidade de identificar mudanças estruturais e institucionais na gestão da EBSEH. O olhar foi voltado, nos termos de Creswell (2010) para os fluxos e transformações do objeto da pesquisa, qual seja, a gestão do HULW, com foco no processo de mudanças estruturais e institucionais. Como estratégia de investigação, optou-se por realizar um estudo de caso.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Quanto aos fins, a pesquisa foi descritiva, buscando apresentar as características da gestão da EBSEH, a visão dos gerentes do HULW acerca da transição e as mudanças ocasionadas com a transição.

Quanto aos meios, nos termos de Vergara (1998), foi inicialmente realizada pesquisa bibliográfica em livros e periódicos, publicados e disponíveis na internet. Posteriormente foi realizada uma investigação documental, com a análise de documentos internos do HULW, tais como organogramas, regulamentos e planilhas. Também foi realizada pesquisa de campo, com a aplicação de entrevistas.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa são os gestores do HULW bem como da UFPB que de alguma forma estão relacionados à gestão do HULW. A identificação do local e dos indivíduos para o estudo feita de forma intencional, conforme Creswell (2010). Para as entrevistas, foram selecionadas as pessoas ocupantes das seguintes funções: o Superintendente do HULW, Gerente Administrativo, Gerente de Atenção à Saúde, Gerente de Ensino e Pesquisa, Chefe da Unidade de Planejamento, Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas, Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, o Auditor Chefe, o representante do sindicato dos servidores da UFPB (SINTESPB) e a Reitora da UFPB.

O Quadro a seguir apresenta a identificação dos entrevistados.

Quadro 7: Identificação dos entrevistados

Entrevistado	Função
1	Superintendente do HULW

Entrevistado	Função
2	Gerente de Atenção à Saúde
3	Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde
4	Reitora da UFPB
5	Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas
6	Auditor Chefe
7	Gerente Administrativo
8	Gerente de Ensino e Pesquisa
9	Chefe da Unidade de Planejamento
10	Representante do sindicato dos servidores da UFPB (SINTESPB)

Fonte: Elaboração própria, 2017.

4.3 FONTES DA PESQUISA

Foram consultados principalmente os seguintes documentos: organograma do HULW vigente até 2013; organograma do HULW vigente após 2013, Resolução nº 09/2002 – Regulamento do HULW; Resolução nº 10/1998 CONSUNI – Estatuto da UFPB; Termo de Contrato nº 10.305/2015 – Contratualização vigente entre o HULW e a Prefeitura Municipal de João Pessoa, Relatório de Custeio HULW 2011-2016, contrato nº 45/2013 – Contrato de Gestão celebrado entre a UFPB e a EBSEH, Plano de Reestruturação HULW – 2013, Plano Diretor Estratégico (PDE) 2016/2017, Projeto de Lei nº 1.749-B, de 2011 – Autoriza o poder executivo a criar a EBSEH.

4.4 COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram a pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas.

Por meio da pesquisa documental foram levantadas informações relacionadas a dimensão estrutural da gestão da EBSEH, tais como instrumentos de diferenciação e de integração utilizados, entendidos, para Bowditch e Buino (1997), como os mecanismos de divisão do trabalho e de coordenação, respectivamente, mudanças ocorridas nesses instrumentos no decurso do tempo, caracterização da forma de estrutura da organização, cadeia de comando, estrutura de controle e formalização. Foram ainda levantadas informações concernentes à dimensão temporal da gestão da EBSEH, buscando-se resgatar o histórico dos fatos relevantes que influenciaram as mudanças institucionais e estruturais no hospital.

Por meio das entrevistas semiestruturadas, buscou-se o entendimento das percepções e opiniões das pessoas que estão ou estiveram direta ou indiretamente relacionadas às mudanças estruturais e institucionais ocorridas nos últimos anos no HULW, em especial o surgimento da EBSEH.

4.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Na presente pesquisa, os dados foram tratados de forma qualitativa. As entrevistas foram transcritas e posteriormente codificadas com apoio do Software Atlas.ti 8. O processo de análise buscou extrair sentido dos dados do texto. Foram seguidos os seguintes passos, conforme Creswell (2010): 1) Organização e preparação dos dados para análise, onde foram selecionados os documentos a serem analisados e a transcrição das entrevistas; 2) Leitura de todos os dados; 3) início da análise detalhada com um processo de codificação. Com auxílio do Software Atlas.ti 8, foi realizada a leitura e a codificação das partes consideradas mais importantes dos textos. No total, foram criados 106 códigos, que posteriormente foram agrupados nas categorias previamente criadas com base no referencial teórico: mudanças estruturais e mudanças institucionais; 4) Utilização do processo de codificação para gerar uma descrição das categorias ou temas para análise; 5) Explicação de como foi feita a narrativa qualitativa; 6) interpretação dos códigos e categorias.

5 RESULTADOS

As respostas às questões de pesquisa propostas com a finalidade de atingir os objetivos específicos são apresentadas a seguir. Inicialmente, aborda-se a transição da gestão do HULW para a EBSEERH. Procura-se, com isso, investigar como se deu o processo à luz da percepção dos atores envolvidos no processo. Em seguida, busca-se investigar que mudanças institucionais foram propostas pelo governo e em que nível de discussão tais propostas foram levadas. Na sequência, são apresentadas as mudanças estruturais ocorridas com a transição da gestão do HULW para a EBSEERH.

Os textos das entrevistas foram codificados inicialmente com auxílio do Software Atlas.ti 8. Foram inicialmente criados 70 códigos, que em seguida, foram classificados de acordo com as categorias. O resultado é apresentado no Quadro a seguir:

Quadro 8 – Classificação dos códigos nas categorias

Categorias	Códigos
<p>Mudanças institucionais ocorridas com a transição do HULW para a EBSEERH: Procura investigar como se deu o processo de transição da gestão do HULW para a EBSEERH à luz da percepção dos atores envolvidos no processo. Busca investigar que mudanças institucionais foram propostas pelo governo e em que nível de discussão tais propostas foram levadas.</p>	A EBSEERH não resolverá problemas graves de imediato
	A EBSEERH trouxe uniformidade na estrutura dos hospitais universitários
	A mudança é superficial
	Ampliação do quadro de pessoal com o concurso da EBSEERH
	Ausência de participação popular na criação da EBSEERH
	Consolidação do SUS vinculada à reforma do Estado
	EBSEERH vinculada à reforma do Estado
	Formalização da contratualização
	Gestão da EBSEERH identificada como mais gerencial/eficiente
	Histórico da criação da EBSEERH
	Hospitais universitários tinham perfil diferente ao SUS
	Ideologia da EBSEERH não é 100% SUS
	Ideologia de empresa aplicada ao serviço público
	Ideologia não importa
	Ideologia neoliberal como perspectiva
	Ideologia neoliberal vista no conceito de governança
	Ideologia neoliberal viva no Brasil
	Ideologia pró SUS
	Incertezas quanto à transição
	Inspiração da EBSEERH no HCPA
	Motivo da criação da EBSEERH: determinações do TCU
	Motivo da criação da EBSEERH: diminuição da participação do Estado
	Motivo da criação da EBSEERH: fim dos contratos irregulares
	Motivo da criação da EBSEERH: melhorar a gestão
	Motivo da criação da EBSEERH: redução do custo previdenciário
	Motivo da criação da EBSEERH: um conjunto de coisas
	Mudança de opinião quanto à criação da EBSEERH
	Natureza jurídica da EBSEERH como um dos pontos mais questionados
	Natureza jurídica da EBSEERH confronta em tese os pressupostos da reforma do Estado
	Transição difícil
Visão positiva da transição	

Categorias	Códigos
	Ausência de discussão na criação da EBSEH
	Ausência de participação popular na criação da EBSEH
	Concordância com as críticas
	Contexto político
	Contra a instalação da EBSEH
	Críticas ao SUS
	Críticas ao Governo Federal
	Críticas sem fundamento ou parciais
	Críticas vinculadas aos movimentos sindicais dos servidores das universidades federais
	<p data-bbox="240 1151 632 1330">Mudanças estruturais ocorridas com a transição do HULW para a EBSEH: Agrupa os códigos relacionados às mudanças e impactos observados na gestão do HULW após a criação da EBSEH.</p>
Ação desfocada do público alvo	
Ausência de avaliação de desempenho institucional	
Ausência de mudança no público alvo	
Ausência de planejamento efetivo antes da EBSEH	
Deficiência de pessoal como principal problema identificado no plano de reestruturação	
Déficit/atraso no repasse do REHUF	
Desafio da melhoria do desempenho	
Hipótese de ampliação das fontes de financiamento	
Hipótese de mudança no público alvo	
Importância da capacitação	
Importância da presença de unidade de auditoria em cada hospital	
Importância do papel da UFPB no acompanhamento do contrato de adesão	
Início do planejamento estratégico	
Insuficiência de recursos advindos da contratualização	
Interesses contrários à repactuação	
Maior controle e transparência na execução do REHUF com a EBSEH	
Manutenção dos valores da contratualização	
Necessidade de repactuar a contratualização	
Necessidade de utilizar os recursos do REHUF para custeio	
Participação conjunta no planejamento	
Possibilidade de rescisão contratual entre a universidade e a EBSEH	
REHUF contribui para atendimento 100% SUS	
Revisão do processo de trabalho	
Desnecessidade de autonomia da universidade no hospital	
Fim dos terceirizados irregulares	
O advento da EBSEH não impactou a autonomia universitária	
Privatização	
Separação entre EBSEH e UFPB	
Sindicato fora da governança ¹ da EBSEH	
A convivência dos dois regimes é uma questão cultural	
Ações de combate ao choque de regimes	
Complexidade da organização hospitalar	
Decisão passou a ser mais compartilhada	
Desafio da convivência dos dois regimes	
Desafio da reforma física do hospital	
Desafio de consolidar a EBSEH	
Desafio de ser hospital de média e alta complexidade	
Desafio do equilíbrio das contas	

¹ No setor público, governança “compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.” (TCU, 2014). Os entrevistados utilizaram o termo para designar os conselhos administrativo, consultivo e fiscal da EBSEH.

Categorias	Códigos
	Dicotomia eficiência x eficácia
	Falhas estruturais
	Falhas no controle social
	Feedback negativo dos usuários
	Feedback positivo dos usuários
	Gestão centralizada
	Gestão pactuada estimulando o compartilhamento de poder
	Imagem do servidor RJU como dono do hospital
	Importância da eficiência
	Importância igual da assistência à saúde e do ensino
	Irregularidade na prestação de serviço
	Judicialização da saúde
	Maior volume de atendimento na baixa complexidade
	MEC constata deficiência de profissionais nos hospitais
	MEC constata má gestão nos hospitais
	Necessidade de controle
	Necessidade de foco
	Necessidade de mudança
	Padronização
	Permanência da burocracia
	Pirâmide invertida
	Pontos de decisão localizados nas unidades
	Possibilidade de convivência entre os dois regimes
	Problemas causados pela diferença de carga horária entre os regimes
	Problemas estruturantes identificados como o principal problema
	Resistência à mudança
	Surgimento do SUS
	Visão de rede

Fonte: Elaboração própria, 2017.

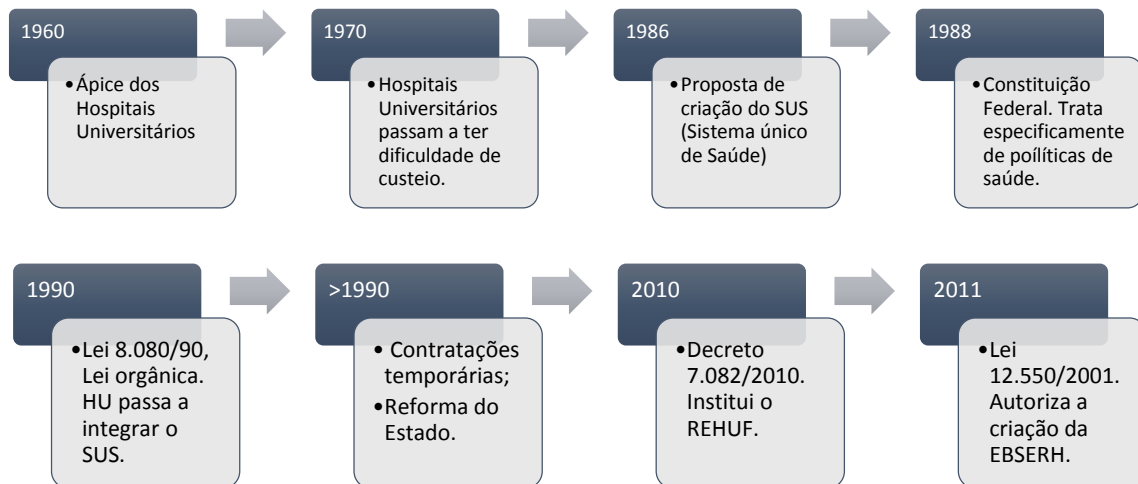
Passa-se a discutir os resultados para cada uma das categorias de análise. Inicialmente, são apresentados os resultados para as mudanças institucionais ocorridas no HULW com o advento da EBSEH e, depois, os resultados para as mudanças estruturais ocorridas com a transição.

5.1 MUDANÇAS INSTITUCIONAIS OCORRIDAS COM A TRANSIÇÃO DO HULW PARA A EBSEH

A situação de crise vivida no HULW alimentava o desejo por mudança. Se nas crises ocorrem mudanças institucionais, para De Césaris (2009), a crise do HULW fomentou uma mudança institucional que foi a adesão à EBSEH. A gestão anterior, vista como muito hierarquizada, aproximava-se do tipo de burocracia descrita por Weber, citado por Park (1997). Já a nova gestão passou a ser mais departamentalizada, passando-se também a utilizar mecanismos de integração, como a padronização, conforme Wagner III e Hollenbeck (1999) e Mintzberg (1995).

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

Figura 6 – Trajetória dos hospitais universitários no Brasil



Fonte: Elaboração própria, 2017, com base em Oliveira (2014).

No ano de 1990, quando a Lei Orgânica do SUS incluiu os hospitais universitários ao SUS, as dificuldades de custeio, que já se estendiam desde a década de 1970, se agravaram.

Este momento, para Hall e Taylor (2003), pode ser considerado um ponto crítico na trajetória institucional dos hospitais universitários, pois foi um momento de descontinuidade da situação dos hospitais universitários, que antes eram hospitais cuja atividade principal era o ensino e a pesquisa e após a Lei Orgânica do SUS passaram a prestar também serviços de saúde. A ordem institucional dos hospitais universitários foi modificada nesse momento e o seu desenvolvimento passou a depender dessa realidade. Ou seja, a partir desse momento não se podia mais pensar em mudanças institucionais nos hospitais universitários sem levar em conta que os mesmos deveriam prestar serviços de saúde. Nesse sentido, os hospitais universitários seguiram uma trajetória *path dependent*.

Para De Césarís (2009), ao se apresentar a trajetória dos hospitais universitários no Brasil com base apenas nos eventos relacionados especificamente a tais hospitais, sem levar em consideração fatores externos, como os climáticos ou os demográficos, a explicação dessa

trajetória caracteriza-se como endógena, aderente, portanto, à escolha do institucionalismo histórico como referencial teórico.

Com a inclusão dos Hospitais Universitários no SUS na década de 1990, a atribuição desses hospitais cresceu e os recursos se tornaram escassos. Então, passou-se a discutir formas de reestruturar os hospitais, para que pudessem atingir seus objetivos. Havia, assim, uma indeterminação estrutural e incertezas quanto ao caminho a seguir. Novas regras (instituições) foram criadas, como a de financiamento (REHUF) e a de organização (EBSERH) que seguiram uma linearidade no tempo e foram formando a realidade que se tem atualmente.

A Lei nº 8.080/90, considerada como uma instituição, conforme definição de instituição apresentada por Hall e Taylor (2003), alterou a ação dos atores, nos dizeres de Marques (1997), visto que as respostas aos novos problemas surgidos necessitavam de novas estratégias de ação. Vale destacar que esses efeitos da lei orgânica do SUS podem ser considerados como não intencionais, como definido por De Césarís (2009), haja vista que a ideia inicial era ampliar ao máximo a oferta de serviço de saúde no Brasil, incluindo nesse contexto os hospitais universitários federais. Dessa forma, a própria Lei nº 8.080/90, juntamente com a crise dos hospitais iniciada na década de 1970, pode ser considerada a causa da trajetória dos hospitais universitários, por ter dado nova configuração aos hospitais e ter desencadeado uma dinâmica não-intencional onde foram criadas novas instituições, como o REHUF, em 2010, e a EBSERH, em 2011.

Com o sucateamento das organizações hospitalares universitárias nos anos seguintes, pois os recursos disponíveis eram insuficientes para atender às demandas dos hospitais, gerou-se uma grave crise. Foi nesse período que tais organizações passaram a realizar contratações temporárias de profissionais para atuarem na sua atividade finalística, pois o governo não realizou concurso público para repor o quadro funcional dos hospitais.

Foi nesse período também que se deu início ao processo de reforma do Estado, cujas medidas, conforme apontado por Bresser Pereira (1996), visavam dotar o Estado de mecanismos capazes de garantir maior eficiência e eficácia em suas ações. Passaram a ocorrer debates para discutir propostas e soluções para o problema dos hospitais universitários, principalmente no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, de acordo com Barros (2014). Este fato demonstra que havia incertezas quanto ao caminho a ser seguido e às consequências que uma determinada tomada de decisão teria, consequências, portanto, imprevistas, na concepção de De Césarís (2009), naquele momento histórico.

Este quadro pode ser compreendido assim à luz do conceito de *path dependence*, de Hall e Taylor (2003), que pressupõe que determinadas forças são modificadas pelas

propriedades de cada contexto local, propriedades essas herdadas do passado, que exige que o desenvolvimento institucional depende de uma trajetória e que essa trajetória seriam importantes as situações críticas e as consequências imprevistas. Pode-se entender no histórico dos hospitais universitários, que antecedeu a instituição do REHUF e a criação da EBSEH, uma trajetória *path dependent*, como já explicitado. Caso o governo tivesse alocado mais recursos para o aparelhamento dos hospitais universitários, tanto para sua estruturação física, como para reposição do quadro de pessoal, o caminho poderia ter sido diferente e a EBSEH poderia nunca ter sido criada. Mas não foi isso que aconteceu. Os hospitais universitários não foram aparelhados adequadamente, culminando-se, assim, com a criação da EBSEH.

As ações propostas, como os planos de reestruturação dos hospitais, foram, com base no que afirmam Pierson e Skocpol (2008) respostas à crise instalada e acabaram por criar um mecanismo de retroalimentação dessas ações, como a criação do REHUF em 2010, que também objetivou a reestruturação dos hospitais universitários federais, que, por sua vez faz parte de um contexto programático mais amplo ocorrido no âmbito do MEC, que inclui o Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI).

Já o projeto de criação da EBSEH, com uma nova modelagem jurídico-institucional para a prestação de serviços administrativos e médico-hospitalares pelos hospitais universitários da administração pública federal, visava solucionar problemas prementes, tais como a excessiva quantidade de força trabalho recrutada por meio de contratos de prestação de serviços (terceirização) e outros formatos que caracterizam vínculos precários sob a forma de terceirização irregular, a expansão de suas atividades sob bases institucionais frágeis e a perda da capacidade de planejamento. Todos esses aspectos são abordados na Exposição de Motivos da MP nº 520/2010 – EMI nº 00383/2010/MP/MEC, de 23 de dezembro de 2010, encaminhada pelo Poder Executivo Federal ao Congresso Nacional.

O projeto da EBSEH buscava criar condições para melhoria substancial nos padrões de gestão dos hospitais, com a adoção de instrumentos avançados de controle de resultado. Ainda de acordo com o documento, a solução proposta tinha como precedente os casos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), ambos localizados na cidade de Porto Alegre/RS, por ser o HCPA, segundo Oliveira (2014), reconhecido como uma instituição de excelência. Também é uma empresa pública e, seguindo a reforma gerencial da década de 1990, possui uma gestão alinhada aos pilares da reforma, por ter uma constituição jurídica mais flexível, a de empresa pública, e mais voltada ao alcance de resultados. O GHC, também base de inspiração para a EBSEH, composto de quatro unidades

hospitalares, foi criado como sociedade anônima, sendo o Ministério da Saúde seu acionista majoritário.

Em 2011, por meio da exposição de motivos EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, de 20 de junho de 2011, o Executivo Federal submete novamente ao Congresso Nacional o, agora, Projeto de Lei nº 1749/2011. Com sensíveis modificações, o documento inclui na justificativa para aprovação do projeto inúmeros questionamentos do Tribunal de Contas da União (TCU) e do Ministério Público Federal (MPF) a respeito do atual funcionamento dos hospitais, mais especificamente relacionados à substituição de terceirizados irregulares em hospitais universitários (Acórdãos do Plenário 1.823/2006, 1.520/2006 e 2.681/2011 – TCU). Além disso, ressalta que o projeto visa possibilitar o resgate da autonomia das universidades federais, que tem sido prejudicada pela insegurança jurídica a que tem sido submetidas, com a intervenção recorrente dos órgãos de controle externo (MPF e TCU). Por meio do Acórdão nº 2681/2011 – TCU – Plenário, o prazo para que os órgãos da Administração Pública Federal apresentassem ao tribunal o resultado final do processo de substituição de terceirizados irregulares foi prorrogado até 31 de dezembro de 2012.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) teve, afinal, sua criação autorizada pela Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011, cuja tramitação no Congresso Nacional ocorreu por meio do Projeto de Lei nº 1.749/2011. Antes disso, porém, no final do Governo Lula, houvera uma tentativa frustrada de criação da empresa por meio da Medida Provisória – MP nº 520/2010. Tal MP perdeu sua vigência por não ter sido convertida em lei, fato motivado por pressões de movimentos sociais contra a medida.

De acordo com a Lei nº 12.550/2011, a finalidade da EBSERH é a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária, termo que, de acordo com o texto constitucional, é relativo à autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial.

De acordo com Cunha (2014), o texto da Lei 12.550/2011 apresenta diferenças em relação ao texto da Medida Provisória – MP nº 520/2010. A MP nº 520/2010 classificava a EBSERH como sociedade anônima (SA), ao passo que a Lei 12.550/2011 deu à EBSERH a

personalidade jurídica de empresa pública (pessoa jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União) retirando o termo SA.

Como uma de suas competências, conforme descrito no Art. 4º, inc. I da Lei 12.550/2011, é a administração de unidades hospitalares, logo surgiu, no meio acadêmico e no meio sindical, a preocupação com a perda da autonomia universitária, com o ensino, pesquisa e extensão e com uma possível privatização dos hospitais universitários.

Outra preocupação suscitada foi a previsão constante no art. 10 da Lei 12.550/2011, que define a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) como o regime de pessoal permanente da EBSEH, nada anormal ao se tratar de uma empresa pública. A preocupação, todavia, recai no fato de que com a realização de concursos públicos para contratação de novos empregados da EBSEH, passariam a coexistir servidores estatutários e empregados regidos pela CLT, algumas vezes realizando funções semelhantes, mas com direitos, garantias e remuneração diferenciadas.

Instituída sob a forma de empresa pública, o projeto inicial consubstanciado na MP nº 520, de 31 de dezembro de 2010, previa que sua natureza seria de sociedade anônima. Nota-se, portanto, que a ideia inicial era, de fato, dotar a EBSEH de condições de captar recursos diretamente da iniciativa privada. A MP se tornou sem eficácia e a natureza jurídica de empresa pública é que passou a valer. Mesmo assim, há críticas de que o advento da EBSEH significa uma lenta privatização, como a de Sodré *et al.* (2013) e de que a empresa fere os pressupostos da reforma do Estado, como a de Andreazzi (2013). Não há um consenso entre os entrevistados acerca dessa última crítica, uns concordando e outros não com a afirmação de que fira os pressupostos da reforma. Em relação a uma possível privatização, o conjunto dos depoimentos aponta para um processo de descentralização e não de privatização.

Segundo Weber e Grisci (2010), a gestão hospitalar está dividida ideologicamente em dois polos: o contexto neoliberal e a saúde como bem público, atrelada ao SUS. Não há consenso entre os entrevistados acerca de qual polo se insere a gestão da EBSEH no HULW, embora o entendimento tenda para uma ideologia vinculada ao SUS, pois não houve abertamente uma afirmação categórica de que a EBSEH estaria vinculada ao neoliberalismo.

Dado o contexto de sua criação, a EBSEH é vista como responsável pelo processo de reconstrução do hospital. Segundo o Entrevistado 5, após fazer um breve histórico do HULW, afirmando que ele esteve no auge quando de sua criação e nos anos que se seguiram, afirma que “chegou “ao fundo do poço”, no período de sua adesão ao SUS, identificado como o ápice da crise dos hospitais universitários e que com a EBSEH, o mesmo está se reerguendo.

Eu vi o hospital no auge, de quando a gente conseguiu implantá-lo vi ele chegar no fundo do poço, literalmente no fundo do poço e estou tendo a oportunidade de participar da história, fazer parte da história da reconstrução dele. Reconstrução ao pé da letra. (Entrevistado 5)

Acerca dos motivos que levaram o governo a criar a EBSEH, os depoimentos apontam para os seguintes motivos: determinações do TCU e o fim dos contratos irregulares, diminuição da participação do Estado, melhorar a gestão, redução do custo previdenciário e diversos motivos juntos.

As determinações do TCU para que o hospital resolvesse a situação dos contratos de terceirizados irregulares, teriam levado o governo a pensar em uma forma de atendê-las. A forma escolhida teria sido a criação da EBSEH. Tais determinações, tanto do TCU como do MPF teriam pressionado o governo a tomar uma medida visando solucionar o problema. Essa pressão teria sido um dos motivos que teria levado o governo a criar a EBSEH.

A pressão, de fato, existiu. Isso aí não resta dúvida que todos esses órgãos eles, ocorreu essa pressão, essa solução do governo na época de, ou seja, através da EBSEH, não resta dúvida que ela veio por essa pressão também dos órgãos. (Entrevistado 8)

O TCU, por meio do Acórdão 1520/2006 – TCU - Plenário, prorrogou até 31 de dezembro de 2010 o prazo para que os órgãos e entidades da Administração Direta, autárquica e fundacional substituíssem os postos de trabalho terceirizados irregulares por servidores concursados. O entendimento do TCU do conceito de terceirizado irregular é o disposto no Decreto nº 2.271, de 7 de julho de 1997, que dispõe sobre a contratação de serviços pela Administração Pública Federal. No art. 1º do referido decreto consta que poderão ser objeto de execução indireta as atividades materiais acessórias, instrumentais ou complementares aos assuntos que constituem área de competência legal do órgão ou entidade. O decreto afirma ainda que não poderão ser objeto de execução indireta, ou seja, via terceirização, as atividades inerentes às categorias funcionais abrangidas pelo plano de cargos do órgão.

De acordo com o relatório do Processo TC 032.519/2014-1 TCU, de 18 de novembro de 2015, o HULW tinha antes da adesão 101 terceirizados irregulares. A manutenção desse tipo de relação de trabalho no hospital, além de ilegal, ocasionava problemas relacionados à gestão de pessoas, pois como os profissionais eram contratados por meio de uma fundação de apoio, a gestão era realizada pela própria fundação de apoio.

Quando assumiu a administração do HULW, a EBSEH decidiu demitir todo o quadro funcional irregular, contratado por meio de fundação de apoio, dando fim à permanência em

seu corpo funcional de terceirizados irregulares. Para poder atender à nova realidade de uma gestão mais profissional, foi necessária a realização de mudanças imediatas.

O TCU realizou auditoria de natureza operacional em 2015, com o objetivo de avaliar as ações da EBSEH voltadas para a melhoria da gestão. Consta no Relatório (Processo nº TC 032.519/2014-1) o quadro de pessoal de trinta hospitais universitários federais. No quadro, pode-se observar que ainda permanece grande o número de terceirizados com contratos precários atuando nos hospitais. Quanto ao HULW, esse tipo de contratação deixou de existir, após a adesão do hospital à EBSEH, O quadro adaptado a seguir resume os dados do TCU:

Tabela 3 – Quadro Resumido de Pessoal do HU

Hospitais Universitários	RJU	Terceirizados irregulares		Profissionais contratados
		Antes da adesão	Atualizado 2015	
Total de 30 hospitais	18.506	11.813	8.133	11.809
HULW	910	101	0	373

Fonte: Adaptado TCU (Processo nº TC 032.519/2014-1), 2015.

Pode-se verificar que os contratos precários foram reduzidos de 11.813 antes da adesão dos hospitais à EBSEH para 8.133, uma redução de 3.680 contratos, um percentual de 31,15 %. Nesse período, a EBSEH contratou 11.809 profissionais celetistas. Com esses dados, o TCU considerou que em 23 hospitais o índice de substituição de terceirizados está abaixo de 50%. Já no HULW, os 101 terceirizados irregulares foram totalmente substituídos, sendo que até o período de levantamento das informações pelo TCU, o hospital já havia contratado 373 profissionais celetistas.

A gestão da EBSEH, como se vê, ainda não conseguiu resolver a situação dos contratos precários em todos os hospitais. Situação contrária ocorreu no âmbito do HULW, em que todos os terceirizados irregulares foram substituídos. Não obstante, percebe-se que nos pressupostos da existência da EBSEH pode-se incluir o ideal de uma nova gestão pública ou da administração gerencial, fato que tem gerado, por suas implicações, a oposição de grupos sociais que tem no modelo do SUS o parâmetro mais próximo do que seria o ideal para a sociedade. A implantação da EBSEH é considerada para alguns como um novo modelo de gestão para os hospitais universitários.

Outro motivo suscitado para a criação da EBSEH foi a diminuição da participação do Estado, ideia vinculada às diretrizes da reforma do Estado, que vê a descentralização como uma forma de reduzir o Estado, repassando atribuições da administração direta para a administração indireta: “O objetivo foi realmente diminuir a participação do estado, quando

criou a empresa pública, de direito privado, que é a EBSEERH, me parece que esse foi o objetivo” (Entrevistado 2). “Então isso eu entendo como sendo tirar do governo uma responsabilidade” (Entrevistado 5).

Paralelamente ao cumprimento das determinações de órgãos externos para pôr fim aos contratos terceirizados, outro motivo suscitado foi que se queria oportunizar aos hospitais a possibilidade de construir um processo de gestão mais profissional e mais moderno, livrando-se da rigidez do modelo de gestão anterior. Pois havia nos hospitais dificuldade de governança no que se refere à gestão de pessoal, às contratações, no aspecto financeiro e quanto ao desempenho institucional. Dificuldade que teria fundamento também na falta de habilidade em gerir os recursos financeiros do hospital. A gestão era considerada amadora. A EBSEERH viria justamente para otimizar o uso dos mecanismos disponíveis, além de se utilizar de outros mecanismos mais modernos.

Eu penso que o principal motivo que gerou a EBSEERH foi exatamente a rigidez do modelo de gestão antigo. Um modelo em que havia muita dificuldade gerencial, de recursos humanos, em termos de contratação, em termos de melhor flexibilizar o recurso humano e também o aspecto financeiro das redes de hospitais universitários. (Entrevistado 9)

Outro motivo destacado pelos entrevistados foi a redução do custo previdenciário para o governo. Até que viesse uma reforma previdenciária, nos moldes da que ora se apresenta no país, uma solução, sob a ótica dos entrevistados, foi o caminho da descentralização, da criação da EBSEERH para administrar os hospitais universitários.

É possível que tenham entendido que um novo modelo de gestão, seria mais eficaz. E atrelado a isso, estaria também o novo sistema de previdência. Então acho que o que foi colocado, foi nesse sentido porque quando a gente vê, observa hoje um servidor vinculado a EBSEERH, vinculado ao regime CLT, a gente vê que ele tem todo um regimento para sua aposentadoria, para sua previdência. E é incentivado, inclusive o plano e previdência privada. (Entrevistado 2)

Por fim, no que se refere a motivações da criação da EBSEERH cogitou-se que seria um conjunto de coisas. Seria a própria necessidade de dar uma resposta ao sucateamento dos hospitais universitários, às pressões de órgãos de controle externo, para que se resolvesse a situação dos terceirizados irregulares, a melhoria da gestão e a redução de custos previdenciários. Mas, tais motivações, vistas em seu conjunto, não foram levadas a discussão como deveriam ser.

Olha eu confesso que talvez um conjunto de coisas, mas o que eu tenho de certo, é que não foi feito uma discussão, porque a discussão de quem era gestor, de quem participava dos hospitais universitários era de que a gente queria o curso e queria o recurso, mas existia uma fama de que os hospitais eram mal administrados. (Entrevistado 4)

O conjunto dos depoimentos reflete uma visão positiva da transição da gestão. É ressaltado o ganho obtido em disponibilidade de leitos e de consultas realizadas no hospital após o advento da EBSEH. Observa-se também que a percepção das motivações para a criação da empresa era a de que a gestão da EBSEH seria mais profissional: “Eu acho que a transição da gestão UFPB – EBSEH para o hospital universitário foi muito positiva” (Entrevistado 1). “A proposta de uma gestão mais profissional para os hospitais universitários nos parecia no início extremamente positiva, proveitosa, benéfica” (Entrevistado 1).

Foi registrado um salto de qualidade com a gestão da EBSEH, embora ainda sejam necessárias melhorias. Observa-se também que havia uma previsão mais otimista do que de fato se apresenta.

O salto de qualidade que a gente conseguiu dar, embora ainda estejamos em um patamar muito aquém do que poderíamos estar. Não é tão esse mar de rosas como disseram [...]. Nós avançamos muito de onde estávamos, embora a gente tenha que caminhar muito mais para chegar onde queremos chegar. (Entrevistado 3)

No início da transição havia mais resistência à EBSEH. Após o período de transição, a aceitação é maior. “As pessoas estão começando a compreender, a aceitar, eu digo até mais assim, aceitar. Houve mais revolta” (Entrevistado 3).

O caminho da adesão à EBSEH foi visto como único caminho possível. Não havia outra opção para os hospitais universitários. É salientado que os hospitais universitários que ainda não aderiram estão em situação pior dos que já aderiram:

“Eu vejo hoje os hospitais, que a adesão. Esse era o caminho. Não tinha outro caminho. Não teve outra opção e eles estão caminhando bem. Os hospitais que não aderiram a EBSEH estão em situação muito, muito precária” (Entrevistado 4).

Além de único caminho possível, a adesão à EBSEH foi vista como a escolha ideal: “Eu acho que foi a escolha certa mesmo. Foi a escolha ideal. Pode ser que futuramente surja outra situação melhor, mas para o momento do país, foi a escolha ideal. A escolha ideal” (Entrevistado 7).

Nota-se em alguns depoimentos o sentimento de incerteza quanto à transição. Os funcionários do HULW não sabiam bem o que viria pela frente. Havia um medo do desconhecido. Não se sabia o que iria acontecer quando a EBSEH iniciasse sua gestão. E tais

inseguranças quanto às mudanças fizeram com que o processo de transição no início fosse traumático: “Havia uma situação de medo do desconhecido, com a incerteza do desconhecido. O que vai acontecer comigo na hora que a EBSEH chegar. Eu acho que tem muito a preocupação dos servidores era muito nesse sentido” (Entrevistado 1). “As críticas são resultado do desconhecimento” (Entrevistado 9).

O sentimento de incerteza fez com que alguns servidores solicitassem lotação em outros setores da universidade: “É tanto que muitos servidores saíram do hospital, pediram para ir para outro setor da universidade, houve uma grande saída de pessoas, também temendo que houvesse algo que viesse prejudicá-los funcionalmente” (Entrevistado 9).

Esse desconhecimento da realidade é inclusive alçado a uma das causas das críticas à criação da EBSEH: “Então o grande problema da crítica da época era pelo desconhecimento da realidade de uma empresa pública e também por motivações políticas” (Entrevistado 9).

E ainda na presente data, as incertezas continuam, pois não se sabe ao certo o que irá acontecer em termos de financiamento, tanto da contratualização como do REHUF.

Hoje [...] tem o palco, uma cortina fechada e tem os bastidores. Hoje nós que somos população, trabalhadores estamos na plateia. Mas eu não sei qual é o espetáculo que vai ser apresentado. Ele não tem nome. Ele não tem nome. Ele não tem nome o espetáculo. Eu não sei quem são os atores. Eu não sei qual é o tema. Eu não sei qual é a censura do espetáculo. Pode ser um filme de terror ou pode ser uma comédia. (Entrevistado 3)

Em virtude da situação do hospital, se dizia que do jeito que estava não poderia continuar. Havia uma necessidade de mudança e uma concordância com ela, embora não houvesse unanimidade nesse posicionamento: “Então havia pessoas que falavam: “do jeito que está não pode continuar, é melhor que venha”. Isso fazia como com relação ao discurso do sindicato, mas não me parece que havia um consenso com relação a isso” (Entrevistado 1).

A transição da gestão do HULW para a EBSEH trouxe um benefício para o hospital que foi a formalização da contratualização, com a confecção definitiva de um contrato celebrado em 2015 entre a EBSEH e a Prefeitura Municipal de João Pessoa. Trata-se do Termo de Contrato nº 10.305/2015, de 23 de setembro de 2015.

Nós tivemos nos últimos três anos, portanto já com a gestão da EBSEH, um dado importante que foi a confecção definitiva de um contrato. Que não existia. Por ser um contrato antigo de 2005, se não estou enganado. Então agora em 2014 houve um trabalho nesse sentido, com a participação efetiva do hospital universitário, com a participação inclusive, efetiva de membros da sede da EBSEH e com a participação

da Secretaria de Saúde do Município para a confecção de um contrato. (Entrevistado 2)

A transição é tratada como um processo de descentralização ocorrida na universidade, visando impor eficiência e eficácia na administração. No bojo do processo de mudança, houve mais incentivo no que se refere à qualificação e capacitação.

Por outro lado, a transição também é vista pela unanimidade dos entrevistados como complicada e difícil, tanto que no período de definição pela adesão ou não à EBSEH, ocorreram discussões severas entre os membros do conselho universitário. Em alguns depoimentos é citada como prejudicial a servidores públicos. A entrada de aproximadamente 900 empregados celetistas da EBSEH, ocasionando um quadro de convivência entre os dois regimes é considerada fonte de um grande problema. O quadro de dificuldade também é percebido como permanente enquanto perdurar a convivência entre os dois regimes. O processo de transição também é visto como presente na atualidade, mesmo após três anos de gestão da EBSEH: “Por isso que eu falei para você. A gente ainda está vivenciando a transição. Porque a gente ainda encontra pessoas que ainda tem resistência nesse aspecto” (Entrevistado 9).

Para a gente mudar isso aí, esse entendimento, não foi muito fácil, teve essa transição aí toda. É tanto que no início, quando foi passar de UFPB para a EBSEH, teve assim, problemas graves lá na reitoria, quando foi a aprovação, teve problemas graves, até de quase ter agressão a alguns docentes que aprovaram, a alguns membros do conselho universitário. (Entrevistado 7)

Na década de 1990, quando os hospitais universitários foram inseridos na rede do Sistema Nacional de Saúde (SUS), o perfil dos hospitais era um perfil formador, ligado mais ao ensino e pesquisa e menos à atenção à saúde. Era, portanto, um perfil diferente daquele idealizado pelo sistema. Esse perfil formador ocasiona um aumento dos custos com material hospitalar, pois o aluno é inserido na realidade do hospital e o hospital deve dar um tratamento diferenciado nos serviços de saúde por conta da presença dos alunos.

Esse fato não foi observado pela rede de atenção à saúde do SUS. Os hospitais universitários acabaram sendo tratados como iguais e sentiram o impacto. Situação apontada como uma das causas que levaram os hospitais universitários ao sucateamento.

Foram esses 25 anos, anos 90. Na verdade, isso é uma grande realidade. No momento que os hospitais universitários foram inseridos na rede, ou seja, na rede SUS, como hospital de média e alta complexidade, os hospitais eles funcionavam, eles tinham um perfil diferente, porque tinha perfil formador. [...] Quando da inserção dele nos anos 90 dentro dessa realidade, os hospitais foram tratados como meros hospitais da rede, durante esse tempo. Ou seja, não foi dado esse olhar que na verdade retornou esse

olhar com a chegada da EBSEH que são hospitais diferentes. São hospitais que precisa ter outro olhar para ele dentro da rede. (Entrevistado 8)

Uma das situações mais valorizadas pelos entrevistados na transição da gestão do HULW para a EBSEH foi a ampliação do quadro de pessoal do hospital com o concurso da EBSEH realizado em 2014. O chamado sucateamento dos hospitais universitários está relacionado à sua estrutura física, a escassez de recursos e à pouca mão de obra disponível. O quadro era deficitário, pois os servidores antigos iam se aposentando e não era realizado concurso público para reposição de pessoal. Daí se começou a contratar terceirizados para evitar que serviços deixassem de ser prestados. Havia aproximadamente 100 especialistas prestando serviço no hospital, contratados por meio de uma fundação de apoio. Com a entrada da EBSEH, todos os terceirizados irregulares deixaram o hospital. Este fato é considerado de fundamental importância no processo de modernização do HULW. O concurso realizado contratou aproximadamente 900 empregados, um ganho quantitativo de 800 empregados. Esse aumento no quantitativo de pessoal é visto como importante para que o hospital possa atuar na média e alta complexidade. Mesmo assim, o quantitativo de pessoal ainda não é considerado suficiente, tendo em vista a quantidade de serviços que foram criados.

Então o meu maior problema anteriormente era número de funcionários insuficiente. Hoje eu diria que eu tenho um número de funcionários razoavelmente suficiente, apesar de que assim, por que razoavelmente, por que eu preciso de muito mais porque a gente abriu muitos outros serviços. Se eu tivesse os mesmos serviços eu diria que em termos de funcionários eu estaria em ordem. Não é real ainda por que? Porque eu abri muitos serviços. E consequentemente eu preciso de muito mais funcionários. E o que é que está acontecendo? Entra um e se aposenta um. Entra um e se aposenta um. Eu tinha 1100 funcionários RJU a dois anos, um ano e meio atrás, hoje eu tenho 810. É um número considerável dentro de dois anos. (Entrevistado 5)

Embora a transição seja vista positivamente pelos entrevistados, nota-se que alguns depoimentos exprimem um sentimento de que a mudança é superficial. Ainda permanecem as reclamações dos servidores estatutários. Há a ideia de que apenas se deu uma nova roupagem ao hospital sem, no entanto, ter havido verdadeira mudança. A própria atenção à saúde, o atendimento ao usuário dos serviços de saúde, não melhorou o suficiente, o quanto se esperava que melhorasse. Uma ação citada como importante para melhoria da qualidade no atendimento à saúde é a humanização do cuidado, que ainda não foi implementada. O que se faz, no momento, é ouvir a demanda dos pacientes, sem que se possa efetivamente atendê-las. Nesse aspecto é citada a atuação da ouvidoria do hospital, que faz esse papel: “Então como é que eu vejo isso. Eu vejo que é como uma grande colcha de retalhos velha com pedaços de pano novo” (Entrevistado 3). “Porque uma das ações do nosso plano diretor é a humanização do cuidado.

E essa humanização começa desde a entrada do paciente no hospital até a sua demissão e a gente não conseguiu implementar o programa não” (Entrevistado 9).

Seguindo a mesma linha de entendimento de que a mudança é superficial, houve um depoimento que demonstrou uma percepção da realidade de que a EBSEH não resolveria os problemas graves de imediato. Questões culturais e estruturais não são facilmente modificadas. Aliado a isso, há a percepção de que o corpo funcional do hospital está envelhecendo, no caso, os estatutários. Esta colocação demonstra preocupação em não ser possível ver todas os problemas do hospital solucionados.

Mas o maior é isso é as pessoas criarem expectativas de que as resoluções dos problemas graves do nosso hospital seriam imediatas e não serão. Não serão. Até porque a gente conserta uma, resolve um problema e cria outro, por que? Porque nós estamos envelhecendo. (Entrevistado 5)

A natureza jurídica da EBSEH, de empresa pública, suscitou questionamentos e dúvidas dos sindicatos. Quando comparada aos pressupostos da Reforma do Estado ocorrida no Brasil na década de 1990, percebe-se que a natureza jurídica de empresa pública das entidades da administração indireta está relacionada a atividade econômica ou de prestação de serviço público: “Empresa Pública de direito privado, coisa que não existia, existia assim, é, Banco do Brasil que tinha esse caráter né, mas isso foi um dos pontos que mais foi questionado” (Entrevistado 3).

Essa natureza jurídica da EBSEH confronta, em tese, os pressupostos da Reforma do Estado, para o Entrevistado 4. Este entendimento é apontado por Andreazzi (2013), ao afirmar que há inconsistências da criação da EBSEH em relação à reforma gerencial ocorrida no Brasil: “Em tese sim” (Entrevistado 4).

Em sentido oposto, há também a percepção de um vínculo da característica da EBSEH aos pressupostos da reforma: “Essa política de EBSEH está envolta nos lençóis que aqueceram o Estado Mínimo de Bresser Pereira” (Entrevistado 3).

Portanto, não há um entendimento comum entre os entrevistados acerca na natureza jurídica da EBSEH. Para o entrevistado 9, as questões ideológicas são confrontadas com a prática. E é dada mais importância às questões práticas.

Eu não me preocupo muito com questões ideológicas, me preocupo com a prática. Com aquilo que realmente faz sentido. Ideologia, nós temos muitas, já dizia Cazuza. Temos muitas ideologias. Mas a pratica que fala mais alto do que a ideologia. (Entrevistado 9)

Quanto às críticas ao modelo de gestão da EBSEH, em geral, os entrevistados discordam delas. Uma das críticas rebatidas foi em relação ao regime de trabalho celetista, que iria precarizar a força de trabalho, o que não ocorreu. A segunda crítica, relacionada à privatização dos hospitais universitários, uma das críticas mais enfatizadas pelos sindicatos, também foi rebatida, sob o argumento que, de fato, a privatização não se configurou: “Essa talvez fosse uma das críticas em que os sindicatos mais insistissem no ponto que implicaria na privatização dos hospitais universitários. O que também não se configurou” (Entrevistado 1).

Também foi observado que faltava fundamento prático às críticas. Havia muita subjetividade em jogo: “Minha percepção bem pessoal, essas críticas não são, não tem fundamento muito prático [...] caberia muita subjetividade em cima da crítica” (Entrevistado 2).

Há uma discordância de que o regime celetista não dê garantias aos empregados. A percepção é que há uma proteção e os direitos são garantidos aos empregados celetistas, pois são regidos por lei, que é a Consolidação das Leis do Trabalho.

Isso é um regime privado! De escravidão. Isso não existe. Isso está mais do que ultrapassado”. O servidor, repito, hoje da Empresa Brasileira de serviços, ele é, muito bem remunerado. Ele é muito bem, inclusive, digamos assim, protegido, no seu processo de trabalho dentro do seu regime CLT. (Entrevistado 2)

Por ser uma empresa pública, de capital 100% público, há a visão de que a EBSEH, assim como o HULW, é pública: “Por que é que eu não concordava? Porque a EBSEH ela é 100% pública. Ela é do mesmo pai que nós somos” (Entrevistado 5).

A posição favorável à criação da EBSEH ainda tem reflexos no presente momento, pois quem foi favorável à empresa quando de sua criação ainda é internamente lembrado disso: “Então assim, eu não concordo e a cada dia eu vejo que eu estava certa. Eu fui uma das que defendi rigorosamente e por isso até hoje levo um fardo muito pesado nas minhas costas” (entrevistado 5).

Em certos depoimentos nota-se que a percepção do entrevistado é influenciada pela sua história e pelas suas experiências dentro do hospital: “Nunca concordei. Por que? Porque eu participei do projeto da construção da EBSEH. Então, ou seja. Eu, eu sou meio suspeita para falar, porque minha formação é de empresa privada” (Entrevistado 5).

Outra alegação citada à falta de fundamento das críticas foi o desconhecimento quanto à funcionalidade de uma empresa e o medo do novo: “Eu só acho que quem fez, quem faz essa crítica é porque não tem conhecimento. Quem não tem conhecimento como é a funcionalidade,

como é o sistema da empresa, não é? Em função também você ver que muita gente ficava com medo” (Entrevistado 7).

Foi comentado que havia uma vinculação grande das críticas à criação da EBSEERH com os movimentos sindicais dos servidores das universidades federais. Além disso, sindicatos e professores viam nas críticas à EBSEERH uma oportunidade política, em face da proximidade das eleições para reitor da UFPB: “Pelo que eu percebo ou percebi na história era muito mais vinculada aos movimentos sindicais dos servidores das universidades federais. (Entrevistado 1). “Então os sindicatos, professores e outras categorias viviam seus momentos de transição política também de interesses nas eleições e, portanto, bater na EBSEERH era algo que era interessante para eles” (Entrevistado 9).

Esse contexto político de proximidade das eleições para reitor da UFPB e o desconhecimento do funcionamento de uma empresa pública por parte dos servidores são vistos como os dois principais problemas das críticas à criação da EBSEERH: “Então o grande problema da crítica da época era pelo desconhecimento da realidade de uma empresa pública e também por motivações políticas” (Entrevistado 9).

Nota-se que o posicionamento a favor ou contrário à criação da EBSEERH sofreu influências do momento histórico e do contexto político em que vivia a universidade, situação apontada por Souza (2006). O período em que foi apresentada a proposta de adesão à EBSEERH foi próximo às eleições para reitor. Era conveniente tomar um posicionamento contrário à proposta aos opositores. Essa disputa de poder é encarada, à luz de Hall e Taylor (2003), como objeto de estudo para o institucionalismo histórico.

Havia, no entanto, o entendimento de que as críticas são parciais, denotando que parcela das críticas poderiam ter fundamento. Ou seja, de que a criação da EBSEERH pudesse ferir alguma das propostas contidas na Diretriz nº 5 da XIV Conferência Nacional de Saúde do CNS (2012), tais como gestão do SUS 100% pública e estatal, forma velada de privatização/terceirização do SUS e a existência da “dupla-porta” – acesso diferenciado para usuários com e sem planos de saúde privados – ao Sistema Único de Saúde: “Então as críticas no meu ponto de vista elas são parciais” (Entrevistado 3).

Já por outro lado, há concordância com as críticas, com o entendimento de que o que se queria era que o governo oferecesse condições aos hospitais atuar na média e alta complexidade realizando concurso e disponibilizando mais recursos aos hospitais.

Concordei sim. Concordei porque a nossa crítica e eu faço coro com o pessoal que fazia a crítica ... E aí nós queríamos que o governo desse, fizesse concurso para os

hospitais universitários, para suprir a falta de pessoal e desse recurso para que a gente pudesse viver como um hospital de média e alta complexidade. (Entrevistado 4)

Surge, nesse aspecto, a percepção de que o Governo Federal tinha a obrigação de prover os hospitais universitários federais de pessoal e de recursos financeiros suficientes para sua manutenção, mas não o fez. Ao contrário, deixou faltar pessoal e recursos. Como única opção, deu às universidades a oportunidade de assinar um contrato com uma empresa recém-criada para administrar seus hospitais. No entanto, nota-se, de acordo com o depoimento, que havia a possibilidade de o governo autorizar a abertura de concurso público para adequar o quadro de pessoal dos hospitais universitários federais às suas necessidades, bem como garantir mais recursos para que sua atenção se desse na média e alta complexidade sem, no entanto, ter que criar uma empresa para administrá-los.

O descaso do Governo Federal para com os hospitais é reiteradamente tratado como um sucateamento pelo qual tais organizações passaram. O início desse fato é descrito como ocorrido a cerca de 25 anos atrás, período coincidente com a inclusão dos HU ao SUS em 1990. Portanto, de lá para cá não houve ampliação do quadro de funcionários nem investimentos nos hospitais visando dar-lhes condições de prestar adequadamente sua missão. Dessa forma, o concurso realizado pela EBSEH em 2014 é considerado maior já realizado.

Em 2012 apresentou como única opção, é tanto que ao longo de muito tempo eu dizia que sou contra a EBSEH. O governo há de dar as vagas para gente fazer concurso e há de dar o recurso para viabilizar o hospital escola, o hospital de ensino cuja consequência é assistência a sociedade. Um hospital de média e alta complexidade, mas o governo federal deu como única opção, no último dia do governo Lula ele criou a EBSEH, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. (Entrevistado 4)

A história do sucateamento dos hospitais universitários é 25 anos atrás. O hospital tem quase 40, ele começou a ser sucateado com 10 anos de hospital. Ou seja, a partir de então eram concursos em números estritos, pequenos, mas que com o decorrer dos anos obviamente o quadro foi envelhecendo e aí aconteceu um número muito maior de aposentadorias e isso não foi repostado em momento nenhum. Eram concursos com números limitadíssimos de vagas. Ou seja, na história do hospital nunca teve um concurso com um porte que teve esse. (Entrevistado 8)

No campo ideológico, os pontos de vistas podem ser polarizados da seguinte forma: gestão atrelada ao contexto neoliberal e gestão atrelada à saúde como um bem público (defesa das diretrizes do SUS). Nesse aspecto, o conjunto dos depoimentos permite dividir as opiniões entre aqueles que defendem as diretrizes do SUS, entendendo que a saúde é um bem público e que, portanto, a EBSEH tem ideologia vinculada ao SUS, aqueles que entendem que há traços da ideologia neoliberal na atuação da EBSEH e que o neoliberalismo não estaria morto no Brasil e aqueles que entendem que não há relevância prática tratar de ideologia. Os que

entendem que o modelo da EBSEERH está atrelado ao SUS percebem também que a EBSEERH não atingiu plenamente as premissas do sistema. Nota-se também que há uma necessidade em acreditar no sistema, na ideia de um verdadeiro sistema único de saúde, embora a realidade possa mostrar o contrário disso.

Não, veja bem, para mim que sou uma idealista, que sou sonhadora, e que aposto no Sistema Único de Saúde, todos os dias que me acordo para me arrumar, para vir trabalhar eu tenho que perguntar o que é que estava na cabeça dessa pessoa era um sistema único sob a guarda do Estado brasileiro, o que tem lá na sua constituição, que saúde é um dever do Estado e um direito do cidadão. Eu preciso acreditar nisso. Porque se eu não acreditar que essa ideia continua viva eu fecho a porta da sala e me aposento me submetendo aos ditames da nova PEC da previdência. Eu preciso acreditar nisso. E tudo o que eu faço é com esse intuito. É de fortalecer o Sistema Único de Saúde. Eu sou aquele beija flor que está botando uma gotinha d'água na floresta incendiada. Que está incendiando. (Entrevistada 3)

Para embasar o entendimento de que a EBSEERH não seria 100% SUS, afirmou-se que o HULW tem enviado servidores para realizar capacitação em hospitais privados. O contato com uma realidade de hospital privado, com a realização de cursos e treinamentos já faria parte da tentativa de mudança de entendimento, traçando-se uma perspectiva para o futuro.

A EBSEERH não é 100% SUS porque ela tem acompanhado outros hospitais, e faz também cursos de seus servidores em outros hospitais que não são do SUS, por exemplo, nosso servidor vai para o Sírio, vai para vários hospitais padrão não SUS, e treinam lá, mas se faz uma perspectiva de futuro. (Entrevistado 4)

Embora com o posicionamento de crença no SUS, há uma preocupação de que o neoliberalismo esteja vivo no país, entendimento baseado nas medidas recentes do Governo Federal relacionadas à reforma da previdência: “Se você olha para um lado e para o outro você não sabe em que se segura. [...] eu acho que o neoliberalismo está mais do que vivo dentro do Brasil, dentro do Estado brasileiro” (Entrevistado 3).

Segue-se a isso críticas ao próprio SUS, especificamente quanto ao afrouxamento de suas regras, um distanciamento do texto escrito com a realidade, ocasionando desordem no sistema.

O SUS está lindo no papel. Mas na prática existe muita dificuldade. Porque falta vontade política. Acho que no momento em que o SUS for uma política de ESTADO aí a coisa vai mudar. O SUS não é uma política de Estado. Não é. Por que? Porque eu faço como eu quero. Eu não tenho penalidade nenhuma. (Entrevistado 3)

Essa ausência de regras claras e rígidas ocasionou a desordem no Sistema Único de Saúde (SUS). Este fato também favoreceu a crise e ao sucateamento dos hospitais, estando,

portanto, conforme Pierson e Skocpol (2008), incluído na trajetória que culminou com a proposta de criação da EBSEH.

Em meio às críticas, os sindicatos agiram para tentar impedir que o projeto de criação da EBSEH fosse adiante. Sem, no entanto, ter obtido êxito: “Então a partir do momento que foi indo, claro que é uma questão do governo né, foi instalada a EBSEH, os colegas sindicalizados procuraram a entidade para que houvesse um trabalho, fosse feito um trabalho de impedir” (Entrevistado 10).

Além de impor como única alternativa às universidades a adesão à EBSEH, o Governo Federal não promoveu uma discussão junto aos gestores das universidades e dos hospitais. Tampouco houve participação popular nas discussões que antecederam a criação da empresa. Esse fato pode ser caracterizado como um mecanismo de retroalimentação, descrito por Pierson e Skocpol (2008), proporcionado pelo governo, que alimentou a crise nos hospitais, por não proporcionar condições de manutenção adequada e não deu condições de discussão da proposta de criação da EBSEH: “Nós não tivemos um aliado forte, digamos, a sociedade, nessa discussão desse projeto da EBSEH, por que para eles o que importava era que tivesse mais pessoas e que eles com mais facilidade conseguissem resolver o problema deles” (Entrevistado 3).

Olha eu confesso que talvez um conjunto de coisas, mas o que eu tenho de certo, é que não foi feita uma discussão, porque a discussão de quem era gestor, de quem participava dos hospitais universitários era de que a gente queria o curso e queria o recurso, mas existia uma fama de que os hospitais eram mal administrados. (Entrevistado 4)

Tanto o projeto de criação da EBSEH como a lei que autorizou sua criação podem ser enquadradas no conceito de instituição, que para Hall e Taylor (2003, p. 196) são os “procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais e oficiosas inerentes à estrutura organizacional da comunidade política ou da economia política”. Essas instituições assumem no caso o papel de mudança institucional, necessária, de acordo com De Césaris (2009), tendo em vista a crise que assola os hospitais universitários. Ou seja, a criação da EBSEH está na linha de uma trajetória de sucateamento dos hospitais universitários, culminando com uma escolha a ser feita pelas universidades: aderir ou não aderir. Desta decisão depende o desenvolvimento institucional do hospital. Permanecer no modelo antigo de gestão ou escolher o novo, a EBSEH. A sequência de fatos apresentada cria uma trajetória que pode ser enquadrada no conceito de *path dependence* de Hall e Taylor (2003). Como o próprio governo criou, ou ao menos foi responsável por criar condições favoráveis à crise e ao sucateamento dos hospitais, nota-se, nos dizeres de Pierson e Skocpol (2008), a existência de um mecanismo de

retroalimentação, que desatou no futuro a proposta de criação da EBSEH. Vale dizer, o governo ajudou a alimentar a situação de crise, possivelmente sem intenção, enquadrando-se, portanto, no apontamento de Hall e Taylor (2003), até porque, conforme Abrucio (1998), havia um contexto de crise econômico-fiscal e os governos passaram a ser menos eficientes. O governo, assim, alimentou a crise no sentido de reduzir os investimentos e não repor o quadro funcional dos hospitais. No entanto, esse mecanismo culminou com a proposta de adesão ora tratada.

Quanto à discussão do projeto de criação da EBSEH, não houve a necessária discussão entre os gestores das universidades e dos hospitais, bem como a participação popular, fato evidenciado pela pequena quantidade de emendas apresentadas ao Projeto de Lei nº 1.749-B/2011, apenas nove emendas de plenário (EMP), das quais somente a EMP 3/2011 foi acolhida.

5.2 MUDANÇAS ESTRUTURAIS OCORRIDAS COM A TRANSIÇÃO DO HULW PARA A EBSEH

A origem da EBSEH remete a um processo de transição de uma gestão onde o planejamento, a coordenação, o monitoramento e o controle são incipientes, para uma gestão mais profissional do HULW. De acordo com Carapinheiro (1997), como o hospital é uma organização complexa, há uma necessidade premente de organização e coordenação. Nesse sentido, a EBSEH tem conseguido instituir mecanismos e utilizar ferramentas mais modernas de gestão. Assim, a instituição da EBSEH possibilitou a utilização de novas estratégias visando alcançar seus objetivos. Este pensamento reflete a afirmação de Marques (1997), de que as instituições alteram as estratégias dos atores, inclusive descentralizando atividades, como aconteceu com a gestão do HULW, descentralizada para uma empresa pública, que, conforme Bresser Pereira (1996), é um traço característico de uma administração pública gerencial.

As melhorias na gestão do HULW implementadas pela EBSEH refletem um posicionamento diferente na forma de planejar e executar as atividades do hospital, atendendo, assim, suas necessidades. Este fato está relacionado à relação de necessidades do hospital de elencadas por Weber e Grisci (2010), de qualidade no atendimento, superação da rigidez na gestão e melhoria na utilização dos recursos, obtidas por meio do planejamento estratégico.

Com base nas características apontadas e na classificação de Mintzberg (1995) para os tipos de configurações de estruturas organizacionais, elencadas no Quadro 6, o HULW pode ser classificado, em termos de configuração estrutural como uma burocracia profissional.

Já pela classificação de estruturas organizacionais de Wagner III e Hollenbeck (1999), que definem as categorias de organizações pré-burocráticas, burocráticas e pós-burocráticas e respectivos tipos de estrutura, classificação apresentada no Quadro 7, o HULW possui uma estrutura burocrática, com características tanto de estrutura funcional como de estrutura divisional. Funcional, pois começa a se utilizar de padronização como meio de coordenação e divisional, pois a descentralização na prática ainda não é totalmente efetiva.

Na Tabela a seguir é apresentada a distribuição de cargos e funções vigente no HULW.

Tabela 4: Distribuição de cargos e funções vigente

Cargos e Funções	Gestão Central	Atenção à Saúde	Ensino e Pesquisa	Administrativa	TOTAL
Superintendente	1	-	-	-	1
Gerente	-	1	1	1	3
Ouvidor	1	-	-	-	1
Auditor	1	-	-	-	1
Chefe de Divisão	-	4	-	3	7
Chefe de Setor	2	5	2	7	16
Chefe de Unidade	2	28	3	12	46
TOTAL	7	38	6	23	74

Fonte: Plano de Reestruturação do HULW, 2013.

Comparando-se a quantidade de cargos e funções das três gerências, percebe-se que a concentração é maior na Gerência de Atenção à Saúde. A menor quantidade foi disponibilizada para a Gerência de Ensino e Pesquisa, situação compatível com o tamanho de seu organograma. Já a Gerência Administrativa, comparando-se com o organograma anterior, cresceu em tamanho e em cargos e funções.

Atualmente o HULW possui 923 empregados celetistas e 821 servidores estatutários, conforma dados apresentados pela Divisão de Gestão de Pessoas do hospital, totalizando 1744 servidores.

A vinda da EBSEH para o HULW acarretou mudanças na gestão do hospital. Uma delas foi no planejamento. Antes havia no organograma uma assessoria de planejamento. Mas sua atuação era pouco expressiva. As mudanças são apontadas pelos entrevistados. Elas perpassam várias áreas. Embora seja um processo lento de mudança, ela é perceptível: “Então é um processo lento de mudança, mudança no processo de trabalho, mudança nas regras” (Entrevistado 9)

Mudar a forma de fazer planejamento requer, na opinião dos entrevistados, a participação conjunta de todos. Requer que cada um tenha a devida percepção do seu papel no planejamento. E a realidade do hospital era de que os servidores não tinham essa percepção. Foi necessário dar início a ações de reeducação, para que todos se alinhassem a ideia de agir conjuntamente no planejamento. Para este fim, têm sido realizados encontros, visando divulgar novos conhecimentos, ferramentas e criar um espaço adequado para discutir problemas e apontar soluções.

Durante um certo tempo houve uma sequência de reuniões e essas reuniões eram até interessantes, no sentido de reeducar o servidor para esse pensamento. Porque eu imagino que ele sentia não responsabilizado por isso. E aqui eu não me refiro ao servidor que está no cargo de chefia, de gestão, de certa forma, eu diria mesmo do servidor que está na ponta do trabalho, no sentido de dizer: Afinal de contas qual é o meu objetivo aqui. Qual é a minha finalidade aqui dentro do planejamento. (Entrevistado 2)

O conjunto dos depoimentos aponta a implantação do planejamento estratégico no hospital como algo positivo. Desde sua concepção e realização de treinamentos até a edição do Plano Diretor Estratégico (PDE), os vários passos no sentido de se instituir a missão, visão, objetivos e metas são vistos pelos entrevistados como importantes para a melhoria da gestão do hospital: “É, foi escolhido de cada hospital, 15 pessoas das áreas é de peso no hospital para fazer no Sírio Libanês um treinamento de um ano, onde lá foi construído, foram dadas as ferramentas para que cada um construísse o seu PDE” (Entrevistado 5).

Mesmo diante das incertezas, a gestão da EBSERH, para a maioria dos entrevistados, é identificada como mais gerencial, mais profissional e mais eficiente. Inseriu na gestão o planejamento estratégico, instituindo missão, visão, metas a serem alcançadas e indicadores de desempenho. A EBSERH é vista como responsável pela inserção na gestão do HULW de conceitos da iniciativa privada. Isso ajudou a modernizar a gestão, aperfeiçoar os controles e otimizar os fluxos, ou seja, houve melhoria na gestão de processos. A gestão anterior dos hospitais universitários era baseada no empirismo. Ou seja, não havia profissionalismo na gestão. Esta mudança é vista de forma positiva pelos entrevistados.

Tem que ser um X quantitativo, TEM QUE SER META, meta, estabelecida, cumprida, que antes não existia e hoje tem. Instrumentos de monitoramento e acompanhamento da gestão que antes não existia e hoje nós temos. Quer dizer, isso a EBSERH trouxe e é muito bom para nós. (Entrevistado 3).

Esse entendimento é justificado com o argumento de que a empresa deu condições de maior acesso à informação e conhecimento, para que os servidores pudessem colaborar mais com a instituição.

É isso que eu digo. Abriu nossa mente. Nós não conhecíamos, eu diria sem medo de estar errada, dos 15, uns 3 no máximo tinham conhecimento maior nessa área. E hoje a gente pode colaborar. Isso aí é como eu digo. Então é mais uma coisa que eu acho que foi um agregador. Porque a EBSEERH nos deu essa oportunidade de contribuir com o nosso HU. (Entrevistado 5)

Outro argumento é o de que a EBSEERH foi um divisor de águas no HULW. O hospital depois da EBSEERH é diferente do hospital antes da EBSEERH: “Acho que o hospital, ele passa hoje na história desse hospital dois momentos. Um antes e um depois da chegada da EBSEERH” (Entrevistado 8).

Essa diferença se dá no sentido de que a gestão da EBSEERH possui um modelo mais moderno e mais flexível, tanto na questão dos recursos humanos como na logística. Há uma filosofia de trabalho e uma política de gestão diferente da que se tinha antes.

Essa saída de criar uma empresa pública com direito privado, a meu ver foi uma decisão acertada e inteligente para tentar mudar o modelo de gestão que funcionava para tentar um modelo de gestão um pouco mais moderno, com mais flexibilidade na questão dos recursos humanos e toda uma logística, uma estrutura, uma filosofia de trabalho, uma política de gestão bem definida. (Entrevistado 9)

A EBSEERH proporcionou mais efetividade no controle. Antes não havia controle de produtividade dos médicos. Depois da EBSEERH deu-se início a uma mudança visando melhorar tais controles.

Olhando a produção, eu digo, eu quero a produção de cada médico aqui. Eu quero a produção de cada setor. Tinha médico que era produção zero. Tinha médico que tinha produção duzentos. Aquele que tinha compromisso com a instituição. Compromisso com a sociedade. Fazia duzentas cirurgias em um mês. Outro que estava lá não fazia nada. Outros que fazia assim. E nós começamos a mudar isso aí. (Entrevistado 7)

Outra diferença importante citada, entre a gestão anterior e a gestão da EBSEERH é que antes a estrutura era muito hierarquizada. Depois, ela passou a ser mais departamentalizada, mais enxuta, com menos cargos. Além disso, houve mudança no modelo organizacional do hospital, com adequações no papel dos gerentes.

Eu acho que a gente fazer esse misto entre EBSEERH pública e privada é excelente, porque a iniciativa privada tem cobrança, tem indicadores, tem uma série de outras

coisas que a pública tem só que não é efetiva. Então precisa efetivar tudo isso. (Entrevistado 6)

Antes a gente tinha uma estrutura muito hierarquizada, agora temos uma estrutura mais departamentalizada, menor, com menos cargos, nossa estrutura ela é proporcional ao número de leitos que nós disponibilizamos para o usuário. (Entrevistado 9)

Outro ponto positivo da transição citado pelos entrevistados foi que a EBSEH trouxe uniformidade na estrutura dos hospitais universitários. Antes da EBSEH a estrutura organizacional era individualizada. Cada hospital tinha seu organograma. Atualmente, há uma padronização nos organogramas, diferenciados apenas pelo tamanho dos hospitais. Há hospitais de grande porte, de médio porte e de pequeno porte. Isso uniformizou a forma de agir dos hospitais e é apontado como um ponto positivo da transição.

Cada hospital universitário tinha um organograma, tinha um fluxograma, quase que eram seres independentes, hoje nós somos independentes, mas o jeito dos hospitais são os mesmos, nós temos a mesma organização, o mesmo organograma, considerando os portes de cada hospital, a gente tem hospitais de grande porte, tem hospitais de médio porte e temos hospitais de pequeno porte, mas o jeito da organização, de como funciona de como ele é organizado agora existe mais uma unidade. (Entrevistado 1)

Com a edição do HULW do Plano de Diretor Estratégico (PDE), foi inaugurado no hospital o planejamento estratégico, resposta às necessidades que vinham se acumulando no decorrer do tempo sem respostas efetivas, como a falta de investimentos, problemas de gestão e insuficiência de servidores. Trata-se do quadro de falta de gerência em saúde, de ordem estrutural, organizacional e individual, tratada por Malik e Vecina Neto (1991). O caminho escolhido está adequado ao afirmado por Weber e Grisci (2010), para quem as necessidades de melhoria da qualidade no atendimento, superação da rigidez na gestão e melhoria na utilização dos recursos podem ser atendidas por meio do planejamento estratégico.

Outra mudança apontada, realizada pela EBSEH, foi a implantação de uma unidade de auditoria interna no hospital: “Além disso, a gente tem um auditor que trabalha oito horas por dia aqui dentro. Um auditor que a EBSEH coloca um auditor que não seja nem da região” (Entrevistado 5).

A importância da capacitação é destacada entre os entrevistados. A mudança de atitude em relação ao planejamento está intimamente ligada à capacitação dos servidores.

No que tange ao recurso humano, a EBSEH tem uma grande preocupação com isso que é a capacitação e hoje com a tecnologia isso tem facilitado bastante, porque ela promove videoconferências, para tratar de assuntos bem específicos e determinado

grupo de pessoas vão assistir essas capacitações em videoconferência. Isso tem dado um suporte legal. Reduz bastante os custos. É uma política da EBSEH. A gente tem é uma comissão de educação permanente dentro do hospital. Temos um setor também encarregado dessa parte de capacitação dos servidores. (Entrevistado 9)

Como dito, não havia um planejamento efetivo no HULW antes da EBSEH. E o conjunto dos depoimentos leva à conclusão que, de fato, o planejamento na instituição era incipiente.

Eu fui diretor técnico do hospital anos atrás no modelo antigo do hospital universitário, e naquela época tinha uma unidade de planejamento, só que a unidade de planejamento ela não desempenhava o papel que deveria desempenhar, o setor de planejamento. (Entrevistado 9)

Uma das preocupações suscitadas quando da criação da EBSEH foi a possibilidade de atendimento no hospital de clientes de planos de saúde e privados. A totalidade dos entrevistados afirma que o público alvo do hospital continua o mesmo, os pacientes do SUS: “Nossa empresa é uma empresa estatal pública, 100% pública, sustentada e mantida com 100% de financiamento público para atender exclusivamente os usuários do SUS” (Entrevistado 1).

Embora na construção do hospital se tenha cogitado de construir uma ala específica para atendimento privado, a ideia não prosperou.

100% SUS. No início desse hospital, como eu sou bem antigo aqui na universidade, quando ele foi construído, quando foi pensado, o último andar era para ser atendimento especial. Não era para ser cem por cento SUS não. Quando foi planejado. Depois aí, como não foi concluído lá em cima, não foi, não teve esse objetivo aí. Chegou só atendimento SUS. Só atendimento SUS. (Entrevistado 7)

No entanto, quando os entrevistados buscam traçar uma perspectiva, julgam haver a possibilidade de mudança do público alvo no futuro. A necessidade de novos investimentos, o desafio do equilíbrio das contas e a aceitação de práticas de gestão empresarial acenam para esse futuro. E há concordância com essa possibilidade, justificada pela necessidade de que os planos de saúde privados ressarcissem o hospital por serviços prestados. O que deverá ser preservado, no entanto, é a prestação do serviço de forma igualitária.

Sabe o que é que penso, qual é o futuro? Qual é o futuro da EBSEH? Eu acho que a gente vai terminar atendendo plano de saúde privado. Eu sinto isso, sabe por que? Porque não está havendo nenhuma dificuldade. Nós vamos chamar agora novos servidores. Nós vamos chamar agora mais servidores. E vai ter uma hora que não vai ter quem pague a conta. Está entendendo? E eu acho que no fundo, no fundo, eu estou com esse pressentimento, eu posso estar equivocada, mas eu acho que nós vamos aceitar convênio. Porque a empresa privada vai chegar e dizer eu banco isso, eu pago

aquilo, não sei o que, eu divido com você a despesa e estou aqui dentro. (Entrevistado 3)

A realidade do hospital, posta como um desafio para nova gestão, sinaliza para uma ação desfocada, em alguns casos, do público alvo. A gestão era voltada para si, com interesses diferentes daqueles preconizados pelo SUS.

O hospital universitário, como ele tem total ligação com a universidade, não tinha outra administração. Ele fazia o trabalho muito voltado a si para alguns interesses que não totalmente da população porque como é um hospital de ensino, sempre tem aqueles direcionamentos, professores tinham determinadas salas, mandavam em determinadas salas, você não podia limpar uma sala, você não podia isso porque pertencia a fulano, a sicrano. (Entrevistado 7)

A unanimidade dos entrevistados registra que não houve mudança no público alvo do hospital com o advento da EBSEH. Embora se vislumbre a possibilidade de que isso possa ocorrer no futuro, prevendo, assim, uma lenta privatização, pensamento em conformidade com Sodré *et al.* (2013). Salientam que a gestão era voltada para si. Este fato remete aos apontamentos de Bresser Pereira (1996), que ao diferenciar a administração burocrática da gerencial afirma que a burocrática se preocupa com os processos internos, enquanto a gerencial é orientada para o cidadão e para obtenção de resultados.

O desempenho organizacional é colocado pelos entrevistados como um desafio a ser superado. Ideias como fazer mais com menos e com qualidade, padronização de processos, alcance de metas, são apontadas nesse sentido. Nota-se que as atividades de planejamento, execução e monitoramento são com frequência lembradas: “Nós não estamos no mundo perfeito, temos muitos problemas ainda, mas esse é o nosso objetivo, é fazer mais ou menos, mas fazer mais com qualidade” (Entrevistado 1).

No entanto, no que se refere ao monitoramento e à avaliação de desempenho institucional, o HULW ainda não tem atuado diretamente. O que se tem feito é uma avaliação de desempenho na área de gestão de pessoas: “Olhe, na prática a gente não tem atuado nessa área. Nós temos avaliação de desempenho, mas no ponto de vista mais de recursos humanos. E aí é essa atribuição ficou com a divisão de gestão de pessoas” (Entrevistado 9).

Os recursos do REHUF são considerados relevantes na manutenção das atividades do hospital, como se pode perceber nos depoimentos. A escassez de recursos advindos da contratualização tem feito com que o HULW se utilize dos recursos do REHUF também para custeio, para sua própria manutenção.

Por que teve uma época que disse: não parece que vão acabar com o REHUF. Já ouvi até falar nisso. Se acabar vai fechar os hospitais. Por que é impossível nós nos mantermos aqui com R\$1.500.000,00. Só de serviço eu pago R\$1.500.000,00, só de serviço. Eu gasto todo dinheiro da contratualização, eu gasto só com serviço. E as demais despesas para manter o hospital? (Entrevistado 7)

A importância dos recursos do REHUF para os hospitais é levada ao ponto de se entender que se não fossem esses recursos, dificilmente o público atendido pelo hospital seria 100% oriundo do SUS.

Eu acho que se não tivesse REHUF nós não teríamos a estrutura física, ou seja, nossa infraestrutura, no nível que a gente está. Porque os hospitais universitários estavam sucateados, não tinham nada, absolutamente nada, nada, nada. Você sabe muito bem disso. Hoje ele vem se estruturando, pelo menos no principal, que é o quê, estrutura para atender. Então o REHUF tem participado muito, muito. Então, se não fosse o REHUF acho que dificilmente não estaríamos 100% SUS, dificilmente estaríamos atendendo a quantidade que atendemos hoje. (Entrevistado 6)

Uma melhoria apontada a esse respeito é que a EBSEH proporcionou maior controle e transparência na execução do REHUF.

Eu conheço a execução do REHUF antes da EBSEH e depois da EBSEH. Eu acho que hoje eles têm muito mais... a EBSEH que gerou parâmetros de controle do REHUF maior, de transparência do REHUF maior, de prestação de contas maior, entendeu? Eu acho que se você pensar na execução como um todo, eu acho que na perspectiva da EBSEH foi melhor, na minha avaliação. (Entrevistado 1)

Embora sejam apontadas melhorias, ainda permanecem iguais os valores repassados do REHUF ao hospital. Além disso, há um déficit nos repasses do recurso, não há uma periodicidade bem definida para tais repasses. Isso acaba prejudicando o planejamento dos hospitais.

Não. E o pior que esses recursos são liberados a conta gotas, fracionados e claro, tudo que vier é bem-vindo e a gente precisa. Mas poderia ser feito de uma maneira mais, é, em intervalos menores, atenderia as necessidades do hospital mais rapidamente. (Entrevistado 9)

A Tabela a seguir, apresenta o volume de recursos recebidos por origem pelo HULW, de 2011 a 2016, não corrigidos pela inflação. Nota-se que os recursos podem ter origem na contratualização, diretamente do MEC, diretamente do MS, do REHUF/MS e do REHUF/MEC.

Tabela 5 – Recursos recebidos por origem, de 2011 a 2016

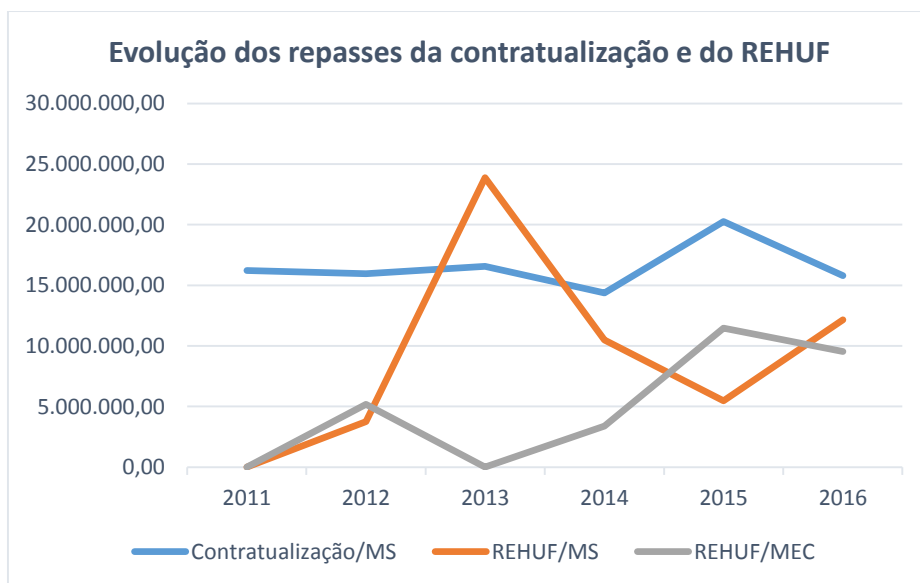
EXERCÍCIO	ORIGEM	PROGRAMA	TOTAL
2011	Contratualização/MS	1220 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar	
		Especial	16.209.130,71
	MEC	1067 - Gestão de Políticas Educacionais	3.234,24
		1073 - Brasil Universitário	12.809.292,83
MS	1220 - Assistência Ambulatorial E Hospitalar		
		Especial	10.432.694,07
2012	Contratualização/MS	2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS)	15.953.906,43
		2032 - Educação Superior - Graduação, Pós-graduação, Ensino Pesquisa e Extensão	4.040.839,04
	MEC	219 - Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Educação	2.369,58
		2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único De Saúde (SUS)	60.000,00
	REHUF/MS	2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS)	3.762.092,70
	REHUF/MEC	2032 - Educação Superior - Graduação, Pós-graduação, Ensino Pesquisa e Extensão	5.187.577,19
	2013	Contratualização/MS	2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único De Saúde (SUS)
2032 - Educação Superior - Graduação, pós-graduação, Ensino Pesquisa e Extensão			8.547.101,02
REHUF/MS		2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único De Saúde (SUS)	23.867.645,74
2014		Contratualização/MS	2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único De Saúde (SUS)
	2032 - Educação Superior - Graduação, pós-graduação, Ensino Pesquisa e Extensão		6.682.947,50
	REHUF/MS	2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único De Saúde (SUS)	10.501.368,96
	REHUF/MEC	2032 - Educação Superior - Graduação, pós-graduação, Ensino Pesquisa e Extensão	3.385.432,15
	2015	Contratualização/MS	2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único De Saúde (SUS)
2032 - Educação Superior - Graduação, pós-graduação, Ensino Pesquisa e Extensão			4.871.648,35
REHUF/MS		2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único De Saúde (SUS)	5.464.677,00

EXERCÍCIO	ORIGEM	PROGRAMA	TOTAL
2016	UFPB/MEC	2032 - Educação Superior - Graduação, pós-graduação, Ensino Pesquisa e Extensão	19.188,92
	REHUF/MEC	2032 - Educação Superior - Graduação, pós-graduação, Ensino Pesquisa e Extensão	11.459.670,14
	Contratualização/MS	2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único De Saúde (SUS)	15.320.243,21
	MS	2080 - Educação de Qualidade Para Todos	468.733,27
	MS	2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único De Saúde (SUS)	65.000,00
	REHUF/MS	2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único De Saúde (SUS)	12.152.344,71
	REHUF/MEC	2080 - Educação de Qualidade Para Todos	9.548.438,02

Fonte: Setor de Orçamento e Finanças/HULW/UFPB (Não corrigidos pela inflação).

Importados os valores relacionados à contratualização e ao REHUF para o Gráfico a seguir, pode-se acompanhar, embora de forma aproximada, por serem valores não corrigidos pela inflação, a evolução dos repasses. Observa-se que os repasses da contratualização tem se mantido constantes nos últimos cinco anos. Quanto aos recursos do REHUF, a cota de responsabilidade do MS apresenta uma expressiva variação, conforme relatado pelos entrevistados. Por sua vez, a cota de responsabilidade do MEC também apresenta variação, mas não tão expressiva.

Figura 7 – Evolução dos repasses da contratualização e do REHUF



Fonte: Setor de Orçamento e Finanças/HULW/UFPB.

A ideia de ampliar as formas de financiamento do hospital passa pela discussão inicialmente da insuficiência de recursos advindos da contratualização. O repasse dessa fonte continua sendo praticamente o mesmo, conforme dados apresentados na Tabela 5 - Recursos recebidos por origem, de 2011 a 2016. A má gestão dos recursos torna a prestação do serviço ineficiente. Por outro lado, é apontado o subfinanciamento como causa da ineficiência. Pois mesmo realizando melhorias na gestão ainda não é possível se obter um desempenho satisfatório: “E o repasse que vem pela contratualização dos serviços, ele também, repito, permanece sendo confeccionado pela tabela SUS, que é totalmente defasada” (Entrevistado 2).

Chega-se, assim, a um ponto tratado com unanimidade pelos entrevistados, que é a necessidade de repactuar a contratualização. Significa, que para além do aumento do valor repassado ao hospital, seria necessária a disponibilização de novas tecnologias ainda não contidas na secretaria de saúde, por não existir na tabela do SUS.

Eu para tratar este usuário, eu preciso de tal tecnologia. Essa tecnologia não está disponível. Ela não está disponível porque ela não está contratualizada com a Secretaria Municipal de Saúde do Município que é o gestor pleno. Ela não está contratualizada na Secretaria de Saúde, porque ela não existe na tabela do Sistema Único de saúde. (Entrevistado 2)

A contratualização necessita ser condizente com o perfil do hospital, que é de média e alta complexidade. Isto é considerado como um desafio: “O principal desafio é que a gente possa ter uma contratualização condizente com o trabalho que é feito no hospital universitário, que é um hospital de média e alta complexidade” (Entrevistado 4).

A revisão da repactuação encontra, todavia, dificuldades de ser colocada em prática. Não é conveniente, segundo depoimento, para o Estado e o Município e há influência de hospitais particulares. Há, nesse sentido, interesses contrários à repactuação. Tanto externos como internos a hospital.

Até porque para o Estado e para o Município muitas vezes não é conveniente. Porque vamos ser muito reais. Não estou falando de ninguém. Mas, veja bem, você, é dono de um hospital particular, X [...]. Você tem influência dentro do Estado e da prefeitura. Você vai fazer tudo para que o hospital não se habilite. Sabe por que? Porque o Estado e a prefeitura vão pagar você ... se não, se a gente tiver habilitado ele vai ter que contratar o da gente porque é público. Não é verdade? Então esse é o complicador. A gente luta com a máquina muito forte. E outra coisa, interesses grandes. Outra coisa. Aqui dentro mesmo, eu tenho muitos profissionais de excelência em qualidade, mas que são donos de clínica, de hospitais, disso, daquilo e daquilo outro. (Entrevistado 5)

Chega-se assim a vislumbrar a hipótese de ampliação das fontes de financiamento. Diante dos recursos escassos, cita-se a possibilidade de obtenção de recursos de empresas

privadas e de organizações não governamentais para desenvolvimento de pesquisa. Também se cogitou a hipótese de atender usuários de planos de saúde particular, embora tal opção seja difícil de acontecer, pelo menos a curto prazo: “Eu entendo que seja exatamente esse o caminho, de atender aos usuários do plano de saúde particular, privados. Só que eu acho muito difícil de isso acontecer, pelo menos a curto prazo” (Entrevistado 9).

A entrada da EBSEH no cenário de administração dos HULW acarretou mudanças no hospital. Uma delas foi a alteração do papel da UFPB no que se refere à gestão do hospital. Se antes havia uma atuação direta da universidade, como, por exemplo, na contratação de pessoal, na realização de licitações e na execução dos contratos, depois da EBSEH isso passou a ser responsabilidade do próprio hospital. À UFPB cabe, a partir desse momento, a atribuição do controle, da fiscalização do contrato assinado com a EBSEH. No entanto, conforme depoimentos, tal papel não tem sido realizado conforme previsto.

Existe um sistema, uma avaliação contínua, que é a área de engenharia de saúde. Isso acho que é muito bem monitorado. A atenção da qualidade do ensino do aluno, o que o aluno faz aqui, tal. Isso é o que a UFPB tem acompanhado. Tem um órgão específico da universidade, que tem monitorado. Fora isso não vejo que não há nenhum tipo de acompanhamento direto não. (Entrevistado 6)

Essa mudança de papel da universidade resvala no questionamento de que não haveria o risco de perda de autonomia em relação ao hospital. O conjunto dos depoimentos é de que não, pois, inclusive, o contrato com a EBSEH pode ser rescindido pela universidade, se assim lhe convier.

Olha isso é um contrato que é feito com a universidade e esse contrato pode ser rescindido. Se nós temos um posicionamento na instituição, que nós não queremos dupla porta, que nós não queremos privatização, que nós queremos que ele se mantenha 100% SUS, na hora que sair desse caminho, nós faremos reunião, e agenda pode desfazer esse contrato (Entrevistado 4)

Uma das críticas ao modelo proposto e criado pelo governo para administrar os hospitais universitários foi relacionada ao risco de as universidades perderem autonomia em relação à gestão dos hospitais. O posicionamento unânime dos entrevistados é o de que não há risco de perda da autonomia universitária. Primeiramente pelo fato dela ter amparo constitucional. Além disso, a decisão de aderir ou não à EBSEH é colegiada, devendo ser aprovada pelo conselho superior da universidade.

A autonomia universitária ela é mantida constitucional e a EBSEH não tem nenhuma interferência na autonomia universitária. Nem o contrato da EBSEH com a

universidade tirou a universidade de qualquer poder que ela teria pelo hospital. Até porque a adesão do contrato da universidade com a EBSEH ela é balizada e ratificada por decisão colegiada do conselho superior da universidade, que é o CONSUNI. (Entrevistado 1)

A contestação de que houve perda de autonomia universitária com a EBSEH é amparada no fato de que o hospital continua vinculado à UFPB, não havendo, por exemplo, gerência da EBSEH sobre os servidores da UFPB lotados no hospital. Além disso, a indicação do superintendente do hospital continua sendo feita pela reitoria da universidade.

No meu entendimento até agora nenhum, até porque eu tenho dito que o hospital é da Universidade Federal da Paraíba. Nós temos nossos servidores lá em efetivo exercício, eles não estão cedidos, a indicação do Superintendente é feita pela reitoria da Universidade e na hora que não tiver dando certo a gente vai trocando. (Entrevistado 4)

No entanto, há uma mudança na atuação da universidade em relação ao hospital. Se antes a UFPB era a gestora de fato e de direito, agora ela exerce um novo papel o de fiscalizador das atividades do hospital: “Eu acredito que não, porque esse órgão que delegou ele monitora isso também né. Então ele tem um poder bem definido. Porque a autonomia é dada, mas também é vigiada” (Entrevistado 6).

Tal autonomia estaria refletida na atuação dos cursos da UFPB que se utilizam do HULW para suas atividades de ensino. Não houve alteração nessas atividades: “Mas todos os cursos, todos os departamentos, todos os centros mantiveram sua autonomia aqui dentro no sentido da formação. Ou seja, não houve alteração com relação a todo o processo” (Entrevistado 8).

Há uma consciência de que o hospital universitário é patrimônio da UFPB, que apenas sua gestão está a cargo da EBSEH.

HU é da universidade, isso de maneira clara, ou seja, isso nós todos temos isso na cabeça. O Hospital Universitário ele é gerido pela EBSEH, ele não é da EBSEH no sentido, ele é patrimônio da Universidade Federal da Paraíba e que tem que ser zelado pela Universidade Federal da Paraíba. (Entrevistado 8)

A autonomia da universidade em relação ao HU também é percebida internamente no hospital como uma ausência de autonomia plena do hospital, em face das indicações dos cargos de direção serem de responsabilidade da reitora da UFPB.

O hospital daqui seguiu esse padrão aí estabelecido pela EBSEH na definição dos cargos, no perfil que ela traçou? Eu diria a você que não totalmente. Alguns gerentes

tem um perfil que a EBSEH estabeleceu. Outros não, não tem esse perfil, mas estão ocupando o cargo de gerente. Mas aí tem uma resposta para isso. É a falta de autonomia plena que a gente não tem ainda né na atual gestão. Nós temos autonomia parcial. Portanto, há o reflexo né da gestão da universidade interferindo nesse aspecto. (Entrevistado 9)

Embora se perceba que a universidade não perdeu sua autonomia diante da mudança de gestão dos hospitais universitários, há para alguns entrevistados a ideia de divisão entre o hospital e a universidade: “Para nossa categoria, foi uma questão de divisão. Houve uma divisão né. E não foi viável” (Entrevistado 10).

Mesmo com a indicação dos cargos de direção do hospital pela reitora da UFPB, surgiu no hospital a noção de uma estrutura de governança separada da universidade. Os novos empregados da EBSEH não possuem qualquer vínculo com a UFPB. Sendo assim, tem-se início, no que se refere aos empregados da EBSEH, uma independência do hospital em relação à UFPB.

Então isso criou uma estrutura de governança já diria que a parte da universidade. Então já começou daí, desse início. Já tem pessoas aqui que são alheias à universidade, embora seja indicada pela reitora e pelo colegiado, enfim. Então já houve uma grande distinção entre o profissional antigo, ou seja, o HU antigo que era totalmente adaptado à UFPB e agora não são mais. Esse é o primeiro ponto. Isso foi importante porque criou uma independência desses profissionais por estarem diretamente ligados à EBSEH e não diretamente ligados à UFPB. (Entrevistado 6)

Corroborando a ideia de uma estrutura de governança do hospital separada da universidade, há o fato de que o HULW está com gestão plena, ou seja, o hospital é atualmente uma Unidade Administrativa de Serviços Gerais (UASG), recebendo diretamente recursos e realizando licitações e contratando serviços. O que não ocorria no período de transição, compreendido entre a data da assinatura do contrato de adesão e os doze meses seguintes.

Aqui tem UASG diferente. A gente recebe recurso já na nossa UASG, não depende mais da universidade. Já criou autonomia né, que a gente chama de ... gestão plena. Uma boa parte dos hospitais já estão com gestão plena. Porque gestão plena? Você não passa nada mais para a reitora assinar. Eu não passo mais nada para eles. Eu assino aqui, tenho autonomia, assino contratos, licitações, enfim. Então temos uma gestão plena aqui. Recebo meu recurso dentro da minha UASG já. Então a gente tem contato com a universidade na questão da parceria. Tem a gestão, mas tem a parceria com universidade, que caminha no mesmo rumo. (Entrevistado 6)

Para um entrevistado, a garantia da autonomia da universidade em relação ao hospital não seria necessária. Este posicionamento está relacionado com a visão de autonomia sob a ótica interna do hospital: “Primeiro eu não vejo que houvesse nenhuma necessidade dessa

autonomia da universidade no hospital universitário. Não vejo essa necessidade absoluta” (Entrevistado 2).

As críticas acerca da perda da autonomia da universidade em relação ao hospital são rechaçadas pelos entrevistados. Por outro lado, há uma preocupação com a autonomia do próprio hospital, mitigada pela indicação de sua governança pelo reitorado da UFPB. Ressalta-se, no entanto, a separação, de fato, da gestão do HULW e a UFPB. Separação que significa, enquanto durar o contrato entre a UFPB e a EBSEH, a mudança de papel da universidade quanto à gestão do hospital, o de fiscalizadora. Tal mudança de papel pode também ser considerada com um efeito não intencional e está inserida na trajetória por que passou o hospital desde o ápice da sua crise.

Não foi dada relevância ao assunto da privatização pela maioria dos entrevistados. O tema remete à natureza jurídica da EBSEH, de empresa pública, espécie pessoa jurídica de direito privado formada com capital exclusivamente público. Dessa forma, para a maioria dos entrevistados não há que se falar em privatização no caso de gestão do hospital por uma empresa pública. De modo que o que houve foi uma descentralização da gestão.

Posicionamento contrário é apresentado por Sodré *et al.* (2013), para quem o advento da EBSEH significaria uma lenta privatização. Segundo o autor, a EBSEH estaria enquadrada em mais um discurso gerencial, dentre outros, tais como a terceirização na contratação de pessoas e a ameaça de entrega da gestão dos hospitais para organizações sociais ou fundações. Por fim, o governo teria optado por uma privatização lenta com a criação da EBSEH, para evitar abrir um diálogo com a sociedade. No entanto, a EBSEH, enquanto empresa pública, possui capital exclusivamente público.

É enfatizada a coragem de se ter tomado a decisão de rescindir o contrato com a fundação de apoio que fornecia mão de obra especializada para o hospital. Momentaneamente houve perdas, com prejuízos para o público alvo do hospital, pois foi necessário fechar leitos e serviços. Mas tal situação foi reestabelecida com a contratação de novos empregados da EBSEH por concurso público.

A gente já estava a 5 anos com a determinação para que fosse findada e ninguém tinha a coragem de fazer isso. [...] ou vai ou vem. Está errado, está. Então vamos romper de uma vez. Imagina o que é você perder de uma vez, na época nós tínhamos 110 pessoas só da enfermagem, fora os médicos, que não era tão grande o número. Além de técnico de laboratório e tudo o mais. A gente teve que fechar leitos. Fechar serviços para poder fazer de uma vez só. Mas é aquela história, para fazer o certo você tem que quebrar os ovos. Não pode fazer diferente. Né? E agradeço imensamente, porque acabou o nosso maior problema que era a tal da Não é verdade? Hoje quem sobreviveu, sobreviveu. Tivemos perdas? Sim. O usuário do SUS teve perda? Com certeza. Mas a gente começou do zero, certo. A gente não tem nenhum, dois meses e treze dias que

eu assumi, a gente acabou com a terceirização da finalística aqui dentro. (Entrevistado 4)

O posicionamento do entrevistado reflete a realidade do contrato antes celebrado entre a universidade e a fundação de apoio. O contrato foi chamado de mal feito e irresponsável, em que não havia controle e fiscalização do mesmo.

A primeira coisa que nós fizemos foi já acabar o contrato com a fundação. Era um contrato mal feito. De certa forma irresponsável. Aqui se chegava a nota da fundação. Só chegava a nota, aí se passava o dinheiro para fundação. Não tinha controle de nada. Não prestava conta de nada. Então nós fizemos a primeira coisa acabar com o contrato da fundação. (Entrevistado 7)

O depoimento reflete a má gestão do hospital e da universidade em relação ao contrato, pois o contrato de gestão, de acordo com Mendes e Ribeiro Júnior (2010) “é considerado em instrumento fundamental na introdução da administração por resultados, aumentando a eficiência e a eficácia e visando a efetividade”.

Os problemas apontados pelos entrevistados como desafios a serem superados pela EBSEH apontam para as necessidades existentes em um hospital descritas por Weber e Grisci (2010), de melhoria da qualidade no atendimento, da superação da rigidez na gestão e da melhor utilização dos recursos.

Em um contexto organizacional, a busca por melhores resultados na prestação de serviços pode prejudicar a busca por eficiência, visto que nem sempre é possível obter os melhores resultados possíveis gastando o mínimo possível. No conjunto dos depoimentos, a eficiência, por si só, já se configuraria como um bom resultado: “Os recursos financeiros eles antes da EBSEH eram maiores do que são hoje. Só que hoje a gente recebe menos e consegue produzir mais” (Entrevistado 9).

No hospital, a compatibilização da eficiência com bons resultados pode se tornar mais difícil ainda, gerando um verdadeiro conflito, visto tratar-se de um tipo de serviço em que os erros devem ser mitigados e tenderem a zero e as necessidades comumente são urgentes: “A saúde não tem preço, por que qual o preço de uma vida? Está claro? Mas ela tem custos. Então você não pode economizar na saúde” (Entrevistado 1).

A aferição de eficiência e desempenho requer controle social, por meio de mecanismos ágeis de transparência, dando-se assim condições para o acompanhamento das ações. Nesse aspecto, foi notado pelos entrevistados que há fragilidades no controle social. Este fato vai de encontro à diretriz contida no Relatório Final da XIV Conferência Nacional de Saúde do CNS (2012) que afirma que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em todas as esferas de gestão

e em todos os serviços, seja 100% pública e estatal, e submetida ao Controle Social. A fragilidade no controle social foi também apontada por Andreazzi (2013), para quem a EBSERH não tem mecanismos democráticos de gestão, eleição de gestores, conselhos deliberativos paritários, tudo o que a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde preconizam para o sistema público de saúde: “Então uma fragilidade muito grande é o controle social, porque a partir dele nós temos uma série de atribuições que garantiria uma melhor transparência” (Entrevistado 3).

Um fator apontado como dificultador de se atingir eficiência e eficácia na prestação de serviços é falta de observância, tanto por parte de pacientes como de médicos, das regras estabelecidas.

O usuário quando chega ele quer ser atendido de qualquer maneira, mesmo que ele nem seja cadastrado no seu PSF. Ele não sabe nem para onde vai. Então a dupla porta de entrada não existe não. Existe a quadragésima porta de entrada. Porque o médico chega e diz que quer atender o paciente. (Entrevistado 3)

Problemas estruturais têm contribuído para que o HULW não alcance níveis satisfatórios de eficiência e eficácia. Um dos pilares da organização burocrática, apontados por Weber, citado por Park (1997) é a regra. A organização necessita de regras, bem como de seu cumprimento. A falta de observância das regras e procedimentos é considerado um sintoma de falhas nos mecanismos de coordenação. No caso, cabe verificar se os meios de coordenação utilizados estão sendo adequados.

Outro fator é o ajuizamento de ações para realização de procedimentos. A judicialização da saúde é apontada como geradora de conflitos, de impactos financeiros e de diferenças de tratamento, pois quem ajuíza ação e tem sentença favorável, consegue acesso ao procedimento e quem não ajuíza ação não recebe o mesmo.

Dada a cultura da informação o paciente tem acesso a essa informação. E ele exige. E quando ele exige, nós temos hoje uma outra dimensão, que não deixa de ser preocupante na área da saúde, que é a judicialização de todos esses processos. Então essa judicialização, quer queira quer não, como se tratam de pessoas. Ela gera conflitos. (Entrevistado 2)

A dificuldade em se alcançar a qualidade no atendimento, por bons resultados é percebida de forma generalizada no serviço público. Uma das causas apontadas está relacionada ao servidor público que não se vê como um agente público.

Clareza nós temos no serviço público, que está longe de ser aquele que deveria ser, minimamente, não vou nem falar no seu máximo, mas minimamente está longe. São vários os fatores que levam a esse descontentamento, um deles é o servidor público entender que ele é antes de tudo um agente público. (Entrevistado 2)

Para se alcançar melhores resultados e ser mais eficiente na prestação de serviços públicos foi apontado que não havia condições de permanecer como estava antes. Havia uma necessidade de mudança, que veio com a EBSEH.

Eu acredito que talvez daqui mais um ano ou dois possamos dizer que já estamos funcionando com mais EBSEH do que o HU antigo, na versão antiga né. Mas muitas coisas mudaram já desde a assinatura do contrato com a EBSEH. Mas uma transição bastante difícil, mas com expectativas muito positivas de mudanças que a gente vem vivenciando. (Entrevistado 9)

Em busca de envolver o paciente no movimento de mudança em busca de melhorias na gestão, foi instituída uma unidade de ouvidoria no HULW, para receber reclamações, elogios e sugestões. Foram apontadas situações de retorno positivo e de retorno negativo.

O nosso usuário ele reclama muito de que ele demora a chegar, de que apesar de todo esse avanço ainda tem uma fila de espera, mas quando ele chega e ele é atendido, ele diz que ele é muito bem atendido, que o problema dele foi resolvido, e tem um parâmetro que eu acho muito significativo, mais de 80%, se a memória não me falha, de 80 a 90% diz eu recomendaria tudo de novo para uma outra pessoa que tivesse na mesma situação que eu, porque o meu problema foi resolvido. (Entrevistado 9)

A queixa de clientes e grupos externos é outro sintoma de falhas nos mecanismos de coordenação. Para Child (2012), citado por Loyola *et al.* (2014), a existência de opiniões negativas quanto ao atendimento no hospital revela essa falha.

De acordo com Carapinheiro (1997), com relação aos desafios organizacionais, como o hospital é uma organização complexa, em que os riscos devem ser os menores possíveis, a compatibilização da eficiência e da eficácia não é tarefa fácil. Existem fatores que dificultam o alcance da eficiência e da eficácia. Foram apontados os seguintes: desobediência, tanto por parte de pacientes como de médicos, das regras estabelecidas; fragilidades no controle social; descumprimento, por parte do servidor público, de seu papel de agente público; e o ajuizamento de ações para realização de procedimentos. No último caso, a judicialização pode gerar impactos financeiros não planejados e diferenciação no tratamento.

No período de maior crise dos hospitais universitários, havia, conforme depoimentos, um sentimento de que deveria haver mudanças na gestão para que se pudesse alcançar melhores resultados e ser mais eficiente na prestação de serviços públicos. Tal mudança veio com a

EBSERH. Atualmente, busca-se ouvir a clientela do hospital. Há, como resultado tanto opiniões positivas como negativas acerca do atendimento, revelando que a melhoria ainda não atingiu a totalidade dos serviços prestados pelo hospital.

A convivência de dois regimes diferentes no HULW, o estatutário, regido pela Lei nº 8.112/90, e o celetista, regido pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, que aprova a Consolidação da Leis do Trabalho (CLT), tem causado atritos e dificuldades aos gestores do hospital. A situação é colocada como um desafio. E para superar esse desafio é necessário passar por um processo de aprendizado: “É tanto que você sabe muito bem. Quando tem dois, duas coisas diferentes, cada um vai puxar para o seu, né. Porque a questão que de divisão de classe” (Entrevistado 10).

Tanto há o entendimento de que há mais vantagens para os celetistas, relacionadas a maiores salários, como há o entendimento de que os estatutários é que tem mais vantagens, como a maior flexibilidade no horário de trabalho: “O servidor que entra hoje pelo regime CLT, de certa forma, ele tem vantagens muito maiores do que o servidor que está sob a égide do Regime Jurídico único” (Entrevistado 2). “Aí vem a questão da diferença de tratamento do trabalhador, que um trabalha chibata e o outro ainda continua com a mesma regalia que é o RJU, certo? O salário deles é maior do que o nosso, certo?” (Entrevistado 3).

Fato considerado relevante é que com a entrada no hospital de empregados celetistas, é possível realizar as cobranças necessárias quanto aos estatutários, visando garantir isonomia de tratamento e imparcialidade: “Se o celetista hoje está cumprindo as normas da CLT eu tenho que obrigatoriamente fazer com que as normas do RJU também sejam cumpridas, para que a gente tenha a imparcialidade necessária” (Entrevistado 5).

Havia a sensação de que os estatutários eram os donos do hospital, pelo tempo de trabalho e pela possibilidade de definir as regras internas de acordo com sua conveniência: “Porque nós que éramos RJU que estávamos aqui, primeiro a gente tinha aquela sensação de o hospital era nosso, a gente fazia as normas de acordo com o que era conveniente” (Entrevistado 5).

A possibilidade de convivência entre os dois regimes está relacionada a uma questão cultural, que necessita ser tratada de acordo com mecanismos de mudança de cultura organizacional. Nesse sentido é importante destacar a afirmação de Souza (2006) de que o momento histórico e a cultura política vigentes em uma determinada época e lugar influenciam a configuração dos modelos de gestão pública. Portanto, a implantação de um novo modelo de gestão pública passa, de fato, pelo tratamento de questões culturais: “Eu acho que é um desafio mais cultural” (Entrevistado 2).

Além da diferença de normatização dos regimes, o atrito também é causado pela diferença de carga horária entre os dois regimes. Enquanto o estatutário cumpre 30 horas semanais, os celetistas cumprem 36 horas semanais, além do fato de que os controles são mais rígidos para os celetistas. Esse aspecto é colocado como uma espécie de paradigma, de modelo para que se possa mudar os controles em relação aos estatutários.

Essa redução de jornada de trabalho dos servidores estatutários de 40 para 30 horas semanais foi aplicada a todos os servidores da UFPB, lotados na universidade e no HULW, equivocadamente. O art. 3º do Decreto nº 1.590, de 10 de agosto de 1995, faculta ao dirigente máximo do órgão autorizar servidores a cumprir jornada de trabalho de seis horas diárias, perfazendo trinta horas semanais. No entanto, deve-se comprovar que as atividades exercidas pelos servidores sejam contínuas em períodos igual ou superior a doze horas ininterruptas, em função de atendimento ao público ou trabalho no período noturno, o que não ocorre em todos os setores da universidade e do hospital: “Então é um grande problema. Por que, porque a gente tem escalas com cargas horárias diferentes, nós somos uma das 5 universidades que somos T40 e só fazemos T30. Este é um complicador” (Entrevistado 5).

Mesmo nesse cenário, vislumbra-se a possibilidade de convivência. Para este fim, são apontadas ações no sentido de combater o choque entre os dois regimes.

A gente criou um serviço de qualidade de vida, onde essa qualidade de vida eu me juntei com a humanização para a gente tentar ir tirando as arestas que este cumprimento de lei exige. Porque a gente faz reunião, a gente faz muita dinâmica, a gente faz muito trabalho em grupo, então isso liga as pessoas e faz com que as pessoas fiquem cúmplices da gente. (Entrevistado 5)

Com o objetivo de combater o choque entre os regimes celetista e estatutário, a gerência do HULW tem, além dos modos convencionais de coordenação, modos mais diretos de coordenação, descritos por Bowditch e Buono (1997), como a implantação do serviço de qualidade de vida, serviço que agrega uma equipe multifuncional visando proporcionar a interação entre os servidores.

Em uma organização hospitalar, em que o poder dos especialistas tende a se sobrepor ao da governança, o papel do gerente se torna preponderante para obter a integração. O controle hierárquico do núcleo operacional se torna, portanto, mais difícil para o gerente, diferentemente do controle hierárquico do setor administrativo, mais tradicional. Há, nesse sentido, a coexistência de duas hierarquias no hospital, a do núcleo operacional, com formato de pirâmide invertida, e a do setor administrativo, mais tradicional. Tal realidade existia antes da EBSEH e ainda permanece, por ser lenta a mudança de cultura dentro da organização.

Na área de saúde, inicialmente, como foi dito. O médico queria ser dono de tudo, queria fazer tudo. Eu quero fazer cirurgia ou eu não quero fazer nenhuma. Hoje não. Hoje... existe esse problema? Existe, lógico. Tem médicos antigos aí que tem esse pensamento de querer ser um deus, enfim. (Entrevistado 6)

A localização fática dos pontos de decisão no organograma da organização pode revelar o quanto o núcleo operacional é detentor de poder. Nesse sentido, observa-se que no HULW os pontos de decisão estão dispersos no organograma com pouco controle hierárquico: “Não existem núcleos de poder que decidem se o médico vai atender, se não vai atender, se o paciente vem, quando vem, e isso é feito na surdina, à margem da gerência” (Entrevistado 3).

Embora o poder de autoridade dos profissionais médicos seja algo conhecido e previsto por Carapinheiro (1997), a evolução das instituições e seu impacto nas organizações passa pela preocupação pela disputa de poder, citada por Hall e Taylor (2003). Portanto, a disputa de poder é uma questão que, de fato, deve ser tratada com cuidado. A coexistência de duas hierarquias no hospital, a do corpo de especialistas e do corpo administrativo foi confirmada pelo conjunto de depoimentos. Há efetivamente um controle do trabalho operacional na mão dos especialistas, surgindo a imagem da pirâmide invertida. De acordo com Azevedo (1995), coloca-se como um desafio ao hospital a integração desse corpo de especialistas com o apoio administrativo.

Além de ser uma organização hospitalar, o HULW é um hospital universitário, ou seja, atua em duas vertentes, a atenção à saúde e o ensino e pesquisa. Este fato também pode gerar conflitos no que se refere ao compartilhamento do poder, pois a área de ensino e pesquisa pode querer prevalecer em relação à área de atenção à saúde e vice-versa.

Isso é tão importante par a EBSERH, é tão pari passu, tão lado a lado que em todos os organogramas nós temos uma gerência de atenção à saúde e uma gerência de ensino e pesquisa, por que dentro dos hospitais universitários a gente não pode perder esse foco. O nosso foco é atender o paciente sim, mais formar os nossos atendentes. (Entrevistado 1)

A disputa de poder também ocorre entre a área de atenção à saúde e área de ensino e pesquisa. O conflito persistente entre departamentos é um sintoma de falhas nos mecanismos de coordenação, conforme Child (2012), citado por Loyola *et al.* (2014). Nota-se que a gerência do hospital tem se valido da descentralização visando separar pontos de decisão entre os níveis hierárquicos. Essa descentralização evidencia que há uma centralização do local de tomada de decisões. O caminho em busca da descentralização é condizente a previsão de relação inversa forte entre centralização e complexidade. Para Loyola *et al.* (2014), já que o hospital é uma organização complexa, naturalmente deverá haver maior descentralização.

O estímulo à tomada de decisões compartilhadas, descentralizadas, visa a formalizar a implantação de núcleos de poder em níveis hierárquicos diferenciados, numa tentativa de desestimular tomadas de decisões monocráticas.

A gente tem desenvolvido ao longo desses anos uma gestão pactuada, compartilhada. Pelo organograma a gente tem a unidade que é vinculada ao setor, que é vinculada a divisão, que é vinculada a gerência, que é vinculada ao superintendente. Então você tem uma hierarquia nessa forma, então invés da gente fazer as decisões monocráticas, absolutistas... a gente tem estimulado as decisões multiprofissionais, diversificadas e pactuadas. (Entrevistado 1)

Diante de duas realidades distintas no HULW, a estrutura hierárquica do núcleo operacional, formada por especialistas, e a estrutura do apoio administrativo, formada por agentes administrativos, formando um quadro mais complexo de organização, impõe-se à governança do hospital a necessidade de implementar mecanismos de integração visando alcançar a convivência harmônica de ambos.

A gestão do hospital ela é complexa porque? Você note que primeiro dentro de um hospital é a gente tem serviços que são na realidade da sociedade totalmente autônomos. Por exemplo, um laboratório é uma empresa lá fora. Uma lavanderia é uma empresa lá fora. Um refeitório é um restaurante lá fora. (Entrevistado 8)

Esses mecanismos de integração passam pela melhoria da comunicação entre os setores e entre as hierarquias, para que cada um tenha uma visão, ainda que parcial, da realidade como um todo do hospital.

Inclusive esse é um tema que foi do nosso PDE, que é um grande problema que tem que é exatamente isso. Ou seja, o assistencial que não sabe o que é que acontece no financeiro do hospital. Ou seja, como é que funciona o administrativo do hospital para isso tudo e ao mesmo tempo o administrativo do hospital não sabe como é que funciona esse assistencial. (Entrevistado 8)

Para tentar corrigir as falhas de comunicação e ao mesmo tempo realizar a integralização, as decisões passaram a ser mais compartilhadas: “Hoje o senhor é o top da cardiologia. Aqui só era senhor e o senhor, hoje é o senhor e mais três. Esses três já não se submetem à sua única vontade. Deixou de ser uma pessoa e passou a ser uma equipe” (Entrevistado 5). “Na verdade, que se aquele profissional ele quer impor uma realidade, por exemplo, um medicamento novo naquela situação, ou um procedimento ou um equipamento, a compra de um equipamento, ele precisa passar hoje por algumas esferas” (Entrevistado 8).

Um avanço apontado é que a EBSEERH tem adotado uma política centralizadora visando, por exemplo, a aquisição, em nível nacional ou regional, de determinados equipamentos.

Isso tem contribuído para a integração das duas hierarquias, pois dá mais neutralidade às decisões que geram conflitos, como as que os especialistas tendem a decidir individualmente determinadas aquisições.

A EBSEERH tem feito um esforço imenso né? E tem feito uma política que eu acho extremamente positiva, que é a política da compra centralizada, porque ela ganha em escala né? Hoje é feito para compra de cama, foi feita compra centralizadas de equipamentos de imagem, foi feito compras centralizada de monitores do bloco cirúrgico. (Entrevistado 1)

Internamente, outro mecanismo utilizado visando a integração das duas hierarquias é a padronização. A padronização de medicamentos, por exemplo, relaciona o medicamento indicados para cada tratamento. A padronização ainda está em fase de implementação em determinadas áreas, como no setor de regulação do hospital, em que não há protocolos de acesso e de encaminhamento. Já na área de pessoal, a centralização foi positiva por ser atualmente a padronização de escala. Na área de assistência, o hospital tem buscado obter a padronização por meio de protocolos, que tem o papel de padronizar a utilização de medicamentos, de tratar determinada patologia ou de realização de procedimentos cirúrgicos. Está em fase de implantação um setor no hospital chamado de Núcleo de Avaliação de Tecnologia de Saúde (NATS), cuja missão é avaliar a necessidade de utilização de protocolos para determinada tecnologia de saúde. “Falta essa organização dentro dos fluxos, não é? Com protocolos estabelecidos. Nós não temos protocolos, nem de acesso, nem protocolo de encaminhamento” (Entrevistado 3).

O corpo de especialista fala mais ou menos assim: preciso para o paciente que tem doença x, tal antibiótico. É esse antibiótico que eu preciso comprar, mas assim, é a pergunta que eu faço ao especialista: Muito bem, você precisa desse antibiótico, mas esse antibiótico é padronizado na casa? Porque o setor de farmácia padronizou todos os antibióticos da casa. (Entrevistado 1)

No HULW, assim como nos hospitais de uma forma geral, o poder dos especialistas tende a se sobrepor ao da gerência. Há, portanto, uma necessidade de integração, buscando-se uma unidade de esforços e almejando objetivos comuns. Como o hospital é muito diferenciado, no sentido de quão segmentado é o trabalho, a integração não poderia ser operada somente com mecanismos indiretos, como as políticas e regras e a padronização. Estes mecanismos deveriam

ser suplementados pelos mecanismos diretos de integração, como a criação de papéis de integração ou os comitês ou equipes multifuncionais, citados por Bowditch e Buono (1997). E isso tem sido feito. A padronização está em fase de implementação no setor de farmácia e no setor de regulação, por exemplo. Mecanismos diretos estão sendo utilizados, embora em fase inicial, na divisão de gestão de pessoas, como o serviço de qualidade de vida, por exemplo.

Observando-se o organograma atual do HULW percebe-se que foi mantida a descentralização tanto vertical como horizontal. Como já discutido, a parte chave de um hospital é o núcleo operacional, concentrando considerável parcela de poder. Viu-se que com a EBSEH deu-se início à utilização de padronização como mecanismo de coordenação. Na área de assistência, tem-se utilizado a padronização por meio de protocolos, com a finalidade de padronizar a utilização de medicamentos, de tratar determinada patologia ou de realização de procedimentos cirúrgicos. Tais protocolos visam padronizar habilidades para que haja melhor execução das atividades mencionadas. A padronização de habilidades, de acordo com Wagner III e Hollenbeck (1999), discrimina as aptidões, conhecimentos ou habilidades que as pessoas devem ter para executar uma tarefa com competência.

Para que tenha a efetividade de medidas de integração, são apontadas como necessárias ações de controle e de monitoramento constantes.

A outra é o gerenciamento desses recursos. Ou seja, as pessoas não estão acostumadas a controlar o seu consumo. Então, sem controle não tem como você gerenciar a coisa. Tem que ter controle, tem que ter mensuração. E as pessoas não estavam preparadas para isso. (Entrevistado 9)

O equilíbrio das contas merece destaque dos entrevistados, ao afirmarem que embora se tenha modernizado e profissionalizado a gestão é necessária uma repactuação da contratualização e atuação na média e alta complexidade. Essa busca por ser, de fato, hospital de média e alta complexidade é, ela própria, um desafio a ser superado. Para que se caminhe no sentido de equilibrar as contas, o HULW disponibiliza apenas 20% de sua capacidade na alta complexidade e 80% na baixa complexidade. Mas os problemas não se resumem a escassez de recursos e de pessoas. A má gestão é também uma constatação nos hospitais universitários. Vale destacar que que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar elenca quais os procedimentos listados são de alta complexidade. Por sua vez, a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde, define a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a

promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Dessa forma, os procedimentos não enquadrados no conceito de atenção básica (baixa complexidade) ou alta complexidade, são considerados como de média complexidade.

Você tem 20% de atendimento de alta complexidade, num hospital com inúmeros especialistas, e 80% de atendimentos de baixa complexidade. Que não significa, que é, eu diria, que é por uma má gestão, mas é porque é o que se pode fazer. Por que se eu colocar 80% para o atendimento de alta complexidade, não se utiliza o recurso. (Entrevistado 2)

O maior dilema do SUS está relacionado ao financiamento. Também é fato que ainda não há uma cultura organizacional de preocupação com os custos: “Nós temos um financiamento irregular, nós temos um financiamento baixo. [...] A forma de financiamento, que não deixa de ser a tabela do Sistema Único de saúde é absolutamente defasada. É uma matemática que não fecha” (Entrevistado 2).

O diálogo com a atenção básica é apontado como uma forma de buscar a organização do sistema: “Esse é o grande problema que a gente tem, a interação com a atenção básica. Muitas vezes, o pessoal não passa no PSF, não passa, fazer o primeiro fluxo, ser trilhado lá para vir para cá para a especialidade” (Entrevistado 6).

Outro desafio apontado é o da própria consolidação da EBSERH. Como afirmado, o processo de transição é lento e a consolidação requer a superação de desafios e resistências: “Então é um desafio a gente até passar por esse processo de transição sem muitas sequelas e que o nosso maior desafio ainda é de fato a gente consolidar a EBSERH a nível de Hospital Universitário Lauro Wanderley” (Entrevistado 3).

Como observado, a gestão da EBSERH no HULW, embora tenha conseguido superar alguns desafios, como a implantação de um planejamento alinhado a uma gestão estratégica e a adequação da força de trabalho, outros desafios ainda estão presentes, como a convivência pacífica entre servidores estatutários e celetistas bem como o próprio financiamento do hospital.

6 CONCLUSÃO

A compreensão do processo de criação da EBSEH, bem como as conseqüentes mudanças estruturais e institucionais ocorridas na gestão do HULW, foi possível a partir do exame da transição da gestão do HULW para a EBSEH à luz da percepção dos atores envolvidos.

No que se refere às mudanças institucionais, concluiu-se que até a década de 1960, os hospitais universitários viviam seu melhor momento, pois eram hospitais que não cuidavam diretamente da assistência. Já na década de 1970, o país passou a viver uma crise fiscal, que abalou todos os setores, inclusive o sistema de saúde e, mais especificamente, os hospitais. Foi o período em que os hospitais passaram a ter dificuldades de custeio.

Na década de 1980, mais especificamente em 1986, surge no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS) a proposta de criação do Sistema Nacional de Saúde (SUS). Tais ideias chegaram aos constituintes, pois, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, as políticas de saúde passaram a ter tratamento constitucional específico, com uma seção própria contida no capítulo referente à seguridade social, que, por sua vez, está inserido no título relativo à ordem social. Nesta seção dedicada à saúde, ficou estabelecido que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, apontando, portanto, para a criação de um sistema único de saúde. Como primeira diretriz do futuro sistema único, foi estabelecida a descentralização, visando inserir Estados e Municípios no sistema.

Em 1990 é promulgada a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, considerada a lei orgânica do SUS. Esta lei inseriu os serviços de saúde dos hospitais universitários ao SUS. A partir disso, o HULW conhece seu principal período de crise, indo em direção ao sucateamento, dado os recursos escassos e quantidade insuficiente de servidores, pois não havia realização de concurso público para contratação de novos servidores, tampouco os recursos da contratualização eram suficientes. Aliado à escassez de recursos, o hospital incorreu em falhas relacionadas à gestão dos recursos públicos, tais como fragilidades no planejamento e no controle relacionado aos contratos terceirizados. O conjunto de tais circunstâncias culminou com o ápice da crise.

Nos anos seguintes foram tomadas medidas visando reestabelecer as condições de funcionamento dos hospitais universitários até que em 2011 é proposta pelo Governo Federal a criação da EBSEH, por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com a finalidade de prestação de serviços gratuitos de atenção à saúde e de serviços de apoio ao ensino, pesquisa

e extensão. Ou seja, a atribuição dos hospitais universitários. Na prática, a EBSEERH foi criada para administrar tais hospitais.

Dessa forma, a resposta ao questionamento acerca das causas que levaram à criação da EBSEERH aponta para uma mudança institucional. Observa-se que houve uma trajetória do hospital, guiada por mudanças institucionais que culminaram com esse desfecho. Utilizou-se, portanto, das ferramentas do institucionalismo histórico para buscar entender as causas da criação da EBSEERH. Constatou-se que a crise a qual o país foi submetido, potencializada com a inclusão do hospital ao SUS e uma gestão distanciada de regras e profissionalismo, levando a uma cobrança de órgãos de controle externo ao hospital, são, em seu conjunto, a resposta esperada.

Quanto à visão dos atores envolvidos com a gestão do HULW no período de transição para a gestão da EBSEERH pode-se observar que há uma discordância quanto às críticas à criação da EBSEERH, relacionadas à possível perda da autonomia do hospital, à sua privatização e a prestação de serviços por meio de dupla porta. Tais críticas estariam ligadas aos movimentos sindicais dos servidores das universidades federais. Os entrevistados entendem que havia uma desorganização no SUS, ocasionada pela ausência de regras claras em sua instituição. Este fato favorecia a crise e o sucateamento dos hospitais. No que se refere à perda da autonomia da UFPB em relação ao HULW, os entrevistados entendem que ela não foi perdida com a entrega da gestão do hospital à EBSEERH. Rechaçam a ideia de privatização do hospital, entendendo que o que houve foi uma descentralização. A própria natureza jurídica da EBSEERH é vista como parte de um processo de descentralização.

A mudança foi considerada por todos como necessária. Há também uma visão positiva da transição da gestão, embora esteja presente um sentimento de incerteza, pois há um medo do desconhecido, traduzido no surgimento de uma empresa que viria para administrar o hospital. Nesse sentido, mesmo vendo como positiva a mudança ocorrida, o medo do desconhecido fez com que o processo de transição da gestão do hospital para a EBSEERH tenha sido considerado traumático.

Em relação às mudanças estruturais, a EBSEERH é considerada um divisor de águas para o HULW. O hospital de hoje é um hospital diferente da realidade do hospital antes da EBSEERH.

Quanto aos motivos apontados para a criação da EBSEERH foram citadas as determinações dos órgãos de controle externo, mais especificamente do Tribunal de Contas da União e do Ministério Público Federal, a diminuição do tamanho do Estado, a melhoria da

gestão do hospital, a redução do custo previdenciário, traduzida pela redução dos valores pagos pelo governo a título de aposentadoria, se comparados os servidores estatutários e os celetistas.

No campo ideológico, há o entendimento de que a EBSEERH está alinhada às diretrizes do SUS, relacionadas ao atendimento 100% público, embora também haja o entendimento de que, de fato, possa existir no futuro a possibilidade de o hospital atender tanto aos pacientes do SUS como aos pacientes particulares. A unanimidade dos entrevistados entende que não houve mudança no público alvo do hospital com a EBSEERH. Mas quando se fala em possibilidade de ampliação das formas de financiamento, vislumbra-se que no futuro ela possa existir.

Há um entendimento de que é necessário ampliar as formas de financiamento do hospital, pois os recursos advindos da contratualização são considerados insuficientes para sua manutenção. A má gestão dos recursos também contribui para essa insuficiência de recursos.

A convivência dos regimes celetista e estatutário no HULW é considerada um dos pontos mais polêmicos na gestão do hospital. A situação é tratada como um desafio a ser superado. Para mitigar a dificuldade de relacionamento, têm sido propostas ações relacionadas ao incentivo da humanização e à qualidade de vida.

Foi também identificada a preocupação com a disputa de poder no hospital por parte dos próprios entrevistados, ocasionada pela coexistência de duas hierarquias no hospital, a dos especialistas, que detém maior poder de decisão e o corpo administrativo.

Para se compreender o impacto das mudanças ocorridas com o advento da EBSEERH, buscou-se amparo no estudo da dimensão estrutural e institucional do hospital. A crise, como dito, tinha um aspecto relacionado ao subfinanciamento, mas também era relacionada à má gestão. As dificuldades gerenciais eram de ordem estrutural, por falta de investimento, de ordem organizacional, pela falta de utilização de técnicas de gestão, e de ordem individual, pela ausência de reposição do quadro funcional, por meio de concursos públicos e quantidade insuficiente de treinamento. A ferramenta utilizada pela EBSEERH para solucionar tais problemas tem sido o planejamento estratégico.

Antes da EBSEERH, a gestão do HULW era voltada aos processos internos. O que se percebe é que o foco está agora mais voltado para a busca de melhores resultados que impliquem em benefício ao cidadão, com a utilização de uma gestão mais profissional.

Se a má gestão é um problema identificado e há uma tentativa de qualifica-la, por meio de instrumentos de gestão como o planejamento estratégico, o subfinanciamento é apontado como um problema presente e ainda sem uma possível solução. Mesmo sendo um hospital de média e alta complexidade, a atuação do HULW ainda é tímida nessas áreas, concentrando seus esforços e seus recursos na baixa complexidade, situação ocasionada pela própria demanda

desse tipo de serviço. A causa apontada para a questão é que a rede de atenção não funciona como deveria. Por sua vez, os recursos da contratualização são considerados insuficientes e ainda não se promoveram meios de obter uma ampliação desses recursos.

Desafios, como a convivência entre servidores estatutários e celetistas e o bom relacionamento entre a área operacional e o setor administrativo, têm sido tratados pelo hospital por meio de modos convencionais de coordenação, como o início do processo de padronização de escalas, de medicamentos, de tratamentos e de procedimentos cirúrgicos e não convencionais de coordenação, como a implantação de serviços multifuncionais visando a melhoria da qualidade de vida do corpo funcional e a humanização do atendimento. Todavia, tais processos estão ainda em fase inicial. Haja vista a complexidade organizacional que caracteriza o hospital, as medidas de coordenação apontadas carecem, portanto, de maior atenção da governança e do próprio corpo funcional, principalmente os especialistas.

Os mecanismos de coordenação necessitam ser monitorados, pois podem apresentar falhas, como a apontada, relacionada à disputa de poder entre a área de atenção à saúde e a área de ensino e pesquisa. Inclui-se ainda a gerência administrativa nesse grupo, responsável por manter a estrutura do hospital.

Com a identificação das causas da mudança na gestão do HULW, a compreensão da visão dos atores envolvidos nessa gestão e a compreensão do impacto das mudanças na gestão do hospital foi possível compreender as transformações ocorridas no HULW com o advento da EBSERH.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. **Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da Administração Pública à luz da experiência internacional recente**. In: Luis Carlos Bresser Pereira; Peter Spink. (Org.). Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. 7 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006, p. 173-199;

ANDREAZZI, M. F. S. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): Inconsistências à luz da reforma do Estado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol. 37 (2), p. 275-284, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022013000200016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 Nov. 2015;

AZEVEDO, C. S. Gestão hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública – FGV**. Rio de Janeiro, n. 29 (3), p. 33-58. JUL./SET. 1995. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8182/6987>> Acesso em 20 set. 2016;

AZEVEDO, D. M.; COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Uso do ALCESTE na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem. **Revista de Enfermagem – UFPE on line**. Recife, Vol. 7. N. 7. Jul. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3297/pdf_3089> Acesso em 14 fev. 2017;

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977;

BARROS, Renata Tenório de. **Empresa brasileira de serviços hospitalares: uma análise sobre sua gestão no contexto institucional do hospital das clínicas da UFPE**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife;

BOWDITCH, James L. E BUONO, Anthony F. **Elementos de comportamento organizacional**. São Paulo: Pioneira, 1997;

BRASIL, Congresso Nacional/ **EMI nº 00383/2010/MP/MEC**, dezembro 2010;

BRASIL, Congresso Nacional/ **EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC**, junho 2011;

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>;

BRASIL. **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>;

BRASIL. **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>;

BRASIL. **Medida Provisória nº MP 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>;

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012;**

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>;

BRASIL. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>;

BRASIL, **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE)**. Brasília: Presidência da República. Imprensa Oficial, Setembro 1995;

BRASIL. **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. Diário Oficial da União, 26 abr. 2012., Seção I;

BRASIL. **Portaria nº 34**, de 21 de agosto de 2012. Torna público que o Conselho de Administração aprovou o Regimento Interno da Empresa que dispõe, dentre outros aspectos, das instâncias de governança, da estrutura organizacional, das competências dos órgãos de administração e fiscalização e do contrato de adesão. Diário Oficial da União, 22 ago. 2012, Seção I;

BRASIL. **Portaria nº 35**, de 22 de agosto de 2012. Torna pública a aprovação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários da EBSEH pelo Conselho de Administração, em reunião realizada em 31 de julho de 2012, e pelo Departamento de Coordenação e Governança das Empresas Estatais - DEST do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, nos termos do art. 1º, inciso IV, do Decreto nº 3.735/2005. Diário Oficial da União, 23 ago. 2012, Seção I;

BRASIL. **Portaria nº 125**, de 11 de dezembro de 2012. Delega competência aos Superintendentes dos Hospitais Universitários administrados pela EBSEH para a prática dos atos de gestão que especifica. Diário Oficial da União, 13 dez. 2012, Seção I;

BRASIL. **Portaria MS nº 2.488**, 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 2 abr. 2017.

BRASIL. **Portaria Interministerial MEC/MS 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. Diário Oficial da União, 16 abr. 2004, Seção I;

BRASIL. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 1006/2004, 27/05/2004**. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, 28 mai. 2004, Seção I;

BRASIL. **Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/MPOG nº 562/2003**, de 23 de maio de 2003. Constitui a Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou reformular a política nacional para o setor. Diário Oficial da União, 26 mai. 2003, Seção I;

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública** / Tribunal de Contas da União. Versão 2 - Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014;

BRASIL, Tribunal de Contas da União/ **Processo nº TC 032.519/2014-1**, 2015; Cartilha de perguntas e respostas EBSERH. Disponível em http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/publicacoes/cartilha_final.pdf (acesso em 16 Out 2014);

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Administração pública gerencial: estratégia e estrutura para um novo estado**. Brasília: Enap, 1996;

_____. **A reforma do estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle**: Enap, 1997;

_____. Democracia, Estado social e reforma gerencial. **Revista de Administração de Empresas** (RAE), São Paulo, v. 50, n. 1, p. 112-116, jan/mar de 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rae/v50n1/a09v50n1.pdf>. Acesso em: 19 Mar. 2016;

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007. P.849-859.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2a. Ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 293-319.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto: Edições Afrontamento; 1997;

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. A reforma setorial do Estado brasileiro na década de 1990: eficiência e privatização? Um estudo num hospital público universitário. **Revista de Administração Pública (RAP)** Rio de Janeiro 37(2):313-33, Mar./Abr. 2003. Disponível em <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6489/5073>>. Acesso em 21 Set. 2016;

Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ata da 91ª reunião ordinária do CNS. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_99.htm>. Acesso em: 12 Abr. 2017.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010;

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. **Avanços e retrocessos do direito à saúde no Brasil: uma esperança equilibrada**. Mestrado em Política Social. Brasília: Universidade de Brasília, 2014.

DI CESARIS, Luis E. U. **Reconceitualizando o Institucionalismo Histórico: *path dependence*, agência e mudança institucional**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo;

Diretrizes para implantação dos núcleos e planos de segurança do paciente nas filiais EBSEH. Disponível em http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/publicacoes/diretriz_ebserh_implant_seguranca_paciente.pdf . Acesso em 16 Out.2014;

ETZIONI, Amitai. **Organizações modernas**. Tradução: Miriam L. Moreira Leite. São Paulo: Livraria Pioneira, 1972;

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. DE O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12 no.4 Rio de Janeiro Jul/Ago de 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400018>>. Acesso em: 10 Jul. 2016;

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Tradução Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009;

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 4. ed. 1984;

GIL, A. Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002;

GODOI, Christiane K.; BANDEIRA-DE-MELLO, Rodrigo, SILVA, Anielson. **Pesquisa Qualitativa em estudos organizacionais – paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2006;

GOMES, K. K. S.; OLIVEIRA, L. C.; ZANELLA, A. K. B. B.; MAIA, L. F. R. B. Novo modelo de gestão para hospitais universitários: percepção dos profissionais de saúde. **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 283-298, jul/dez de 2014. Disponível em:

<<http://periodicos.bc.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634910>>. Acesso em: 31 Ago. 2015;

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. **As três versões do neo-institucionalismo**. Lua Nova [online] nº 58, p. 193-223, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ln/n58/a10n58.pdf>>. Acesso em 4 Abr. 2016;

HARVEY, David. **O neoliberalismo - história e implicações**. São Paulo: Edições Loyola, 2008;

HORTALE, V. A.; DUPRAT, P. O contrato de gestão na reforma do subsistema hospitalar francês: contribuição à discussão sobre a descentralização dos serviços de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública (RAP)**. Rio de Janeiro, n(2) 7-22. MAR /ABR 1999. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7648/6193>> Acesso em 21 Set. 2016;

IBAÑEZ, N.; NETO, G. V. Modelos de gestão e o SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 12 (sup), nov de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000700006&script=sci_arttext> Acesso em: 05 Nov. 2015;

LASCOUMES, Pierre; LE GALÈS, Patrick. **Sociologia da ação pública**. Maceió: Edufal, 2012;

LIMA, Luci Praciano. **O desafio gerencial da multi-institucionalidade dos hospitais universitários: o caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco**. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 2004. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000322287&fd=y>. Acesso em 03 mai. 2016;

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; GERASSI, C. D., **O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica**. In: MATTOS, R. A., BAPTISTA, T. W. de F. (Orgs.). Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015;

LIMA-GONÇALVES, Ernesto. Administração hospitalar: condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **RAE eletrônica**, v.1, n. 2, Jul./Dez., 2002.

LOIOLA *ET AL*, Elizabeth. **Dimensões básicas de análise das organizações**. In: ZANELLI, José Carlos, BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo e BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt (Orgs.). Psicologia, organizações e trabalho no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2004;

MALIK, A. M.; VECINA NETO, G. **Desenhando caminhos alternativos para a gerência de serviços de saúde**. São Paulo, 1991. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_nona_vol_2.pdf>. Acesso em 28 set. 2016;

MARQUES, E. C. Notas críticas à literatura sobre estado, políticas estatais e atores políticos. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)**, Rio de Janeiro,

n. 43, 1.º semestre de 1997. Disponível em: <http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=121&limit=20&limitstart=0&order=hits&dir=DESC&Itemid=293> acesso em 5 out. 2016;

MENDES, V. L. P. S.; RIBEIRO JÚNIOR, H. C. Gestão Pública por Resultados: Contrato de Gestão como indutor de Melhorias em Hospitais Universitários. **XXXIV Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro, setembro de 2010. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_2010/APB/2010_APB2257.pdf>. Acesso em 13 mai. 2016;

MICHAEL, Harmon; M. MAYER, Richard T. **Teoria de la organización para la administración pública**. Fondo de Cultura Económica. Mexico, 1999;

MINAYO, Maria Cecília S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2009;

MINOTTO, Ricardo. **A estratégia em organizações hospitalares**. 2a. Ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995;

MOTTA, F. C. P. O estruturalismo na teoria das organizações. **Revista de Administração de Empresas (ERA)-FGV**. Rio de Janeiro, nº 10 (4): 23-41. Out./Dez. 1970. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v10n4/v10n4a02.pdf>> Acesso em 12 set. 2016;

OLIVEIRA, Gabriela de Abreu. **A compatibilidade dos princípios e modelo de estado que subjazem ao sus e a ebserh (empresa brasileira de serviços hospitalares)**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre;

OSBORNE, David; GAEBLER, Ted. **Reinventando o governo - como o espírito empreendedor está transformando o setor público**. Brasília, MH Comunicação, 1994;

PARK, Kil H. **Introdução ao estudo da administração**. São Paulo: Pioneira, 1997;

PARSONS, C. **How to map arguments in political science**. Oxford, Nova Iorque: Oxford University Press, 2007;

PIERSON, P.; SKOCPOL, T. El institucionalismo histórico en la ciencia política contemporánea. **Revista Uruguaya de Ciencia Política**, vol. 17, n. 1, dezembro, 2008, pp. 7-38. Instituto de Ciencia Política Montevideo, Uruguay. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297322673001>>. Acesso em 17 set. 2016;

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 1998.

RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1985;

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. Rio de Janeiro: LTC, 1999;

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo, Cortez, 2000;

SODRÉ, F.; LITTIKE, D.; DRAGO, L. M. B.; PERIM, M. C. M. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr/jun de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200009>. Acesso em: 31 ago. 2015;

SOUZA, Antonio Ricardo. Configurando Dimensões Organizacionais e Modelos de Gestão Pública: em Busca de um Instrumento de Análise de Gestão para as Agências Reguladoras. Encontro de Administração Pública e Governança, **ANPAD**, São Paulo, 22 a 24 de novembro de 2006. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnAPG/enapg_2006/2006_ENAPG13.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2016;

SOUZA, R. G.; BODSTEIN, R. C. A. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 481-492, 2002. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23\(1\)018.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23(1)018.pdf)> Acesso em 15 set. 2016;

THELEN, Kathleen; STEINMO, Sven. **Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis**. Cambridge University Press. Cambridge, 1992;

THÉRET, B. As instituições entre as estruturas e as ações. **Lua Nova [online]**, v. 58, p. 225-255, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ln/n58/a11n58.pdf> >. Acesso em 12 set. 2016;

VIANNA, M.L.T.W. As batatas de Pirro. Comentários sobre as regras institucionais, constrangimentos macroeconômicos e inovação do sistema de proteção social brasileiro nas décadas de 1990 e 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.3, p.707-719, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/03.pdf>>. Acesso em 15 set. 2016;

WAGNER III, John A. E HOLLENBECK, John R. **Comportamento organizacional: criando vantagem competitiva**. São Paulo: Saraiva, 1999;

WEBER, L.; GRISCI, C. L. I. Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias Intermediárias em contexto hospitalar. **Cadernos EBAPE**, v. 8, nº 1, artigo 4, Rio de Janeiro, mar. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/cebape/v8n1/a04v8n1.pdf>>. Acesso em 2 set. 2016;

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2006.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Duração da entrevista:

Entrevistador:

Identificador para o entrevistado:

Cargo/função do entrevistado:

Exerce o cargo/função desde:

Particularidades ocorridas na entrevista:

1. Processo de transição da gestão do HULW, da UFPB para a EBSEH;
2. Críticas à criação da EBSEH. Origem das críticas. Concordância com as críticas;
3. Razão da criação da EBSEH;
4. Mudanças no planejamento das atividades de ensino, pesquisa e extensão;
5. Alteração na forma de atendimento do hospital, no que se refere ao alcance do público alvo;
6. Modelo de avaliação de desempenho. Instrumentos de controle de resultados;
7. Preocupação com eficiência x resultados;
8. Impacto da EBSEH no REHUF;
9. Autonomia universitária;
10. Privatização/dupla porta;
11. Terceirização;
12. Natureza jurídica da EBSEH X pressupostos da reforma do Estado;
13. Ampliação das possibilidades de financiamento;
14. Acompanhamento do contrato de gestão;
15. Regime celetista de pessoal;
16. Gestão do hospital: contexto neoliberal x atrelada ao SUS;
17. Controle do núcleo operacional. Papel do gerente;
18. Integração da atividade dos especialistas e do pessoal de apoio administrativo;
19. Desafios por que passou e tem passado o HULW.

APÊNDICE B

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “Análise das Mudanças Ocorridas no Processo de Gestão do HULW ocasionadas pelo Advento da EBSEH” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, o pesquisador Kayo Roberto Vieira, orientando da Prof.^a Dra. Dinah dos Santos Tinoco, a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso do pesquisador acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

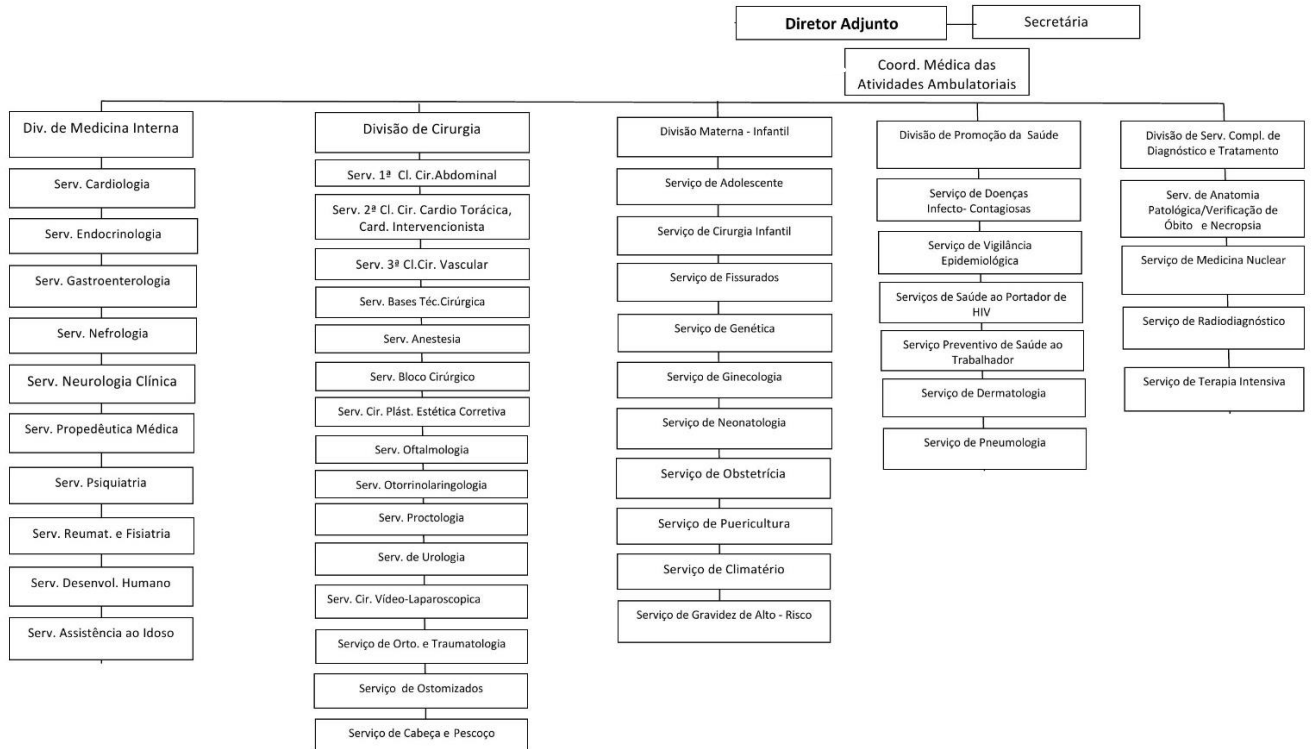
1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador da pesquisa, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

João Pessoa, ___/___/2016.

Assinatura do participante da pesquisa

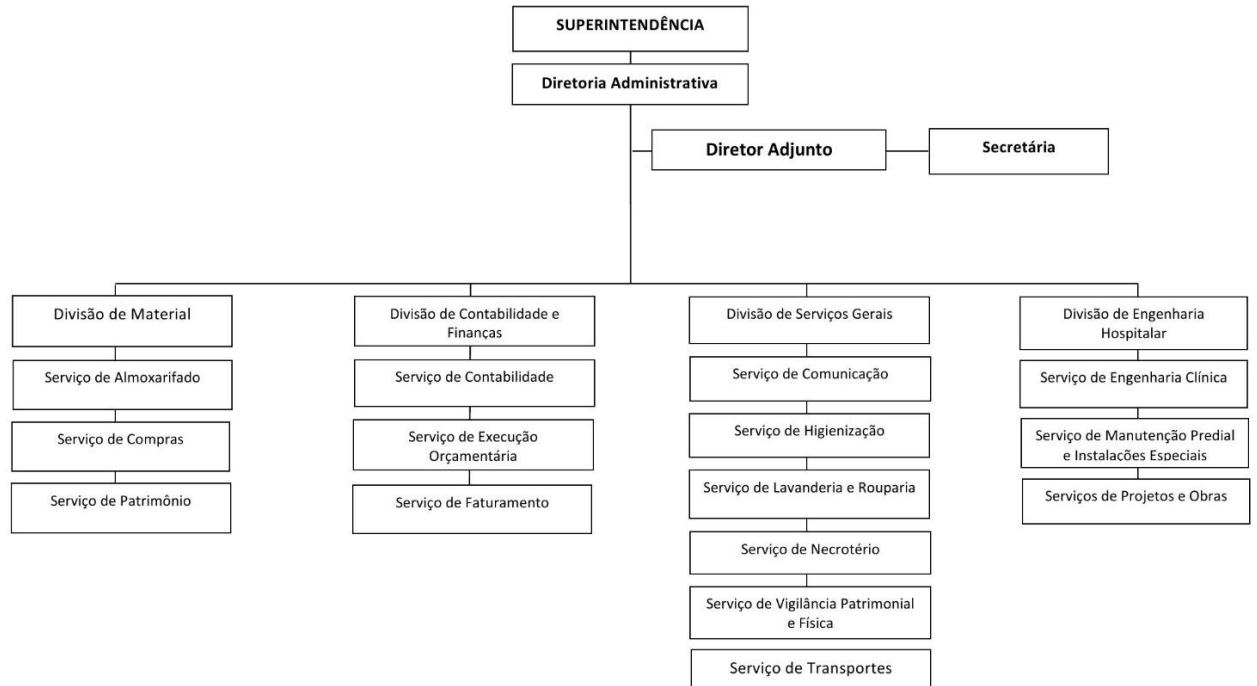
Assinatura do pesquisador responsável

Figura 10: Organograma da Diretoria Médico Assistencial do HULW antes da EBSERH



Fonte: Plano de reestruturação do HULW, 2013.

Figura 11: Organograma da Diretoria Administrativa do HULW antes da EBSERH



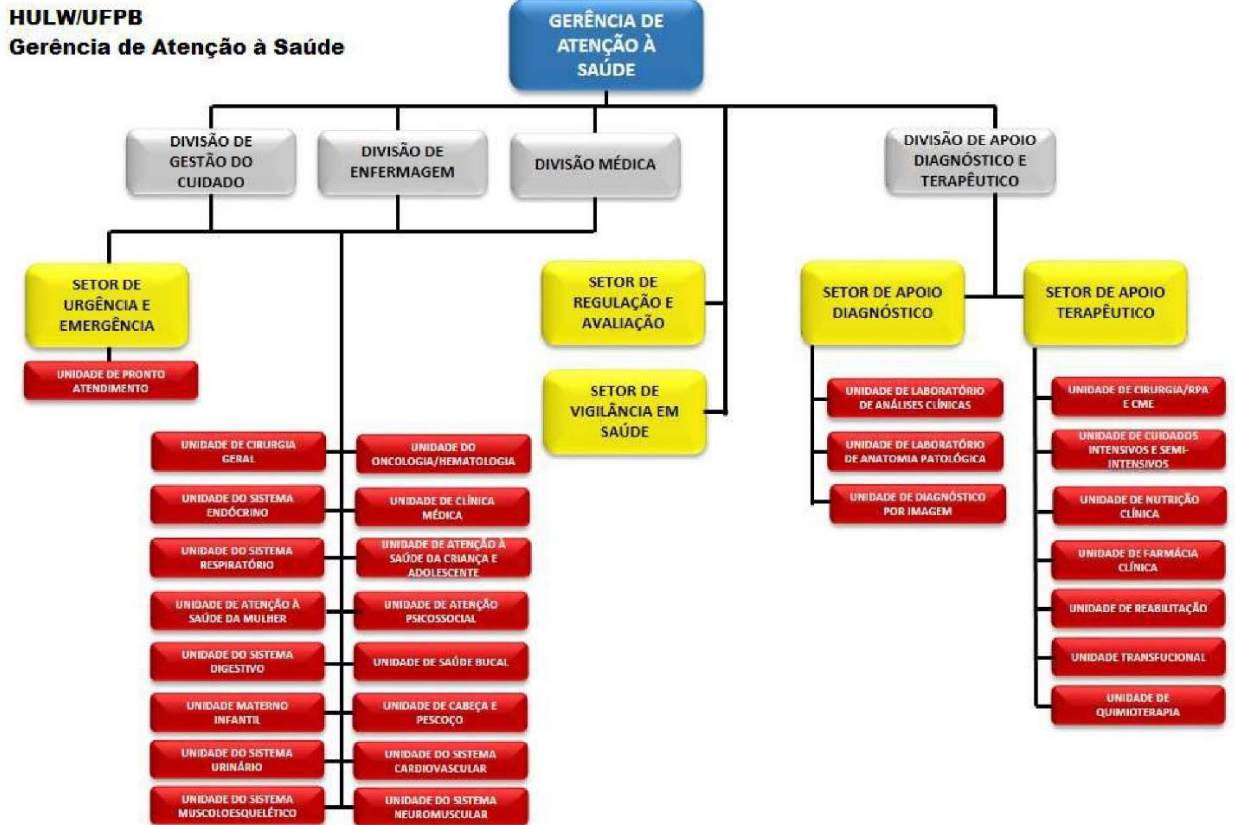
Fonte: Plano de reestruturação do HULW, 2013.

Figura 12: Organograma Geral do HULW após a EBSERH



Fonte: Plano de reestruturação do HULW, 2013.

Figura 13: Organograma da Gerência de Atenção à Saúde do HULW após a EBSERH



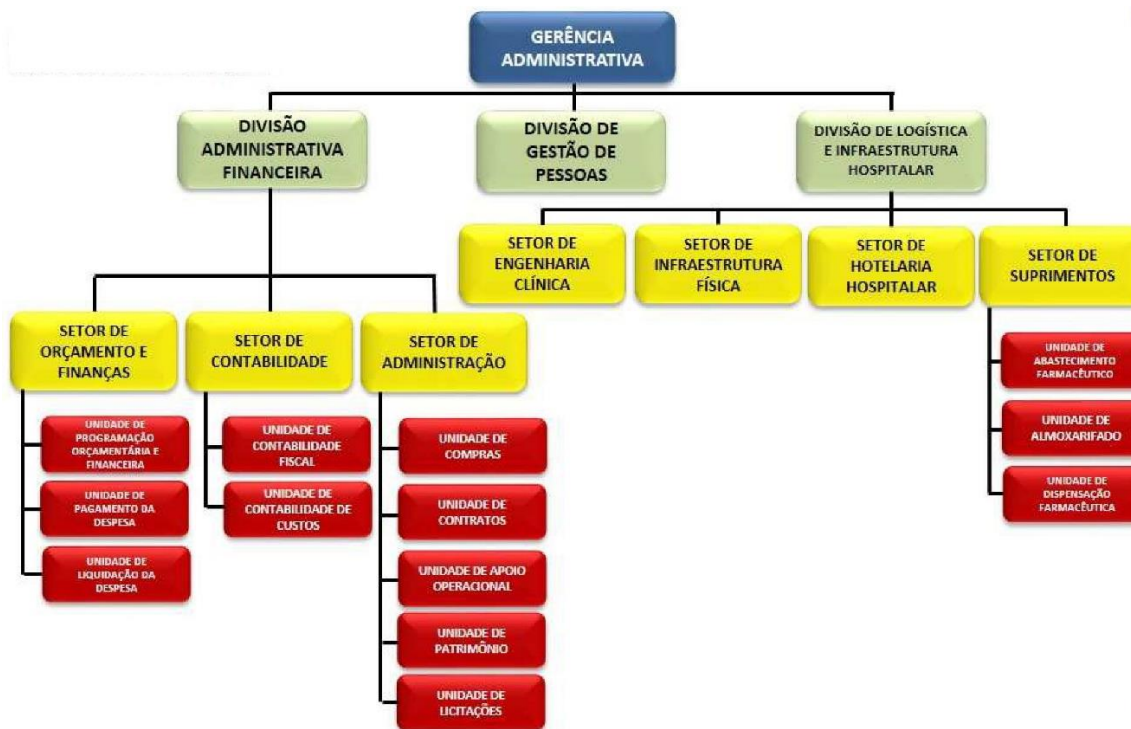
Fonte: Plano de reestruturação do HULW, 2013.

Figura 14: Organograma da Gerência de Ensino e Pesquisa do HULW após a EBSEH



Fonte: Plano de reestruturação do HULW, 2013.

Figura 15: Organograma da Gerência Administrativa do HULW após a EBSEH



Fonte: Plano de reestruturação do HULW, 2013.