

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES
PÚBLICAS**

Ana Paula da Costa Mayer

**IMPACTOS NOS NÍVEIS DE EFICIÊNCIA NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: ANTES E APÓS A
CONTRATAÇÃO DA EBSERH**

**Santa Maria, RS
2018**

Ana Paula da Costa Mayer

**IMPACTOS NOS NÍVEIS DE EFICIÊNCIA NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: ANTES E APÓS
A CONTRATAÇÃO DA EBSERH**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas.**

Orientador: Prof. Dr. Daniel de Arruda Coronel

Santa Maria, RS
2018

da Costa Mayer, Ana Paula
Impactos nos níveis de Eficiência no Hospital
Universitário de Santa Maria: antes e após a contratação
da EBSEH / Ana Paula da Costa Mayer.- 2018.
156 p.; 30 cm

Orientador: Daniel Arruda Coronel
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, RS, 2018

1. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares 2.
Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais 3.
Eficiência I. Arruda Coronel, Daniel II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

©2018

Todos os direitos autorais reservados a Ana Paula da Costa Mayer. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

Endereço: Estrada Norberto José Kipper, n. 1040, Bairro Camobi, Santa Maria, RS, CEP: 97110-570

Fone (055)55 3286 3814; E-mail: anapaulacostamayer@gmail.com

Ana Paula da Costa Mayer


**IMPACTOS NOS NÍVEIS DE EFICIÊNCIA NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: ANTES E APÓS
A CONTRATAÇÃO DA EBSEH**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas.**

Aprovado em 18 de julho de 2018:



Daniel Arruda Coronel, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientador)



Reisoli Bender Filho, Dr. (UFSM)



Mygre Machado Lopes, Dra.

Santa Maria, RS
2018

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à minha família, em especial aos meus filhos,
pelo constante apoio, carinho e compreensão
nos momentos de ausência dedicados aos estudos nos dois últimos anos.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida.

Aos meus pais, Paulo (In memoriam) e Marlene, pelos ensinamentos e valores transmitidos e pelo amor incondicional.

Aos meus filhos Luísa, Thaís e Davi, pela compreensão e carinho. Ao meu companheiro de caminhada, Orion, pelo apoio e dedicação em horas de aprendizado mútuo e incentivo em todos os momentos.

Ao meu orientador, Professor Dr. Daniel Arruda Coronel, por me ajudar com todo seu conhecimento nesta etapa tão desafiadora, pela paciência, atenção, tranquilidade e dedicação em me orientar.

Aos colegas do Departamento de Contabilidade e Finanças da UFSM e do Setor de Estatística do HUSM, pela incansável colaboração e disposição em contribuir para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos colegas de mestrado, pela amizade, por compartilharem alegrias, angústias e momentos de descontração durante todo este percurso.

Aos familiares e amigos que estiveram ao meu lado durante esta caminhada, agradeço pela amizade, companhia e incentivo.

Enfim, dedico minha profunda gratidão a todos que estiveram ao meu lado durante esta caminhada.

RESUMO

IMPACTOS NOS NÍVEIS DE EFICIÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: ANTES E APÓS A CONTRATAÇÃO DA EBSEH

AUTOR: Ana Paula da Costa Mayer
ORIENTADOR: Daniel Arruda Coronel

Os hospitais universitários federais (HUFs) são organizações que exercem papel fundamental na rede brasileira de assistência à saúde, sobretudo por terem como pressupostos a atenção à saúde de média e alta complexidade, o desenvolvimento e formação de profissionais no campo da saúde pública, por meio do ensino, da pesquisa e da extensão. Os HUFs fazem parte da estrutura organizacional das instituições federais de ensino superior. São vinculados ao Ministério da Educação por seu caráter de ensino e ao Ministério da Saúde pela vinculação ao sistema de saúde pública. Entretanto, em decorrência da crise no sistema de saúde que atingiu os hospitais universitários, foi criado, em 2010, o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), uma proposta do governo que visava garantir a recuperação física e tecnológica, e a reestruturação do quadro de recursos humanos das unidades hospitalares. Como uma das ações do REHUF, foi criada, em 2011, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), uma alternativa do governo federal para solucionar os problemas enfrentados na gestão dos hospitais universitários federais, sendo atualmente responsável pela gestão de 40 dos 50 hospitais vinculados a 35 instituições federais de ensino superior. Partindo do pressuposto que a empresa criada tem como meta sanar problemas que originaram a crise nos HUFs, o objetivo principal da pesquisa foi responder a seguinte questão: as mudanças ocorridas a partir da contratação da EBSEH tornaram o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) mais eficiente, sobretudo no que tange ao seu desempenho e à eficiência técnica? Adotou-se a metodologia pesquisa narrativa, de natureza aplicada, com abordagem qualitativa e quantitativa, de caráter exploratório e descritivo, utilizando-se de múltiplas técnicas: pesquisa bibliográfica, documental, pesquisa de campo nas unidades do HUSM e da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), buscas na *internet* e em sistemas do Governo Federal. O estudo foi realizado no HUSM, unidade subordinada à UFSM e um dos hospitais sob a gestão da EBSEH. Além da pesquisa comparativa entre os vários aspectos que circundam o funcionamento do HUSM, no período da pesquisa, foi aplicada a Análise Envoltória de Dados (DEA), como forma de aferição dos índices de eficiência técnica na gestão hospitalar do HUSM antes e após contratação da EBSEH entre 2007 e 2016. Embora o resultado da aplicação do método DEA tenha indicado que seis das dez *decision making units* (DMUs) (2007 a 2016) encontram-se na fronteira da eficiência, e, destas 6, a DMU mais eficiente tenha sido o ano de 2011, todo o contexto analisado (estrutura, processos e pessoas), bem como os resultados encontrados, indicam tendência de melhoria da eficiência técnica, principalmente pela equalização dos macroproblemas diagnosticados, como o quadro de pessoal, infraestrutura física e tecnológica e de processos organizacionais.

Palavras-chave: EBSEH. Reestruturação HUFs. Eficiência.

ABSTRACT

IMPACTS IN THE LEVELS OF EFFICIENCY IN THE SANTA MARIA UNIVERSITY HOSPITAL: BEFORE AND AFTER EBSEH'S HIRING

AUTHOR: Ana Paula da Costa Mayer

ADVISOR: Daniel Arruda Coronel

Federal University Hospitals (HUFs) are organizations that play a fundamental role in the Brazilian health care network, mainly because they have medium and high complexity health care and the development and training of professionals in the public health area, through education, research and extension, as assumptions. HUFs are part of the Brazilian organizational structure of federal higher education institutions. They are linked to the Ministry of Education for its teaching aspect and to the Ministry of Health for linking to the public health system. However, as a result of the economic crisis in the health system that affected Brazilian university hospitals in 2010, the National Federal University Hospitals Restructuring Program (REHUF) was created, consisting of a government proposal aimed at guaranteeing the physical recovery and the restructuring of the human resources framework in the hospitals. As one of the actions of REHUF, in 2011, the Brazilian Hospital Services Company (EBSERH) was created, an alternative of the federal government to solve the problems faced in the management of federal university hospitals. Nowadays, this company is responsible for the management of 40 of the 50 hospitals, linked to 35 federal higher education institutions. Based on the assumption that the company created aims to solve problems that resulted in the crisis in the HUFs, the main objective of this research was to answer the following question: the changes that have occurred since the contracting of EBSERH have made the University Hospital of Santa Maria (HUSM) more efficient, especially in terms of performance and technical efficiency? The methodology used was the narrative research, with applied nature, and quantitative and qualitative approach, exploratory and descriptive character, using the following techniques: bibliographical and documentary research, field research at HUSM's and Federal University of Santa Maria's (UFSM) units, searches on the internet and federal government systems. The study was conducted at HUSM, a unit subordinate to UFSM and one of the hospitals under the management of EBSERH. In addition to the comparative research between the various aspects that surrounds the operation of HUSM, Data Envelopment Analysis (DEA) was applied in the period of the research, as a way of assessing the technical efficiency indices in the HUSM's management before and after EBSERH's hiring, between 2007 and 2016. Although the results of the application of the DEA method have indicated that six of the ten decision making units (DMUs) (2007 to 2016) are at the efficiency frontier, and, of these 6, the most efficient DMU was in 2011, all the context analyzed (structure, processes and people), as well as the results of the research, indicates a tendency to improve technical efficiency, mainly by equalizing the diagnosed macroproblems, such as the personnel, physical and technological infrastructure and processes organizations.

Keywords: EBSERH. Restructuring of HUFs. Efficiency.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
CAP	<i>Inputs</i> de Capital
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CRS	<i>Constant Returns to Scale</i>
DEA	Análise Envoltória de Dados
DMU	<i>Decision Making Unit</i>
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FATEC	Fundação de Apoio à Tecnologia e Ciência
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Pesquisa Universitária em Saúde
FIN	<i>Inputs</i> Financeiros
HE	Hospitais de Ensino
HUFs	Hospitais Universitários Federais
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
INTPAC	Internações e Procedimentos de Alta Complexidade
MEC	Ministério da Educação
MPU	Ministério Público da União
MS	Ministério da Saúde
PAC	Procedimentos de Alta Complexidade
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
REHUF	Programa de Reestruturação de Hospitais Universitários Federais
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento e Conduta
TCU	Tribunal de Contas da União
TRAB	<i>Inputs</i> de Trabalho
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
VRS	Variable Returns to Scale

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação de uma DMU	48
Figura 2 – Organograma Geral HUSM/UFMS	62
Figura 3 – Valores repassados à FATEC.....	85
Figura 4 – Mapa conceitual da transição de gestões no HUSM.....	89
Figura 5 – Organograma geral EBSEH/HUSM.....	91
Figura 6 – Organograma da Gerência Administrativa.....	93
Figura 7 - Eficiência do HUSM no período de 2007 a 2016.....	113
Figura 8 – Monitoramento das Atividades do PDE 2014-2016	120
Figura 9 – Composição da força de trabalho no período de 2007 à 2016.....	122
Figura 10 – Recursos não repassados ao HUSM por rejeição de contas.....	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Capacidade de leitos hospitalares	67
Tabela 2 – Produção em serviços de saúde	68
Tabela 3 – Indicadores hospitalares	69
Tabela 4 – Processos por modalidade de licitação	72
Tabela 5 – Saldo anual de estoques na Gestão UFSM/HUSM.....	74
Tabela 6 – Bens de uso permanente	75
Tabela 7 – Quantitativo de servidores públicos.....	76
Tabela 8 – Média anual de contratos temporários com a FATEC.....	76
Tabela 9 – Residentes médicos e multiprofissionais	77
Tabela 10 – Créditos orçamentários no período de 2008 a 2013	81
Tabela 11 – Receita da contratualização – parte variável	81
Tabela 12 – Recursos do REHUF no período de 2010 a 2013.....	82
Tabela 13 – Despesas realizadas por grupo de natureza da despesa	83
Tabela 14 – Quantitativo de servidores públicos.....	97
Tabela 15 – Empregados públicos EBSERH	98
Tabela 16 – Média anual de contratos temporários com a FATEC.....	99
Tabela 17 – Residentes médicos e multiprofissionais	99
Tabela 18 – Capacidade de leitos hospitalares	101
Tabela 19 – Indicadores hospitalares	103
Tabela 20 – Despesas realizadas por modalidade de licitação na UG 153.610.....	104
Tabela 21 – Bens de uso permanente adquiridos na Gestão EBSERH/HUSM.....	105
Tabela 22 – Bens de uso permanente	106
Tabela 23 – Saldos de estoques na Gestão EBSERH/HUSM	106
Tabela 24 – Créditos orçamentários no período de 2014 a 2016	108
Tabela 25 – Recursos do REHUF	108
Tabela 26 – Despesas realizadas por grupo de natureza da despesa	109
Tabela 27 – Receita da produção de serviços de média e alta complexidade	110
Tabela 28 – Eficiência Modelo BCC orientada a <i>ouputs</i>	110

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese da Revisão da Literatura.....	40
Quadro 2 – Objetivos e métodos empregados	53
Quadro 3 – <i>Inputs e outputs</i> no DEA	54
Quadro 4 – Forças e limitações da Análise Envoltória de Dados	57
Quadro 5a – Macroproblemas identificados no Plano Diretor Estratégico	95
Quadro 5b – Macroproblemas identificados no Plano Diretor Estratégico.....	95
Quadro 5c – Macroproblemas identificados no Plano Diretor Estratégico	95
Quadro 6 – Cargos/Funções Gestão UFSM/HUSM.....	117
Quadro 7 – Cargos com funções na Gestão EBSEH/HUSM.....	118
Quadro 8 – Comparativo entre identidades organizacionais HUSM e EBSEH.....	117

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	16
1.2 OBJETIVOS	18
1.2.1 Objetivo geral	18
1.2.2 Objetivos específicos	18
1.3 JUSTIFICATIVA	18
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 A RELAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO COM O SUS.....	22
2.2 A CRISE DE FINANCIAMENTO E DE GESTÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	26
2.3 REHUF e EBSEERH	30
2.4 EFICIÊNCIA E EFICÁCIA NO SERVIÇO PÚBLICO	34
3 METODOLOGIA	41
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	43
3.2 UNIDADE DE ANÁLISE.....	44
3.3 TÉCNICA DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS	45
3.4 MODELO ANALÍTICO	46
3.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS	53
3.6 LIMITAÇÕES DO MÉTODO	56
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
4.1 ANTECEDENTES À CONTRATAÇÃO DA EBSEERH	59
4.1.1 Visão geral do Hospital Universitário de Santa Maria	59
4.1.2 Estrutura organizacional	61
4.1.3 Evolução do Planejamento Estratégico no HUSM	63
4.1.4 Estrutura física, tecnológica e de pessoas	65
4.1.4.1 Área física.....	65
4.1.4.2 Capacidade hospitalar.....	66
4.1.4.3 Produção assistencial.....	68
4.1.4.4 Gestão patrimonial.....	71
4.1.4.5 Gestão de pessoas	75
4.1.5 Gestão orçamentária e financeira	78
4.2 GESTÃO EBSEERH	85
4.2.1 Plano de Reestruturação do HUSM	86
4.2.2 Implantação da Gestão da EBSEERH no HUSM	87
4.2.2.1 Transição para a Gestão EBSEERH	88
4.2.3 Estrutura organizacional EBSEERH/HUSM	91
4.2.4 Plano Diretor Estratégico EBSEERH/HUSM	94
4.2.5 Gestão de pessoas	96
4.2.6 Infraestrutura física e tecnológica	101
4.2.7 Gestão patrimonial	103
4.2.8 Gestão orçamentária e financeira	107
4.3 ANÁLISE DA EFICIÊNCIA TÉCNICA NO HUSM DE 2007 A 2016	110
4.4 ANÁLISE DAS PRINCIPAIS MUDANÇAS NO HUSM APÓS IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO COMPARTILHADA COM A EBSEERH	114
4.4.1 Comparativo entre as estruturas organizacionais do HUSM	115
4.4.2 Análise comparativa entre o planejamento estratégico nas duas gestões	118

4.4.3 Análise comparativa da gestão de pessoas, na Gestão UFSM/HUSM e Gestão EBSEH/HUSM.....	121
4.4.4 Análise comparativa da gestão patrimonial, na Gestão UFSM/HUSM e Gestão EBSEH/HUSM.....	123
4.4.5 Análise comparativa da infraestrutura tecnológica, na Gestão UFSM/HUSM e Gestão EBSEH/HUSM.....	124
4.4.6 Análise comparativa da gestão orçamentária e financeira, na Gestão UFSM/HUSM e Gestão EBSEH/HUSM.....	124
5 CONCLUSÕES.....	127
REFERÊNCIAS.....	129
ANEXO 1 – ORGANOGAMA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – 1990....	139
ANEXO 2 – ORGANOGAMA DA UFSM - 2013.....	140
ANEXO 3 – ORGANOGAMA DA DIRETORIA CLÍNICA.....	141
ANEXO 4 – ORGANOGAMA DA DIRETORIA ADMINISTRATIVA.....	142
ANEXO 5 – ORGANOGAMA DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM.....	143
ANEXO 6 – GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	144
ANEXO 7 – GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA.....	145
ANEXO 8 – TABELA RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS DO HUSM NAS GESTÕES UFSM/HUSM E EBSEH/HUSM.....	145
ANEXO 9 – TABELA RECEITA DA CONTRATUALIZAÇÃO NAS GESTÕES UFSM/HUSM E EBSEH/HUSM.....	147
ANEXO 10 – TABELA SALDO ANUAL DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DE USO PERMANENTE DO HUSM NAS GESTÕES UFSM/HUSM E EBSEH/HUSM.....	148
ANEXO 11 – TABELA SALDO ANUAL DE ESTOQUES DO HUSM NAS GESTÕES UFSM/HUSM E EBSEH/HUSM.....	149
ANEXO 12 – TABELA DESPESAS DO HUSM POR GRUPO DE NATUREZA DA DESPESA NAS GESTÕES UFSM/HUSM E EBSEH/HUSM.....	150

1 INTRODUÇÃO

Os hospitais de ensino são instituições de saúde ligadas às universidades públicas ou privadas. Foram criados para atender à necessidade de ensino prático das escolas médicas e, com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), passaram a exercer também a assistência à saúde da população em geral, tendo como finalidade desenvolver um sistema de ensino, pesquisa e extensão por meio de assistência à comunidade na área da saúde.

Nesse contexto, estão inseridos os hospitais universitários federais (HUFs), cuja finalidade consiste em exercer o ensino, a pesquisa e a extensão por meio da assistência à saúde. Os HUFs são subordinados à instituição federal de ensino superior (IFES) à qual estão vinculados, ao Ministério da Educação (MEC), por sua frente de ensino, e ao Ministério da Saúde (MS), pela vinculação ao sistema de saúde pública. Por se tratarem de entidades sem fins lucrativos, cumprem, ainda, a missão social de oferecer, de forma gratuita, serviços de saúde de média e alta complexidade à população. Porém, em decorrência da crise na saúde iniciada na década de 1990, os HUFs passaram a ser vistos como instituições ineficientes e com sérios problemas de gestão.

Diante disso, para solucionar os problemas de financiamento e de gestão dos hospitais universitários, o Governo Federal passou a implementar programas de aporte financeiro, material e de recursos humanos, e a indução de melhorias gerenciais, como a Política Nacional de Certificação dos Hospitais de Ensino e o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). Essas medidas visavam à excelência dos hospitais de ensino na assistência, no ensino e na pesquisa, mediante o estabelecimento de metas gerenciais que garantissem a melhor utilização dos recursos para a consecução de suas missões.

Como estratégia do REHUF para a reestruturação, maior autonomia no uso dos recursos, legalização dos contratos de trabalho e aprimoramento do processo de gestão dos hospitais de ensino integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), surgiu a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Desde então, a empresa ganhou espaço entre as IFES e, ao final de 2016, 40 dos 50 HUFs, vinculados a 35 IFES, já estavam sob sua gestão.

Considerando tais aspectos, a pesquisa aqui apresentada tem como objeto de estudo o Hospital Universitário de Santa Maria, antes e após o processo de implantação da Gestão EBSERH. Neste sentido foram analisadas as principais mudanças introduzidas na gestão do HUSM, seu desempenho e eficiência. Estudos de eficiência são amplamente utilizados para a avaliação de desempenho dos diversos setores da economia. No setor público, são utilizados para mensurar o grau de eficiência das metas e dos programas governamentais, de aplicação

dos recursos orçamentários e financeiros, no aprimoramento dos instrumentos e técnicas para a tomada de decisão e para a avaliação das políticas públicas no país. Atualmente, esses estudos são utilizados em vários países, principalmente para apoio à tomada de decisões relacionadas a políticas públicas e sistemas locais de saúde, bem como na comparação com outras medidas de eficiência.

A investigação científica proposta, utilizou-se de pesquisa narrativa para descrever as principais mudanças ocorridas no HUSM com a gestão EBSEH e a aplicação do modelo de programação matemática Análise Envoltória de Dados (*Data Envelopment Analysis – DEA*), para apurar níveis de eficiência técnica na gestão do HUSM, em dois períodos de gestão distintos, o primeiro de 2007 a 2013, em que a gestão do HUSM era realizada pela autarquia, e o segundo, de 2014 a 2016, sob a gestão da filial EBSEH.

Para análise das mudanças operacionais e de eficiência, foram consideradas questões importantes na reestruturação hospitalar e na prestação de serviços de saúde, relacionadas ao funcionamento de áreas prioritárias, como: estrutura organizacional, planejamento, gestão de pessoas, infraestrutura física e tecnológica, gestão patrimonial e financeira. Desta forma, esta pesquisa mostra-se abrangente e inovadora, pois apresenta resultados de um decênio, com análise de desempenho em dois modelos de gestão, em um dos hospitais públicos que passou à gestão da EBSEH.

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Nos últimos anos, as IFES têm enfrentado problemas de infraestrutura física, tecnológica e de gestão dos recursos humanos em seus hospitais de ensino. Em 2006, o Tribunal de Contas da União (TCU) fixou prazo limite até dezembro de 2010 para a substituição gradual de contratados por servidores concursados. Em 2011, o quantitativo da força de trabalho nos hospitais universitários era composto por cerca de 67.035 profissionais em saúde, sendo 40% destes oriundos de contratações indiretas pelas fundações de direito privado vinculadas às IFES (Aviso Interministerial 425/MEC/MP, de 23 de março de 2011).

Essas demandas culminaram na edição de um diagnóstico dos principais problemas dos hospitais de ensino vinculados às instituições federais de ensino superior, por parte do Governo Federal, no ano de 2007. A partir desse estudo, foi instituído o Decreto n. 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que criou o Programa de Reestruturação de Hospitais Universitários Federais (REHUF). O REHUF objetiva a realização do financiamento compartilhado, a reestruturação, a modernização e a revitalização desses hospitais. Além disso, buscou, também, criar condições

para que eles desempenhem plenamente as dimensões de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde (BRASIL, 2016).

Posteriormente, em 2011, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação, às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços, de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada a autonomia universitária (BRASIL, 2016).

A EBSERH é uma empresa pública, vinculada ao Ministério da Educação, e sua criação integra um conjunto de ações empreendidas pelo Governo Federal no sentido de recuperar os hospitais vinculados às universidades federais. Em suas atribuições estão a coordenação e a avaliação da execução das atividades dos hospitais, o apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais (EBSERH, 2016).

No ano seguinte, 2012, o Ministério da Educação delegou à EBSERH a função de gestora do Programa REHUF e a elaboração de matriz de distribuição de recursos para os hospitais vinculados às IFES (BRASIL, 2016). Com isso, muitos hospitais universitários federais, incluído o da UFSM, tomaram a decisão de aderir à gestão compartilhada com a EBSERH para obter melhorias de repasses com recursos do REHUF e assim sanar a crise financeira.

Nessa perspectiva, encontrava-se a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que, assim como outras IFES, vinha prorrogando o Termo de Ajustamento e Conduta (TAC) com o Ministério Público da União (MPU) para atender à exigência de substituição dos profissionais contratados por meio da Fundação de Apoio à Tecnologia e Ciência (FATEC) para compor a quadro de pessoal do HUSM. Esse acontecimento, em meio a controvérsias, resultou na assinatura do Contrato de “Gestão Especial Gratuita” do HUSM pela EBSERH, em dezembro de 2013.

Após homologação do Contrato de Gestão pelo Conselho Universitário (CONSU), a EBSERH deu início à formação da nova estrutura organizacional, realizando concurso público para recomposição gradativa do quadro profissional e estabelecimento do Plano Diretor Estratégico para o HUSM, com metas e ações estratégicas para os próximos vinte anos (EBSERH, 2015).

Em 2009, o TCU, em auditoria operacional, detectou falhas na autonomia do HUSM, relacionadas ao funcionamento de sua estrutura administrativa, além de “contrações

irregulares” de profissionais na área de saúde. Como órgão suplementar da UFSM, o HUSM estaria subordinado à Reitoria e dependente da estrutura administrativa das pró-reitorias, sobretudo na realização de processos de trabalho (Acórdão TCU No. 2813/2009).

A hipótese consiste em que após a adesão ao Contrato de Gestão da EBSEH, o HUSM apresente desempenho superior ao de anos anteriores. Dessa forma, a questão que motivou o desenvolvimento foi responder à seguinte pergunta: as mudanças operacionais ocorridas a partir da contratação da EBSEH tornaram o HUSM mais eficiente?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Identificar as principais mudanças operacionais e de eficiência na gestão do Hospital Universitário de Santa Maria, após a implantação da EBSEH.

1.2.2 Objetivos específicos

Quanto aos objetivos específicos, este estudo visa:

- a) analisar a atual estrutura organizacional do HUSM e compará-la com a estrutura existente antes da contratação da EBSEH;
- b) comparar as principais características na gestão do Hospital Universitário de Santa Maria antes e após a contratação da EBSEH;
- c) mensurar níveis de eficiência técnica do HUSM, antes e após a gestão da EBSEH.

1.3 JUSTIFICATIVA

Atualmente, o HUSM atende 100% dos municípios de cobertura da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, prestando assistência de média e alta complexidade ao município de Santa Maria e mais 32 municípios. A partir da assinatura do contrato de gestão, em dezembro de 2013, a gestão do HUSM passou para a EBSEH, empresa criada com a finalidade de gerir hospitais de ensino vinculados às IFES. Assim, a comunidade abrangida pelo atendimento de urgência e emergência do HUSM, região com uma população em torno de 1,2 milhão de habitantes, criou expectativas em relação à nova forma de gestão.

A escolha da unidade de análise foi determinada pelo fato de o HUSM ser unidade integrante da estrutura organizacional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com

abrangência regional. O HUSM atua como hospital de ensino para os cursos de formação nas áreas de atenção à saúde e tem como função “o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde”, sendo considerado um dos mais equipados hospitais do Rio Grande do Sul (4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE, 2016).

A justificativa em investigar esses resultados partiu da importância em subsidiar a gestão da UFSM com informações para o acompanhamento e controle da gestão realizada pela EBSEH no HUSM, proporcionando uma fonte de informações estruturada a partir da pesquisa narrativa e aplicação do modelo de programação matemática Análise Envoltória de Dados (*Data Envelopment Analysis – DEA*) foram apurados níveis de eficiência na gestão hospitalar e níveis de eficiência técnica no HUSM, antes e após a contratação da EBSEH para a “gestão especial e gratuita” do HUSM (Contrato n. 263/2013-UFSM/EBSEH). Adicionalmente, a análise da eficiência técnica desses dois estilos de gestão à frente do HUSM – até dezembro de 2013, e a partir desta data, com a EBSEH – teve como finalidade apresentar resultados que contribuam para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a saúde e fortalecimento da gestão do Estado.

Além da importância acadêmica, a consecução do objetivo deste trabalho é plenamente justificável quando consideradas as consequências individuais e organizacionais que podem ocorrer em ambientes dinâmicos como o de um hospital de ensino, prestador de serviços ao SUS. Isso porque estudos demonstram que qualquer alteração, planejada ou não, nos componentes organizacionais (pessoas, trabalho, estrutura formal, cultura), ou nas relações da organização e seu ambiente, que possa ter consequências relevantes, de natureza positiva ou negativa para a eficiência, eficácia e/ou sustentabilidade organizacional, deve ser previamente planejada e avaliada com frequência (LIMA; BRESSAN, 2003).

A rede de hospitais universitários federais (HUFs) é formada por cinquenta hospitais vinculados a 35 IFES. De acordo com o Relatório de Gestão da EBSEH, referente ao ano de 2015, de janeiro de 2013 a dezembro de 2015, 29 IFES haviam assinado Contrato de Gestão Especial e Gratuita para a gestão de 35 hospitais universitários, e, ao final de 2016, o número de hospitais abrangidos pela EBSEH passou para 40.

Dessa forma, ao considerar que a implantação da EBSEH na gestão dos HUFs representa uma nova realidade no campo da administração pública, assume especial relevância verificar de que forma ocorreram e quais as principais mudanças, em um dos hospitais que passou à gestão compartilhada da EBSEH, o HUSM.

A possibilidade de uma nova gestão a partir da implantação da EBSEH aprimorar seus controles, uma vez que este evita que as instituições governamentais desperdicem os recursos

públicos que lhes são disponibilizados, além de verificar a aplicabilidade dos recursos orçamentários e financeiros, por meio dos resultados alcançados, os processos e recursos empregados, confrontando-os com as metas e os objetivos previamente delineados à luz de critérios como eficiência, eficácia, efetividade e economicidade (MEIRELLES, 2004). Desse modo, destacam-se estudos que têm como objeto de análise a comparação de dados nos HUFs que estão sob a gestão da EBSEH. Sobretudo, que apresentem análise do modelo de gestão da EBSEH com o modelo anterior de gestão anterior, neste caso, do HUSM.

Além disso, os recentes estudos sobre Administração Pública no Brasil enfatizam que a Reforma Administrativa do Estado é caracterizada, principalmente, pela adoção da eficiência como capacidade institucional de atender às demandas da sociedade (SILVA *et al.*, 2013). Neste contexto, considerando que as organizações do setor público possuem uma responsabilidade direta para com a sociedade, este estudo está centrado em analisar os primeiros resultados da prestação de serviços da EBSEH e poderá contribuir para que a UFSM demonstre à sociedade que exerce controle e transparência sobre o desempenho organizacional do HUSM.

Ainda nessa perspectiva, particularizar a eficiência de uma unidade hospitalar em uma análise de dados longitudinal, no caso o HUSM, poderá servir para a proposição de indicadores de eficiência específicos para o setor público, que poderão ser replicados para fins de medição e acompanhamento da gestão da EBSEH por parte de outras IFES, visando a uma maior eficiência e eficácia na gestão dos hospitais universitários, principalmente no momento em que se observa forte contração das políticas econômicas, que indubitavelmente afetarão o setor de saúde.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Como o objetivo principal deste estudo consiste em identificar as principais mudanças operacionais e de eficiência no Hospital Universitário de Santa Maria após a implantação da EBSEH, optou-se pela seguinte estrutura de trabalho: no primeiro capítulo, estão abordados os objetivos e a estruturação deste estudo, a justificativa para a sua realização e a definição do problema de pesquisa. Nessa etapa, está apresentado, de forma sucinta, um cenário de situação da gestão dos hospitais universitários federais, de como surgiu a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) como alternativa pensada pelo governo para solucionar os problemas de gestão de pessoas desses hospitais e da eficiência e eficácia no setor público.

No segundo capítulo são analisados os estudos bibliográficos sobre o tema, com a fundamentação dividida em quatro tópicos principais: a) a relação dos hospitais de ensino com

o Sistema Único de Saúde (SUS); b) a crise de financiamento e de gestão dos hospitais universitários federais; c) REHUF e EBSEH; e, d) eficiência e eficácia no serviço público. No terceiro capítulo, está apresentado o método utilizado no decorrer deste estudo para o levantamento de dados relevantes que respondam à problemática desta pesquisa. Assim, está relacionado o método de pesquisa, a população e a amostra, a coleta e análise dos dados e a definição de termos e variáveis.

O capítulo quatro apresenta as análises entre a gestão UFSM/HUSM e a gestão EBSEH/HUSM. Primeiramente são apresentados os dois modelos de gestão, suas características, em relação ao desenho organizacional, planejamentos estratégicos adotados, gestão de pessoas, gestão de infraestrutura física e tecnológica, gestão de bens patrimoniais, gestão orçamentária e financeira. A análise comparativa em relação aos resultados de eficiência técnica apontados pela aplicação do método DEA, modelo BCC, orientado a *output*. Ainda, no mesmo capítulo é apresentada a análise comparativa dos dois modelos gestão. Por fim são apresentadas as conclusões da pesquisa, limitações encontradas, recomendações à unidade de estudo e sugestões de trabalhos futuros em relação ao tema.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo são abordados os pressupostos teóricos que balizaram a realização do presente estudo. Dessa forma, o capítulo está dividido em cinco seções. Na primeira, é tratada a relação dos hospitais de ensino com o SUS. A crise de financiamento e de gestão dos hospitais universitários federais é abordada na segunda seção. Na terceira seção, os tópicos estudados são o REHUF e a EBSEH. Por fim, a última seção aborda a eficiência e a eficácia no Serviço Público.

2.1 A RELAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO COM O SUS

No contexto brasileiro, os hospitais de ensino (HE) ou hospitais universitários (estaduais ou federais) são organizações que exercem papel fundamental na rede brasileira de assistência à saúde da população, sobretudo por terem como pressupostos a atenção à saúde de alta complexidade, a formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o desenvolvimento da pesquisa e tecnologia para o setor (LIRA et al., 2014). Nesse sentido, para resgatar a inserção histórica dos HE na rede assistencial de saúde pública, torna-se importante, primeiramente, entender seu papel “operacional” nas ações governamentais, tanto na acepção para qual foram criados (ensino, pesquisa e extensão), como dentro da lógica do SUS (atender às necessidades de saúde da população).

Conforme destacam Fonseca e Ferreira (2009), entre as décadas de 1970 a 2000, os sistemas de saúde, no Brasil, passaram por três grandes fases. A primeira foi entre 1967 e 1983, denominada “Previdencialista” (MEDICI, 1997), em que somente os trabalhadores que contribuíam para o sistema de previdência social e suas famílias estavam protegidos. A segunda fase vai de 1983 a 1988, quando o sistema passou por uma transição para o “Universalismo”. Já a terceira fase ocorre a partir de 1988, quando se cria uma nova estrutura, em que a sociedade política apresenta um sistema de saúde marcado pela universalidade e integralidade do atendimento.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88), ao criar o SUS, estabeleceu que saúde é direito de todos e dever do Estado. De acordo com a legislação em vigor, o Governo Federal é o principal financiador da rede pública de saúde, estando a cargo do Ministério da Saúde a gestão federal da saúde e a responsabilidade de formular políticas nacionais de saúde, planejar, criar normas, avaliar e utilizar instrumentos para controle do SUS (PAIM, 2013).

O SUS caracteriza-se pela universalização e integralidade do atendimento, descentralização do poder de decisão, racionalidade, eficácia e eficiência na qualidade do serviço e democracia no sentido de garantir a participação popular nas decisões, principalmente mediante a participação dos conselhos de saúde (FONSECA; FERREIRA, 2009). Essa nova proposta para a área da saúde, chamada de Reforma Sanitária, teve por base a democratização da saúde, sendo objeto de discussão em diversos fóruns, tanto entre o setor governamental como entre organizações representativas da sociedade civil, ligadas ao setor de saúde.

Dessa forma, conforme enfatiza Carmo (2006, p. 28), “o SUS surgiu com os princípios doutrinários da Universalidade, da Equidade e da Integralidade, e princípios organizativos da Regionalização e Hierarquização, Descentralização com comando único, e Participação Popular”. Para tanto, as ações e os serviços de saúde foram organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população, possibilitando a distribuição dos estabelecimentos de saúde (centros de saúde, ambulatórios, laboratórios, hospitais etc.) e evitando a “fragmentação das ações em saúde”, pois as competências e responsabilidades de cada ente governamental estão subdivididas de acordo com a definição das prioridades dentro de cada nível de atenção: básica, média e alta complexidade (PAIM, 2013).

Destaca-se ainda que, para garantir o preceito constitucional de direito universal à saúde, com atendimento integral em todo território nacional, o SUS passou a ser regulamentado pelas seguintes normas: Lei nº 8.080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde; Lei nº 8.142/90, que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema e das transferências intergovernamentais de maior equidade; assim como pelas Normalizações para Organização do Sistema de Saúde (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), que foram substituídas, a partir de 2006, pela Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulgou o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006). Assim, “antes de fazer alusão às ações e serviços de saúde, a Carta Magna aponta para as políticas econômicas e sociais como intervenções fundamentais para a garantia do direito à saúde” (PAIM, 2013, p. 44).

De acordo com Drago (2011, p. 79):

Em 20 (vinte anos) foram lançadas normalizações pelo Ministério da Saúde: NOB 91/92, NOB 93, NOB 96, NOAS 2001/2002 e Pacto pela Saúde, que definem:

- 1) as atribuições dos gestores sobre planejamento, pagamento, execução, controle, avaliação e auditoria dos serviços prestados no âmbito do SUS;
- 2) os mecanismos de relacionamento e espaços de negociação entre os gestores do SUS;
- 3) as responsabilidades e as prerrogativas financeiras associadas às condições de gestão dos estados e municípios.

Na concepção de Paim (2013), a participação de cada ente federativo (União, estados e municípios) na gestão territorial e no financiamento do SUS representa um dos maiores desafios desse Sistema, pois este é sistêmico, regionalizado e hierarquizado, integrado por um conjunto das ações de saúde da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas governamentais. A Carta Magna, em seu artigo 167, definiu ainda de que forma o financiamento do SUS se daria: “com recursos da Seguridade Social, da União, Estados, Municípios e outras fontes, com repasses fundo a fundo de saúde, e ainda, com a previsão de participação complementar do setor privado” (BRASIL, 2016).

Conforme aponta Paim (2013), historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país, e os estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. Desse modo, após a descentralização das ações e dos serviços de saúde, os recursos financeiros passam a ser transferidos do Ministério da Saúde para os fundos municipais de saúde, ficando a cargo do gestor municipal a administração dos recursos e a garantia de serviços de qualidade para a população (FONSECA; FERREIRA, 2009).

Destaca-se ainda que, além de outras atribuições, a Carta Magna conferiu ao SUS a competência de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, sendo esta atribuição regulada pelo artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde. Deste modo, a Lei Orgânica da Saúde - Lei Federal n. 8.080 de 1990/MS estabelece, em seu Art. 45º, que:

Os serviços dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, respeitada sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (BRASIL, 1990).

A criação do SUS, a descentralização da gestão e a implementação dos mecanismos de regulação do sistema estreitou as relações entre hospitais universitários e de ensino e os gestores locais do SUS (CARMO, 2006). Entretanto, conforme destaca Cecílio (2005, p. 512), “o hospital universitário que a comunidade hospitalar e acadêmica vê não é o hospital universitário que o gestor do sistema de saúde vê”.

Os hospitais universitários antes vistos pela academia, alunos e professores como locais onde se presta assistência conduzida essencialmente na lógica do ensino e da pesquisa, saem, a partir desse momento, de uma situação de total autonomia financeira, de gestão e de definição de seu modelo assistencial, para uma relação com regras e condições colocadas por quem viabiliza a sustentabilidade financeira da organização: o Sistema Único de Saúde (CARMO,

2006). E, dessa forma, há parâmetros, indicadores e metas qualiquantitativos na prestação de serviços de saúde a serem respeitados e atingidos.

A partir desse arcabouço jurídico, foi necessário implementar uma política que fomentasse uma reestruturação das instituições hospitalares, com enfoque nos hospitais universitários e de ensino a fim de responder às necessidades de saúde da população de forma integrada às redes de saúde local e regional (LIRA et al., 2014). Contudo, foi a partir da Portaria MS/SNAS nº 15, de janeiro de 1991 que se estabeleceu o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS) e critérios para o enquadramento dos hospitais de ensino das universidades no SUS.

Da mesma forma, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000/2004 definiu os hospitais de ensino como:

Hospitais Gerais e/ou Especializados que servem de cenário de prática para atividades curriculares de cursos da área da saúde, podendo ser de propriedade de uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, ou formalmente conveniado a esta.

Neste sentido, infere-se que o HE é uma unidade cuja gestão envolve um intrincado processo no qual se inter cruzam as dimensões de ensino (em nível de Graduação e Pós-Graduação), assistência à saúde (em nível de alta complexidade), pesquisa e extensão (DRAGO, 2011). Do mesmo modo, Caldas (2008) destaca, que: “o ensino, a pesquisa e a atenção à saúde são extremamente interdependentes. Um sistema de saúde não pode existir sem profissionais habilitados ou do conhecimento gerado por meio da pesquisa”. Dessa forma, o ensino e a pesquisa necessitam de instalações do SUS como cenário para a prática de ensino e como fonte de material clínico. Assim, os hospitais universitários representam componentes estratégicos para a organização e estruturação do SUS, afetando diretamente a qualidade dos profissionais formados e indiretamente o sistema de saúde como um todo (BISCAIA, 2013).

Nesse contexto, para obter certificação como HE, os hospitais passaram a se submeter a um processo de avaliação paritária pelos ministérios da Saúde e da Educação, pautado nas seguintes exigências estabelecidas pela Portaria Interministerial nº 2.400, de 2 de outubro de 2007: uma vez certificados, esses hospitais pactuam metas quantitativas e qualitativas, com suas respectivas secretarias de saúde, referentes à gestão, à atenção à saúde, às políticas prioritárias do SUS de ensino e de pesquisa, mediante convênio. Essas metas são acompanhadas e avaliadas por uma Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos, composta por representantes da secretaria contratante, do hospital, dos docentes e discentes e do conselho local de saúde (LIRA, NOGUEIRA, 2014).

Por outro lado, a partir da certificação e da contratualização dos serviços de saúde, os hospitais universitários absorveram o desafio de prover atenção à saúde de uma crescente população idosa e arcar com os custos derivados de serviços especializados, equalizando a relação de oferta de serviços e acesso *versus* financiamento. Além disso, os avanços tecnológicos e a escassez de recursos financeiros disponibilizados pelo Estado resultam numa crescente demanda da gestão profissional (BONACIM, ARAUJO, 2010).

Conforme Toro (2005, p. 55), historicamente, o modelo de hospital de ensino foi aquele em que o hospital era usado somente como um campo de treinamento técnico, principalmente das equipes médicas, sem vínculo nenhum com o sistema de saúde, com gestão não profissionalizada e submetida ao mérito acadêmico. Entretanto, a partir da implementação da Constituição Federal de 1988 e da normatização do SUS, começou a haver um movimento de colocar para os HUFs o papel de referência de atendimento complexo, e esses ordenamentos legais sobrecarregaram a demanda de serviços especializados, contribuindo para a desorganização do sistema e a crescente crise na gestão dessas organizações.

2.2 A CRISE DE FINANCIAMENTO E DE GESTÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Ao analisar a situação dos Hospitais Universitários Federais (HUFs), constata-se que, nos últimos anos, as instituições federais de ensino (IFES) têm enfrentado problemas relacionados à gestão financeira e de recursos humanos dos hospitais de ensino a elas vinculados. De acordo com Toro (2005, p. 55), “os HUFs vêm atravessando uma crise de décadas, no que se refere a financiamento, gestão, inserção no SUS e relacionamento com a academia”. Para o autor, a necessidade de mudanças neste modelo culminou com uma discussão de um programa entre gestores federais, estaduais, municipais e diversos membros da área hospitalar no sentido de recertificação e contratualização dos hospitais universitários, o que representa um avanço na implantação da integralidade e equidade do atendimento público.

Segundo Teixeira (2016, p. 2), “a gestão dos hospitais foi prejudicada por problemas de financiamento, especialmente quando passaram a agregar a assistência em saúde ao desenvolvimento de suas atividades”. Sendo que, conforme a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE, 2003), no decorrer do tempo, diversas dificuldades vêm sendo enfrentadas por essas instituições, dentre elas problemas nos modelos de gestão, escassez de recursos humanos, financiamento da produção dos serviços e

investimentos em equipamentos e estrutura física, o que tem contribuído para a redução da qualidade e da resolubilidade da prestação dos serviços hospitalares.

Em relação ao financiamento, os hospitais universitários federais o tinham garantido desde sua criação e de forma integral pelo Ministério da Educação (MEC), desvinculado da produção de serviços (CARMO, 2006). Dessa forma, antes da criação do SUS, o financiamento dos HUFs era definido na lógica de orçamento, sem um sistema contratual formal ou informal que vinculasse o repasse de recursos ao alcance de metas e ao cumprimento de compromissos com o SUS, confirmando sua missão primeira de ensino e pesquisa.

Porém, a partir da criação do SUS, os HUFs são mantidos com recursos orçamentários e financeiros de ministérios com interesses e funções distintas. O Ministério da Saúde é responsável pelo financiamento da prestação de serviços de média e alta complexidades e procedimentos estratégicos baseados na tabela SUS. De outro lado, cabe ao MEC a responsabilidade pelo pagamento da folha dos servidores disponibilizados pela IFES. Contudo, conforme Biscaia (2013, p. 43),

[...] o total disponibilizado não é suficiente para a manutenção das atividades dessas instituições, sendo necessária a contratação de pessoal, por meio de outros vínculos de trabalho (fundações de apoio, cooperativas, organizações não governamentais, empresas) sendo utilizado para pagamento de pessoal recurso proveniente da assistência.

Além disso, a insuficiência de pessoal e/ou grande rotatividade dos vínculos contribui significativamente para a ineficiência dos serviços, para a consequente precariedade da instituição e para o fomento de impasses entre os próprios trabalhadores diante dos diferentes salários, benefícios e carga horária, conforme o vínculo (SODRÉ et al., 2013). Desse modo, entende-se que há inúmeros desdobramentos que contribuem para a ineficiência e complexidade das instituições hospitalares de ensino.

Dessa forma, tem-se, assim, uma disparidade entre as frentes de atuação do hospital universitário, pois as mesmas são independentes entre si, atuando cada uma de acordo com sua função e interesse, o que aponta apenas uma “conexão” isolada com o hospital universitário e não um entrelaçamento amplo entre as partes (DRAGO, 2011). Sendo que, a dinâmica destas instituições é atravessada por duas políticas (de Educação e de Saúde) constituídas no interior do processo de contrarreforma do Estado (DRAGO, 2011).

Em 2004, o Ministério da Saúde editou o documento de Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira, em que expressa os problemas fundamentais da rede na atualidade: inadequação dos mecanismos de pagamento e auditoria; insuficiência relativa e má distribuição territorial dos leitos; controle e avaliação do uso dos recursos; deficiência na implementação da

política de regionalização e hierarquização dos serviços; gestão inoperante da rede e das próprias unidades hospitalares públicas e privadas; controle satisfatório sobre a produção de serviços hospitalares em quantidade e qualidade que oportunize a análise e adequação às necessidades e satisfação dos usuários (BRASIL, 2004). Além dessas questões, no ano de 2006, o Tribunal de Contas da União (TCU) definiu prazo para que o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG), o Ministério da Educação (MEC) e gestores máximos das IFES promovessem a substituição gradual de terceirizados irregulares nos hospitais universitários federais, por concursados (Acórdão n. 1.520/2006-TCU-Plenário). Desde então, os HUFs passaram por várias auditorias do TCU, como, por exemplo, a Tomada de Contas n. 002.024/2009-5, que tratou de Auditoria de Natureza Operacional realizada pela SECEX/RS em nove HUFs e na qual foram identificados problemas estruturais nos hospitais auditados.

Em período mais recente, outros processos que dizem respeito a essas instituições foram apreciados pelo TCU, como, por exemplo, a Tomada de Contas n. 016.954/2009-5, apreciada mediante o Acórdão n. 2.681/2011-TCU-Plenário, que tratou de monitoramento do cumprimento das deliberações do Acórdão n. 1.520/2006-TCU-Plenário, referido anteriormente, ao término do qual o Tribunal prorrogou até o dia 31 de dezembro de 2012 o prazo para que órgãos e entidades da Administração Pública Federal Direta, Autárquica e Fundacional apresentassem o resultado final do processo de substituição dos terceirizados irregulares; a Tomada de Contas n. 032.344/2012-0, que trata de representação do Ministério Público junto ao TCU, em que se solicita que a unidade técnica acompanhe o processo de implantação da EBSEH e a Tomada de Contas n. 000.148/2014-8, que também trata da situação dos funcionários terceirizados que exercem suas atividades junto aos HUFs.

Dessa forma, em meio às pressões corporativas de profissionais da saúde, demais servidores dos hospitais, professores, estudantes universitários, bem como dos órgãos de controle externo, gradativamente, os dirigentes das IFES acolheram a alternativa proposta pelo governo federal como única saída para atender à deliberação do TCU pela substituição dos profissionais de saúde terceirizados por concursados. Nessa situação, encontrava-se a UFSM, pois o prazo definido no Termo de Ajustamento e Conduta (TAC) celebrado entre a UFSM, Fundação de Apoio à Tecnologia e Ciência (FATEC) e Ministério Público Federal (MPF) seria encerrado em dezembro de 2012, e a instituição seria obrigada a nomear servidores públicos necessários para a manutenção do atendimento mínimo indispensável dentro do HUSM, em substituição aos contratados em processos seletivos da FATEC (BRASIL, 2006).

Por conseguinte, a perspectiva era de que, após transcurso do prazo previsto no TAC entre MPF, UFSM e FATEC, a Ação Civil Pública n. 2007.71.02.005911-4, movida pelo

Ministério Público Federal (MPU, 2016), determinaria à UFSM e à União a nomeação e posse dos candidatos aprovados no concurso público n. 001/2009-PRRH, para enfermeiro do HUSM, ainda válido, em quantidade correspondente (tantos quanto fosse proporcionalmente possível, considerado o montante dos vencimentos) ao valor mensal ainda despendido com a contratação dos funcionários terceirizados exercendo a mesma função, via FATEC, até suprir o quantitativo de cargos estabelecido para aquela atividade no âmbito do HUSM, a qual vinha sendo protelada sob a justificativa de inexistência de vagas no quantitativo de cargos, estabelecido no Quadro de Referências de Servidores Técnicos Administrativos (QRSTA), para o HUSM, cujo prazo havia sido suspenso.

Além dessas questões, conforme Acórdão TCU 2813-50/2009-Plenário, a auditoria do Tribunal de Contas da União encontrou os seguintes problemas no HUSM:

- a) Inadequação da estrutura de gestão de materiais e insumos, impossibilitando a realização pelo próprio HU da totalidade dos processos de compra e estocagem, e dependência da Universidade para a realização de suas licitações, cujos certames licitatórios eram integralmente realizados pelo Departamento de Material e Patrimônio da Universidade;
- b) Deficiência nos controles de almoxarifado e na dispensação de medicamentos, ocasionada, principalmente, em razão da inexistência de uma estrutura adequada de Tecnologia da Informação (pessoal, equipamentos e programas). O setor de materiais hospitalares, que estoca cerca de 600 itens, executa manualmente o controle entre as tabelas extraídas de seu sistema de informações e as tabelas feitas no setor sobre o valor já empenhado em cada item dos respectivos Registros de Preço;
- c) Dificuldades com o almoxarifado da farmácia, em razão da falta de pessoal e da lentidão e instabilidade do sistema, o que acaba deixando vulnerável o controle da efetiva saída do medicamento do almoxarifado para as enfermarias e da sua devolução ao almoxarifado caso não sejam ministrados ao paciente;
- d) Infraestrutura precária: Também o espaço para o ensino tornou-se insuficiente, conforme constatado no HUSM, em que a realização de rounds acaba acontecendo nos corredores e nas enfermarias e, para que os alunos possam estudar, estão sendo colocadas mesas e cadeiras no hall em frente aos elevadores (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2009).

Em 2012, o TCU realizou nova auditoria de avaliação dos controles internos nas áreas de licitações e contratos do HUSM. Nesta etapa, foram encontrados pelo TCU os seguintes problemas:

- a) A falta de autonomia administrativa e financeira, embora sua execução financeira e orçamentária já estivesse sendo efetuada no SIAFI com Unidade Gestora própria (UG 153610);
- b) Os processos de compras e contratações, tinham início no âmbito do HUSM, com a emissão das solicitações pertinentes, e em seguida eram submetidos ao Departamento de Material e Patrimônio da UFSM (DEMAPA/UFSM), onde eram formalizados os respectivos processos administrativos contemplando a licitação, dispensa/inexigibilidade, contrato/empenho; no caso das dispensas/inexigibilidade a seleção dos fornecedores e pesquisas de preço são efetuadas no âmbito do HUSM;

- c) O recebimento dos materiais e serviços adquiridos/contratados era realizado nos setores competentes do hospital, mediante o respectivo atesto por comissão de recebimento regularmente designada;
- d) Enquanto que o processamento da despesa, nas fases de empenho, liquidação e pagamento das despesas do HUSM, era realizado no Departamento de Contabilidade e Finanças (DCF) da UFSM;
- e) As estimativas de custo dos materiais e serviços eram efetuadas no âmbito do HUSM, sem a confirmação posterior pelo setor responsável pelo processamento das compras e contratações mediante pesquisas de mercado, na UFSM;
- f) A unidade de auditoria interna, cuja avaliação está inserida no componente ambiente interno, desde sua criação na estrutura da UFSM, em 2/5/2011, por meio da Resolução 8/2011, estava diretamente subordinada ao Conselho Universitário da UFSM, e sua estrutura era composta de um Auditor- Chefe, ocupante de Cargo em Comissão de livre nomeação, e uma auditora com cargo efetivo, responsáveis pela realização das atividades de auditoria em toda a UFSM, incluindo o HUSM (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2012).

Desse modo, além dos problemas relacionados às “contratações por interposta pessoa” (Acórdão 1.520/2006-TCU-Plenário), a auditoria realizada pelo TCU, em 2012, apontou fragilidade nos controles administrativos internos, o que deu origem a várias recomendações de medidas a serem adotadas nos anos seguintes (Acórdão 1095-15/2013-TCU-Plenário). As referidas auditorias realizadas pelo órgão de controle externo evidenciaram os problemas encontrados na gestão dos hospitais universitários federais em todo país. Além disso, de acordo com o MEC, apenas os HUFs acumulavam um déficit total de R\$ 30 milhões/ano (diferença entre “o produzido e o pago”), resultante dos valores defasados da tabela SUS, levando a uma dívida acumulada de R\$ 425 milhões (CISLAGHI, 2010).

Dessa forma, com o argumento de solucionar a crise dessas organizações hospitalares, em 2010, o governo federal instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), cujo discurso foi “criar condições materiais e institucionais para que os HUFs possam desempenhar suas funções nas dimensões de ensino, pesquisa, extensão e também na assistência à saúde” (BRASIL, 2010).

2.3 REHUF e EBSERH

Vários fatores impulsionaram uma mudança no foco na gestão e na definição de estratégias para solucionar problemas encontrados nos hospitais universitários federais. Assim, em prol da melhoria desses hospitais, o Governo Federal criou o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) em 2010, objetivando a realização do financiamento compartilhado, a reestruturação, modernização e revitalização desses hospitais, e também buscando criar condições para desempenhar plenamente as dimensões de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde (BRASIL, 2010). As diretrizes do REHUF estabelecem um novo mecanismo de financiamento que seria progressivamente

compartilhado entre MEC e MS até 2012 (BISCAIA, 2013). O objetivo do programa consiste na melhoria dos processos de gestão, adequação da estrutura física, recuperação e modernização do quadro tecnológico, reestruturação do quadro de recursos humanos e aprimoramento por meio da avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias.

O Decreto n. 7.082/2010, que instituiu o REHUF, estabelece ações para a reestruturação dos hospitais universitários federais, destacando as funções cabíveis aos ministérios envolvidos (MEC, MS e MPOG) e estabelecendo as seguintes diretrizes:

- a) A instituição de mecanismos adequados ao financiamento, progressivamente e igualmente compartilhados entre os ministérios da Saúde e Educação até 2012;
- b) Melhorias no processo de gestão;
- c) Adequação da estrutura física;
- d) Recuperação do parque tecnológico;
- e) Reestruturação do quadro de recursos humanos;
- f) Aprimoramento das atividades, avaliação permanente das mesmas; e,
- g) Incorporação de novas tecnologias no que se refere ao ensino, pesquisa e assistência (BRASIL, 2010).

Em 2011, para dar prosseguimento ao REHUF, o governo criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação. A partir da criação da EBSERH, essa instituição passou a ser a responsável pela gestão dos hospitais universitários federais vinculados às universidades que aderirem à sua contratação de serviços. Entre as atribuições assumidas pela empresa estão a coordenação e a avaliação da execução das atividades dos hospitais, o apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais (EBSERH, 2013).

No ano seguinte, 2012, o Ministro da Educação delegou à EBSERH a função de gestora do Programa REHUF e de elaboradora de matriz de distribuição de recursos para os hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior (BRASIL, 2012). O que fez com que muitos hospitais universitários federais decidissem aderir à gestão compartilhada com a EBSERH para obterem melhorias de repasses com os recursos do REHUF e, assim, atenderem à demanda do Tribunal de Contas da União e Ministério Público Federal e também sanarem a crise financeira.

Desde então, destaca-se que 31 universidades federais pactuaram o Termo de Adesão e contrataram a EBSERH para a melhoria da gestão de 40 hospitais universitários federais (EBSERH, 2017). No caso do HUSM, após apreciação pelo Conselho Universitário (CONSU) em dezembro de 2013, a UFSM aderiu ao contrato de gestão da EBSERH. A contratação da empresa foi pautada na justificativa de regularização das contratações de pessoal. Em 2013, o

HUSM contava com 130 funcionários empregados pela Fundação de Apoio à Tecnologia e Ciência (FATEC), fato que comprometia providências por parte da UFSM, pactuadas com o Ministério Público da União (MPU) em Termo de Ajustamento e Conduta (TAC).

Dessa forma, a EBSEH foi inserida no cenário nacional e sua criação foi justificada pela maior autonomia no uso dos recursos, legalização dos contratos de trabalho e aprimoramento dos serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, no âmbito do SUS (BRASIL, 2012). Por suas características legais, consiste em uma tentativa de reforma dos hospitais universitários, pois transfere a gestão dessas unidades, das instituições de ensino e saúde para uma empresa pública de direito privado, também vinculada ao Ministério da Educação.

No contexto dos desafios e perspectivas vivenciadas pelos HUFs, talvez o mais importante passo a ser dado seja o fortalecimento da sua sustentabilidade organizacional (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007). Concebida como o resultado de práticas efetivas de gestão e planejamento, equilíbrio financeiro, orçamentação, preservação da capacidade de investimento e de gestão de pessoas, a sustentabilidade organizacional dos HUFs é um conceito-chave no exercício de sua missão e compromisso social. Assim, o conjunto de medidas adotadas para as “reformas” pretendidas na gestão dos hospitais públicos estão de acordo com o relatório do Banco Mundial que aponta a ineficiência e o alto custo dos hospitais federais decorrentes da burocracia e dos empecilhos da legislação brasileira.

Diante dos fatos, entende-se que o debate sobre necessidades de mudança na gestão dos hospitais universitários, panorama em que se encontra o HUSM, está amplamente relacionado a todo o processo de contrarreformas nas políticas sociais implementadas em maior ou menor grau na quase totalidade dos países do mundo (BEHRING, 2003). Além disso, no contexto das reformas gerenciais, inserem-se os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade, à medida que aumentam as preocupações com a melhoria da qualidade do Estado. Pessoa et al. (2003) citam um estudo elaborado pelo Banco Mundial, em 2002, no qual se demonstra que, embora tenham sido responsáveis pelo enorme progresso na situação da saúde nos últimos anos, os serviços de saúde ainda operam mal. Segundo Mirshawka (1994, p. 8), o Banco Mundial indica quatro principais áreas de ineficiências:

Os gastos oficiais com a saúde são transferidos de forma desproporcional para a população mais rica, tanto na forma de serviços gratuitos ou subsidiados em hospitais públicos quanto na forma de subsídios para seguros públicos e privados. Há muito desperdício dos recursos para prestação de serviços e os leitos hospitalares são subutilizados.

Em países de renda média, como o Brasil, os custos dos serviços de saúde são significativamente elevados e os gastos públicos estão crescendo em ritmo maior do que a renda por pessoa.

O dinheiro público é gasto com intervenções pouco eficazes, ao mesmo tempo em que intervenções essenciais e de grande eficácia em relação ao seu custo permanecem sem financiamento público e/ou privado.

Nesse contexto, entende-se que a EBSEH representa a possibilidade de construção de um novo modelo de gestão estratégica para a administração dos hospitais universitários federais, pois acrescenta três dimensões: o contexto, a estratégia, o modelo de gestão e a gestão de pessoas. A partir da criação da EBSEH, a Empresa passa a ser a gestora dos recursos do REHUF, conforme delegação estabelecida pela Portaria n. 442/2012, do Ministério da Educação, e responsável pelas metas estabelecidas no Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais e definidas no contrato de gestão celebrado com as IFES.

O REHUF é atendido por meio de duas ações orçamentárias constantes da Lei Orçamentária Anual (LOA): a ação "20G8 – Reestruturação dos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares Prestados pelos Hospitais Universitários Federais" a cargo do Fundo Nacional de Saúde, e pela ação "20RX – Reestruturação e Modernização de Instituições Hospitalares Federais" a cargo da EBSEH. Para a operacionalização do programa, cada hospital deve apresentar ao MS e ao MEC um plano de reestruturação que será utilizado como base para a definição dos valores destinados a cada unidade, considerando o porte, o perfil, o número de leitos e a integração ao SUS. Desde o início de 2012, a EBSEH, estatal vinculada ao MEC, passou a ser o órgão responsável pela gestão do REHUF (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, destaca-se a metodologia seguida pela EBSEH nas unidades hospitalares em processo de contratação. Inicialmente, é realizado um dimensionamento da situação dos hospitais de ensino, antes da contratação, e, a partir desse instrumento, são definidas metas e indicadores para mensuração da melhoria no desempenho hospitalar. A sistemática estabelecida tem como finalidade mensurar a efetividade dos serviços prestados, no contexto da atenção à saúde, ao ensino e à pesquisa, bem como da gestão administrativa e financeira, após a adesão à EBSEH, conforme Plano de Reestruturação definido para cada unidade hospitalar. Além disso, também foi delegado à EBSEH o exercício de competências relacionadas à certificação e à contratualização de hospitais de ensino no âmbito do Ministério da Educação por meio da Portaria n. 447, de 24 de maio de 2013, dando seguimento ao modelo de financiamento criado em 2004.

Frente a esse fato, infere-se que a EBSEH tem buscado atuar com a preocupação de ser eficiente e de oferecer serviços de qualidade, visto que se utiliza de uma linha de base que permite situar o hospital em relação a quesitos que definem indicadores de atenção à saúde, de

ensino e pesquisa, de infraestrutura e de pessoal, para avaliação do desempenho de sua gestão. Assim sendo, o norte desenvolvido pela EBSEH refere-se a um diagnóstico inicial da situação dos HUFs, antes da contratação, a partir do qual são estabelecidas metas prioritárias e indicadores de desempenho para o período de vigência do contrato de gestão, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS).

2.4 EFICIÊNCIA E EFICÁCIA NO SERVIÇO PÚBLICO

A presença mais ativa da sociedade nas questões de interesse geral contribuiu para que, no mundo moderno, a administração pública elaborasse propostas de reformas que redefiniram a função do Estado (CARDOSO, 1996). Segundo Alcântara (2006, p. 1):

O Estado, tradicionalmente firmado no modelo burocrático de administração, foi submetido a grandes questionamentos a partir da década de 1970, que colocaram este modelo em xeque no mundo todo, seja sob o ponto de vista econômico, social ou administrativo.

Alcântara destaca que, nesse período, ocorreram fortes crises fiscais, com os governos encontrando dificuldades para o financiamento e a população se insurgindo contra o aumento de impostos. O processo de globalização tornou-se cada vez mais generalizado e advieram inovações tecnológicas, enfraquecendo o controle dos governos em relação aos fluxos financeiros e comerciais. Os governos tinham menos poder e menos recursos e as demandas da população aumentavam.

Dessa forma, o modelo burocrático, baseado em organização dirigida por procedimentos rígidos, forte hierarquia, total separação entre o público e o privado e ênfase nas atividades-meio não mais atendia às necessidades da administração pública (ALCÂNTARA, 2006). Em consequência disso, foi proposta a Reforma Gerencial da Administração Pública, baseada em uma ideia do Estado e de seu papel, a qual procura responder quais são as atividades que o Estado deve realizar diretamente, quais deve apenas financiar ou promover, e quais as que não lhe competem (BRESSER-PEREIRA, 2009).

Para Bresser-Pereira (2009), a proposta de administração pública gerencial surgiu no Brasil como uma resposta à grande crise do Estado, da década de 1980, e à globalização da economia – dois fenômenos que estão impondo, em todo o mundo, a redefinição das funções do Estado e da sua burocracia, buscando uma administração pública eficiente. Sua origem advém de práticas adotadas em outros países e pressupõe que será gradual e duradoura. Destaca-se ainda que a reforma da gestão de 1995 pretendeu criar novas instituições jurídicas e organizacionais, por meio do enxugamento do aparelho do Estado, mas tendo como objetivo

central reconstruir sua capacidade, tornando o governo mais eficiente e mais responsável. Ainda, os processos de reforma e modernização da administração pública, no Brasil, passam pelo desafio de atender, de forma democrática e eficiente, as demandas da sociedade.

Considera-se, porém, que a Constituição de 1988 representou, para a gestão pública, um retrocesso ao modelo burocrático. Desse modo, a edição da Emenda Constitucional n. 19 (EC 19/98) significou uma verdadeira mudança de paradigma e possibilitou importantes avanços para o campo público. Com ela, tem-se a permissão legal para se adotar, no Brasil, as reformas gerenciais (CASTRO, 2006). A Carta Federal elencou, em seu artigo 37, os seguintes princípios da administração pública: legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade. Porém, pode-se afirmar que a reforma administrativa traçada na década de 1990 teve seu início a partir da aprovação da Emenda Constitucional n. 19, de 04 de junho de 1998, pelo Congresso Nacional.

Dessa forma, foi a partir da EC 19/98 que o Princípio da Eficiência foi acrescentado aos princípios norteadores da administração pública, passando o texto constitucional a dispor que:

Art. 37 – A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência [...] (BRASIL, 1988, grifo da autora)

Entretanto, mesmo antes do princípio da eficiência fazer parte dos princípios constitucionais que regem a Administração Pública, a doutrina já o elencava como um dos princípios a serem observados pelos administradores públicos (ALCÂNTARA, 2006). Além disso, o princípio da eficiência incluído expressamente na Constituição da República faz com que o bom resultado nos serviços e um melhor aproveitamento do dinheiro sejam condutas exigíveis do administrador pela sociedade (BERWIG; JALI, 2012). Desse modo, o acréscimo desse preceito, como um dos princípios constitucionais, denota eficiência do setor público como um direito que cabe a todo cidadão.

A eficiência consiste em uma poderosa arma da sociedade no combate à má administração, normalmente encontrada por estruturas burocráticas, engessadas e ineficientes (ALCÂNTARA, 2006). Sendo assim, a eficiência dá legitimidade ao controle do exercício da atividade do agente público, tanto pelo cidadão como pela própria Administração Pública. E esse controle abrange tanto a competência vinculada como a discricionária dos agentes públicos. Isso porque o objetivo do princípio da eficiência é a própria satisfação do interesse público.

A eficiência está relacionada à melhor utilização dos recursos para atingir um objetivo. Prestes Motta e Bresser-Pereira (1980) a definem como a coerência dos meios em relação aos

fins visados, e se traduz no emprego de esforços (meios) para a obtenção de um máximo de resultados (fins). Para Rua (1999), a eficiência está vinculada prioritariamente à produtividade e Alfonso (1995) a classifica como técnica que expressa a relação entre os recursos e os resultados físicos, e econômica, que demonstra a relação entre os custos dos recursos e o valor dos resultados, sendo esta geralmente o foco das reformas administrativas.

Do mesmo modo, em meio a mudanças no cenário mundial, a população passou a exigir do gestor público uma nova postura, com vistas a desempenhar suas funções com eficiência diante do novo mandamento constitucional, corroborando com os serviços essenciais que devem ser prestados pela Administração Pública. Uma das consequências disso é a tendência muito forte de privatizações e concessões de serviços públicos, que antes eram atendidos pelo Estado, para particulares que passaram a prestar tais serviços sob a fiscalização estatal.

Dessa forma, implementou-se a administração gerencial e, para isto, foi necessário que os agentes públicos mudassem suas posturas e se adequassem para desenvolver a nova gestão pública. O novo gestor público precisou lançar mão de técnicas de gestão utilizadas pela iniciativa privada e tornou-se consensual que se faz necessário um acompanhamento constante do desempenho das atividades propostas para que efetivamente se chegue a uma gestão eficiente, uma gestão por resultados (GONÇALVES, 2016).

É importante destacar que o conceito de eficiência apresenta necessariamente contornos diferenciados em organizações privadas e públicas, pois, enquanto em organizações privadas o interesse financeiro e de seus proprietários é que a maximização do lucro seja predominante, nas organizações públicas, deve prevalecer o interesse ou a necessidade dos cidadãos, ou contribuintes. Nessa vertente, Nassuno (1999) observa que o conceito tradicional de eficiência se relaciona ao melhor uso de recursos visando ao lucro, enquanto que na seara pública ela pode ser definida como o melhor uso de recursos para atender ao interesse público.

Por outro lado, eficácia consiste em escolher corretamente o que fazer, ou seja, selecionar os objetivos adequados ou as alternativas corretas. Ainda nessa perspectiva, para André (1993), eficácia é o grau em que as metas, entendidas como atributos mensuráveis de objetivos para um dado período de tempo, foram efetivamente atingidas. É o grau no qual uma empresa alcança um objetivo estipulado, como, por exemplo, melhoria na qualidade, lucros maiores e aumento na participação no mercado. Como indicadores de eficácia, recomendados na administração pública, encontra-se a inovação, a adaptação a mudanças e a aprendizagem organizacional. Boyle (1989) considera que, para avaliar eficácia, é necessário definir claramente os objetivos da organização. No setor público, para este autor, devem participar os políticos, o corpo técnico-burocrático e a população. Além disso, é importante observar que a

Constituição Federal (1988) prevê a avaliação de resultados quanto à eficácia no seu artigo 74, inciso II:

I – ...Art. 74. Os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário manterão, de forma integrada, sistema de controle interno com a finalidade de:

II – Comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à eficácia e eficiência, da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e entidades da administração federal, bem como da aplicação de recursos públicos por entidades de direito privado.

A avaliação da eficácia do serviço público é um desafio ainda maior do que a análise sobre a eficiência, sobretudo porque a eficácia, em geral, está ligada à definição e possível consecução de objetivos, que, muitas vezes, estão no âmbito da discricionariedade do administrador público (ALCÂNTARA, 2009). Pedraja e Salinas (2005) consideram natural a preocupação com a maior eficiência no setor público, tendo em vista a exiguidade de recursos e os gastos crescentes nesse setor.

Assim, a busca por maior eficiência se dá em conseguir um maior *output* com os mesmos recursos, ou o mesmo *output* com menos recursos. Ou tentando fazer ambos ao mesmo tempo. A eficiência, para Pimenta (1998), é considerada como ampliação dos serviços prestados à população, satisfação (percepção da qualidade) dos cidadãos em relação aos serviços e indicadores de desempenho. Boyle (1989), por sua vez, dá exemplos de possíveis indicadores de eficiência no setor público: custo por leito hospitalar, custo por aluno, entre outros.

Segundo Alcântara (2009, p. 27), “a avaliação da eficiência é de difícil operacionalização, ainda mais em serviços públicos. Grande parte das atividades públicas não permite uma avaliação direta e objetiva dos resultados, pois elas atuam em sistemas abertos e complexos”. Já Alfonso (1996, p. 96), refere-se às “dificuldades de mensuração e avaliação da eficiência no setor público: dificuldade de definição e medição dos resultados, imperfeição dos indicadores de resultados, limitação burocrática para redução de custos e resistências à avaliação”. O autor (1996) considera também que, geralmente uma organização não poderá ser avaliada por apenas um critério, mas por um conjunto deles. Cita, como exemplos, inovação, adaptação a mudanças e aprendizagem organizacional.

A avaliação de um serviço público, sempre que possível, deve ser feita por meio dos produtos ou serviços obtidos (*outputs*) e não por meio dos recursos ou insumos consumidos (*inputs*), pois é importante levar em conta a qualidade do serviço baseada na visão do usuário e na ausência de um modelo generalizável para todos os países. A avaliação deve considerar as particularidades e o momento de cada país, bem como não se centrar apenas nos aspectos contábeis (PEDRAJA; SALINAS, 2005).

Na teoria administrativa, eficácia e eficiência são consideradas fundamentais a qualquer organização pública ou privada. Ambas são vitais para o planejamento: determinar os objetivos certos e, em seguida, escolher os meios certos de alcançar esses objetivos (LIMA, 2014). Cunha e Correa (2012) destacam que, diante da emergência de perspectivas específicas para modelos de avaliação de desempenho e eficiência organizacional, um dos setores que merece uma atenção especial é o das organizações de saúde. Segundo os autores, existe grande interesse por essa área, o que se comprova pela quantidade significativa de estudos sobre o tema que envolvem as organizações de saúde.

Em especial, pela grande popularidade na área de gestão hospitalar, nas décadas de 1980 e 1990, da criação de indicadores de desempenho na área de gestão hospitalar (DAVIES; LAMPEL, 1998). No entanto, os estudos sobre organizações de saúde carecem de respaldo de conceitos oriundos da Administração (CUNHA; CORREA, 2012). A preocupação com a avaliação do desempenho é instituída na Constituição Federal de 1988, com a Reforma Administrativa de 1995, mediante a introdução da figura do contrato de gestão. Ao contrário da reforma anterior, essa é orientada pela visão de um Estado menos intervencionista e mais gerencial. A preocupação com a melhoria do desempenho se refletiu também na inclusão do princípio de eficiência na administração pública, na criação de novas figuras institucionais (agências executivas, agências reguladoras e organizações sociais) e na eliminação do Regime Jurídico Único. Esse último, que visava dotar a administração pública de maior flexibilidade na gestão de recursos humanos (SUZUKI; GABBI, 2009).

Para Suzuki e Gabbi (2009), o contrato de gestão é um instrumento de acordo em que há a troca de flexibilidades por resultados, o que necessariamente implica na medição e na avaliação do desempenho em relação ao pactuado. Contudo, ao se tratar do tema Eficiência em Serviços de Saúde, o debate remete a várias perspectivas, visto que depende do ponto de vista do observador (usuário, cliente, governo, acadêmicos, profissionais da área da saúde etc.), do grau de conhecimento organizacional de quem realiza a análise e do método ou instrumento utilizado para a avaliação de seu desempenho.

A carência do respaldo de técnicas e conhecimentos da Administração aplicados à área da saúde é um dos elementos que gera deficiências para as organizações do setor (CUNHA; CORREA, 2012). Primeiramente, porque existe a percepção de que há atendimento com problemas de qualidade e desempenho, principalmente, naquelas organizações de saúde que atendem à população carente.

As características sociodemográficas do país demonstram maior tendência à utilização do sistema de saúde, e com isso, requerem uma gestão dessas organizações sob pressões de

redução e controle de recursos escassos (CUNHA; CORREA, 2012). Dentre essas características, destacam-se: (a) o envelhecimento da população, diante da maior expectativa de vida do brasileiro e na crescente participação dos idosos na população total (REDE INTERAGÊNCIA DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008) que tende a resultar numa maior utilização do sistema de saúde; (b) a tendência de crescimento do PIB brasileiro acompanhada do aumento do PIB per capita no Brasil (IBGE, 2008) aponta que a fronteira de gastos com saúde, em especial, daqueles que detêm menor poder aquisitivo tende a aumentar; (c) o modelo constitucional universalista de atendimento à saúde, em que todo cidadão brasileiro tem direito de atendimento à saúde, fez com que as organizações de saúde participantes do Sistema Único de Saúde (SUS) tivessem maior demanda por atendimento; (d) o gasto público com saúde representa uma considerável proporção do PIB nacional, sendo que esse gasto aumentou de forma absoluta e per capita entre 2000 e 2004 (SIOPS, 2001; 2005; IBGE, 2001). E, diante desse cenário propulsor de limitações e deficiências para a gestão de organizações de saúde no Brasil, há maior pressão para que se atinjam níveis mais elevados de qualidade, produtividade e efetividade de suas atividades (CUNHA; CORREA, 2012).

Historicamente, a qualidade da assistência à saúde tem sido determinada por meio do julgamento individual dos profissionais envolvidos. No entanto, as pressões da sociedade, os altos custos da assistência, bem como a necessidade de promover a equidade de acesso aos recursos estão direcionando os esforços das instituições públicas no sentido de buscar evidências objetivas de que os serviços de saúde estão sendo providos, de maneira eficiente, enquanto mantêm e melhoram a qualidade do cuidado ao paciente (PNASS, 2007).

A busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico e social (KLUCK, 2004). A sociedade está exigindo cada vez mais a qualidade dos serviços a ela prestados, principalmente por órgãos públicos. Nesse contexto de crescimento demográfico, envelhecimento populacional, crises mundiais e escassez de recursos, a Organização Mundial da Saúde, a partir de consultas técnicas do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Indicadores e Cargos e Notificação, estabelecido pelos líderes de agências de saúde globais em setembro de 2013, elaborou uma lista de referência global de 100 indicadores de saúde fundamentais. Esses indicadores têm por finalidade mensurar, controlar, avaliar, definir políticas públicas e planejar a alocação de recursos em saúde (FIOCRUZ, 2014).

Dessa forma, o monitoramento dos compromissos e resoluções internacionais adotados pelos governos nacionais, como as declarações e resoluções das Nações Unidas e da Assembleia Mundial da Saúde, é realizado a partir de indicadores para monitoramento do progresso e do

impacto das políticas públicas em ações e serviços de saúde (FIOCRUZ, 2014). Dentro do conjunto central, pode ser importante identificar um pequeno conjunto de indicadores que são utilizados para orientar os compromissos políticos para a saúde de forma que transcenda o setor da saúde. Como exemplo, tem-se a taxa de mortalidade infantil e a razão de mortalidade materna, a taxa de mortalidade por tabagismo, a mortalidade por acidente de trânsito, a mortalidade relacionada à AIDS, a morbidade, a taxa de fertilidade, de nutrição, entre outros (FIOCRUZ, 2014).

Todo o debate atual revela o quanto o tema saúde pública continua na pauta dos governos mundiais. No Brasil, desde 1998, o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), que se caracteriza por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de pronto-socorro, ambulatório e internação, além de aplicação de um roteiro técnico de avaliação, realizado pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários (BRASIL, 2017).

No ano de 2003, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio de seu Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), optou por reformular o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH). Essa reformulação tinha como objetivo tornar o Programa mais amplo, para que pudesse ser aplicado nas diversas complexidades dos serviços de saúde. Assim, a partir de 2004, o PNASH passou a ser denominado Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS).

Dessa forma, verifica-se que há uma preocupação dos governantes, no Brasil, em mensurar resultados para gerenciamento, avaliação e planejamento das ações em saúde, possibilitando mudanças efetivas nos processos e nos resultados, por meio do estabelecimento de metas e ações prioritárias que garantam a melhoria contínua e gradativa de uma situação ou agravo. Ainda, com o objetivo de avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde quanto a universalidade do acesso, integralidade, igualdade, resolubilidade e equidade da atenção, descentralização com comando único por esfera de gestão, responsabilidade tripartite, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, o governo instituiu o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS, 2017).

O IDSUS tem a finalidade de avaliar a rede de atenção à saúde quanto ao acesso e aos resultados das ações e serviços de saúde na vigilância em saúde e na atenção básica, especializada ambulatorial e hospitalar, assim como de urgência e emergência, identificar e avaliar problemas e deficiências do SUS, subsidiando a superação destes, e ser referência para

a construção de pactos de compromissos entre gestores federal, estaduais e municipais (IDSUS, 2017).

Como forma de apresentar de forma resumida as principais abordagens sobre o tema de estudo, apresenta-se a seguir um quadro com a revisão de literatura utilizada nesta pesquisa.

Quadro 1 – Síntese da Revisão de Literatura

(continua)

Tema	Principais Aspectos	Fonte
2.1 A Relação dos Hospitais de Ensino (HE) com o SUS	<ol style="list-style-type: none"> 1. O Papel operacional nas ações governamentais; 2. As três grandes fases do Sistema de Saúde no Brasil; 3. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, a descentralização da gestão e a implantação do mecanismo de regulação do SUS; 4. O Pacto pela saúde e as competências de cada ente federativo; 5. A Competência do SUS em ordenar a formação de Recursos Humanos (RH) na área de saúde; 6. A criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS) em 1991 com critérios de enquadramento dos HE no SUS; 7. O Processo de avaliação pelos Ministérios da Saúde e Educação, para a certificação dos HEs no Brasil. 	LIRA et al., 2014; MEDICI, 1997; PAIM, 2013; FONSECA; FERREIRA, 2009; Carmo (2006, p. 28) Drago (2011, p. 79); Cecílio (2005, p. 512); Caldas (2008); BISCAIA, 2013; LIRA, NOGUEIRA, 2014; BONACIM, ARAUJO, 2010; e Toro (2005, p. 55).
2.2 A crise de financiamento e de Gestão dos HUFs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas relacionados à gestão financeira e de RH nos HEs; 2. A origem da crise dos HEs; 3. O financiamento, gestão e inserção dos HEs no SUS e relacionamento com a academia; 4. O financiamento vinculado à produção de serviços de saúde; 5. A Insuficiência de pessoal; 6. O conflito entre as frentes de atuação dos Ministérios da Educação e da Saúde, nos HEs; 7. A demanda por substituição gradativa de pessoal terceirizado; 8. A defasagem da tabela SUS em relação aos valores da produção e arrecadação da receita da contratualização. 	Toro (2005, p. 55); Teixeira (2016, p. 2); ABRAHUE (2003);Carmo (2006); Biscaia (2013); Sodré et al. (2013); Drago (2011); Acórdão TCU N. 1520/2006, Acórdão TCU N. 2681/2011; Ação Civil Pública N. 2007.71.02.005911-4/RS; Cislagui (2010).

(conclusão)

Tema	Principais Aspectos	Fonte
2.3 REHUF e EBSEH	<ol style="list-style-type: none"> 1. A criação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF); 2. O financiamento progressivo do REHUF pelo MEC e MS; 3. Criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH); 4. Adesão da UFSM ao Contrato de Gestão da EBSEH; 5. Contrarreforma nas políticas sociais; 6. Ineficiência nos serviços de saúde; 7. Delegação à EBSEH como gestora do REHUF e estabelecimento de metas para os Contratos de Gestão com as IFES; 8. Delegação à EBSEH de competências para a certificação e contratualização de HES. 	<p>Decreto n. 7082/2010; Biscaia (2013); Lei Federal n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011; Contrato UFSM n. 230, de 16 de dezembro de 2013; Machado e Kuchenbecker (2007); Bhering (2003); Pessoa et al. (2003); Mirshawka (1994, p. 8); Portaria MEC n. 442, de 25 de abril de 2012; e Portaria MEC n. 447, de 24 de maio de 2013.</p>
2.4 Eficiência e Eficácia no serviço público	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforma para redefinição das funções do Estado; 2. Modelo burocrático não mais atendia as necessidades da administração pública; 3. Foi proposta a Reforma Gerencial da Administração Pública; 4. Emenda Constitucional n. 19 (EC 19/98) significou uma verdadeira mudança de paradigma e possibilitou importantes avanços para o campo público, foi introduzido o Princípio da Eficiência; 5. Eficiência relacionada a melhor utilização dos recursos para atender o interesse público e eficiência vinculada a produtividade; 6. Gestão eficiente, gestão por resultados; 7. Eficácia, o que fazer, selecionar alternativas corretas, definir claramente os objetivos da organização; 8. Criação de indicadores de desempenho na área de gestão hospitalar; 9. A busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico e social; 10. Avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde; 	<p>CARDOSO, 1996; Alcântara (2006, p. 1); BRESSER-PEREIRA, 2009; CASTRO, 2006; BERWIG; JALI, 2012; Prestes Motta e Bresser-Pereira (1980); Rua (1999); Alfonso (1995); GONÇALVES, 2016; Nassuno (1999); André (1993); Boyle (1989); Pedraja e Salinas (2005); Pimenta (1998); LIMA, 2014; Cunha e Correa (2012); DAVIES; LAMPEL, 1998; SUZUKI; GABBI, 2009; KLUCK, 2004; FIOCRUZ, 2014; e IDSUS, 2017.</p>

Fonte: Elaborado pela autora

3 METODOLOGIA

Neste capítulo, aborda-se a metodologia utilizada na presente pesquisa. Primeiramente, são descritos os meios utilizados para a obtenção dos dados, e, em seguida, são apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para responder ao problema de pesquisa. Neste sentido, o capítulo foi dividido em delineamento da pesquisa, unidade de análise, técnica de coleta de dados, modelo analítico, técnica de análise de dados e limitações do método.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Para melhor compreensão dos procedimentos metodológicos, retoma-se o objetivo deste estudo, que teve como foco principal identificar as principais mudanças operacionais e de eficiência no Hospital Universitário de Santa Maria, após a implantação da EBSERH. O percurso metodológico adotado para consecução dos objetivos foi a abordagem narrativa realizada por meio de pesquisa de campo nas unidades administrativas do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); e, aplicação de modelagem quantitativa para prospectar o desempenho e eficiência.

A pesquisa narrativa é descrita por Polkinghorne (1995, p. 1) como análise narrativa, um tipo de estudo que reúne eventos e acontecimentos e produz uma história explicativa. Em síntese, a pesquisa narrativa é um método investigativo que descreve o fenômeno estudado.

Sendo o objeto de estudo uma organização pública, optou-se por este tipo de delineamento, por se tratar de estratégia de pesquisa utilizada em situações onde seja necessária uma análise profunda, permitindo comparações entre enfoques específicos. A coleta de dados é o que lhe permite, na fase posterior, partir para o processo narrativo de produção de conhecimento, validando ou não as suas hipóteses de investigação (FANTASIA; LEITE, 2014).

A metodologia pesquisa narrativa comporta dois aspectos essenciais: uma sequência de acontecimentos e uma valorização implícita dos acontecimentos relatados (PRADO; SOLIGO, 2003). Enquanto a modelagem quantitativa Análise Envoltória de Dados (DEA) é utilizada na mensuração da eficiência de Unidades Tomadoras de Decisão (DMU's). Entre os estudos de eficiência aplicados na área da saúde, a DEA é a técnica mais frequentemente utilizada (LOBO et al., 2016).

Desse modo, este estudo constituiu-se de uma pesquisa de campo (MARCONE; LAKATOS, 2008; VERGARA, 2007), exploratória (VERGARA, 2007), descritiva (GIL, 2002; VERGARA, 2007), com as abordagens qualitativa e quantitativa, mediante a utilização das

técnicas: revisão de literatura, coleta de dados, observação direta e pesquisa documental, para a construção da pesquisa narrativa, e aplicação da modelagem Análise Envoltória de Dados, desenvolvidas em uma das unidades hospitalares que passaram à gestão da EBSEH.

3.2 UNIDADE DE ANÁLISE

Como visto anteriormente, as universidades brasileiras possuem hospitais para “o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde”. A rede de hospitais universitários federais é formada por cinquenta hospitais vinculados a 35 instituições federais de ensino superior, sendo que, desse total, quarenta hospitais já estão sob a gestão da EBSEH. Para o desenvolvimento dessa pesquisa, foi escolhido o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

A escolha do HUSM como unidade de análise foi determinada por ser um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com abrangência regional no Estado do Rio Grande do Sul. O HUSM é uma instituição de personalidade jurídica e pública federal (LIMA, 2003), que atua como hospital de ensino para os cursos de formação nas áreas de atenção à saúde e tem como função “ser considerado referência em saúde para a região centro do Rio Grande do Sul” (HUSM, 2016). Além disso, se destaca por servir para práticas didáticas, tem como objetivo oferecer atendimento médico e hospitalar à população, nas mais diversas áreas, sendo considerado um hospital modelo entre as unidades universitárias de saúde (LIMA, 2003). Assim como por reunir profissionais renomados e servir de campo de atuação para centenas de estudantes de Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicologia, Odontologia e Serviço Social (LIMA et al., 2005).

Como órgão suplementar central, o HUSM é ligado ao Gabinete do Reitor, para efeito de supervisão e controle administrativo, e tem como função básica apoiar o ensino de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde (CCS). O HUSM reunia, em 2017, 157 docentes, 2.500 estudantes de graduação, 14 estudantes de mestrado e doutorado, 218 residentes e 796 estagiários curriculares (EBSEH, 2017).

A instituição ocupa uma área física de aproximadamente 30.000 m². Os números ainda envolvem 103 consultórios de atendimento ambulatorial, um total de 403 leitos, dos quais dez são da Unidade de Tratamento Intensivo (adulto), dez leitos da Unidade de Tratamento Intensivo (neonatal), sete salas de centro cirúrgico e três salas no centro obstétrico. Dessas, duas para partos normais e uma para partos cesáreos (EBSEH, 2017).

3.3 TÉCNICA DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Os procedimentos metodológicos utilizados para coletar as informações necessárias ao estudo foram, inicialmente, uma pesquisa bibliográfica como procedimento preliminar à realização da pesquisa exploratória. No momento seguinte, foi realizada a etapa quantitativa-descritiva, fundamentada na pesquisa documental e coleta retrospectiva de dados. Nessa fase do processo, visa-se relacionar as informações em dados que de alguma forma já foram analisados, como relatórios de gerenciamento, boletins estatísticos, demonstrativos e prestações de contas disponibilizados para os órgãos de controle interno e externo, que darão embasamento à análise (GIL, 2002).

A pesquisa bibliográfica sobre a legislação e as normativas infraconstitucionais relacionadas ao objeto de estudo ocorrerá por meio do Sistema de Legislação de Saúde do Ministério da Saúde, do Sistema de Legislação Hospitalar da EBSEH. De modo complementar, foi feita uma revisão de literatura sobre o tema a partir de textos obtidos na base de dados Scielo, no Google Acadêmico e na Biblioteca Digital do Senado Federal.

A coleta de dados foi realizada em dados secundários dos seguintes sítios: do Ministério da Saúde; do Departamento de Informática do SUS; do Portal do Orçamento Federal – SIGA BRASIL; do Portal de Transparência do Governo Federal, do Portal do Tribunal de Contas da União, do Sistema de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI); do Tesouro Gerencial; do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE); dos sistemas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS); do Sistema de Informações de Ensino (SIE), da organização EBSEH/MEC; da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); do Tribunal de Contas da União (TCU); e do HUSM/EBSEH. Assim como terá como base, documentos e demonstrativos que forem disponibilizados quando da observação direta na unidade de análise.

Cabe destacar que a pesquisa documental se valeu de materiais que ainda não receberam nenhuma análise aprofundada. Esse tipo de pesquisa tem como objetivo selecionar, tratar e interpretar dados com a finalidade de extrair o máximo de informações necessárias para concretizar o estudo (LEITE, 2001) e, assim, alcançar seu objetivo norteador, ou seja, identificar e analisar as mudanças estruturais e operacionais que ocorreram no Hospital Universitário de Santa Maria após a contratação da EBSEH.

Por conseguinte, os dados secundários foram categorizados, codificados, tabulados em planilha Microsoft Excel, atualizados, analisados estatisticamente e interpretados por meio da técnica de análise horizontal e vertical para a descrição comparativa dos resultados. As análises

vertical e análise horizontal prestam-se fundamentalmente ao estudo de tendências, representam uma das técnicas mais simples de aplicação e, ao mesmo tempo, uma das mais importantes sob o aspecto da qualidade das informações geradas para a avaliação do desempenho empresarial (MATARAZZO, 2003, ASSAF NETO, 2007).

Posteriormente, foi adotado como procedimento metodológico para a consecução da segunda linha de abordagem dessa pesquisa, a realização de estudo comparativo da eficiência antes e após a gestão da EBSEH no HUSM. Assim, primeiramente, tornou-se necessária a escolha de um modelo capaz de realizar uma avaliação comparativa do desempenho e da eficiência, considerando as variáveis e a escala temporal definidas para o estudo.

Dessa forma, este estudo desdobra-se em duas etapas: a primeira, que resultará na concretização de uma ótica comparativa, mediante análise documental em instrumentos que mensurem e quantifiquem resultados no período de análise e que coadunem com o objetivo central desta pesquisa; e a segunda, em que o estudo assume o caráter quantitativo-descritivo, fundamentado na coleta retrospectiva de dados, na aplicação de modelo de análise e na interpretação de resultados.

3.4 MODELO ANALÍTICO

Conforme já esboçado anteriormente, este estudo se propõe a realizar pesquisa documental para identificar e analisar as principais mudanças ocorridas no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) após a contratação da EBSEH; além de aplicar modelagem quantitativa para prospectar o desempenho e eficiência. De acordo com Souza e Wilhelm (2009), na literatura, pode-se encontrar três abordagens básicas para a mensuração multidimensional da produtividade e da eficiência técnica: a construção de índices de produtividade total dos fatores, a abordagem econométrica e a abordagem de programação linear. Para esses autores, a abordagem de programação linear é concebida para cumprir dois objetivos principais: construir fronteiras de produção a partir de dados empíricos e computar uma medida de produtividade, relacionando-se dados de observação com as fronteiras de produção.

A partir de pontos observados, que são combinações de insumos e produtos de um conjunto de unidades, estabelece-se como medida de eficiência a distância de um ponto à sua projeção na função fronteira. Essa função é chamada de função de produção eficiente e é usada como referência para comparar a eficiência ou a ineficiência das várias unidades em relação a esta fronteira.

Farrel (1957) tentava definir uma medida única de eficiência que levasse em consideração múltiplos insumos e propôs que os conceitos básicos de eficiência abrangessem dois aspectos: a) eficiência técnica, como uma medida que reflita a habilidade de uma firma obter a máxima produção a partir de um conjunto dado de insumo; b) eficiência alocativa, como medida que reflita a habilidade de uma firma utilizar os insumos em produções ótimas, dados os seus respectivos preços, minimizando os custos; e, c) eficiência econômica total, que reflita a combinação das eficiências técnica e alocativa para obter uma medida final (FERREIRA; GOMES, 2009).

O modelo não paramétrico Análise Envoltória de Dados (DEA) é utilizado para avaliar o desempenho de organizações (empresas, hospitais, bibliotecas, departamentos de empresas, instituições de ensino etc.) e atividades sem exigir relações funcionais entre os insumos (*inputs*, recursos) e os produtos (*outputs*, resultados). As organizações são denominadas de Unidades de Tomada de Decisão (*Decision Making Units* – DMU), que devem utilizar os mesmos insumos e produtos para serem avaliados (SILVA et al., 2014).

Dentre as modelagens quantitativas que auxiliam os gestores na tomada de decisão, um método que tem se destacado nos últimos anos é a DEA, uma ferramenta matemática surgida na década de 1950 (FARRELL, 1957) e operacionalizada nas décadas de 1970 (CHARNES; COOPER; RHODER, 1978) e 1980 (BANKER; CHARNES; COOPER, 1984), propondo-se a medir a eficiência de um processo baseando-se, para isto, na análise de *inputs* e *outputs* não paramétricos de um determinado processo. Foi inicialmente utilizada nas linhas de produção das empresas e, na última década, passou a fazer parte das ferramentas disponíveis para a realização de análises organizacionais, ao medir a eficiência de organizações (ZHU, 2009).

Para Soares (2014), este modelo não paramétrico, que emprega programação matemática para medir a eficiência de DMUs com *inputs* e *outputs* comuns, permite que os *inputs* sejam múltiplos e assumam uma variedade de formas (entradas, recursos ou fatores de produção) para obter variados *outputs* (saídas desejadas ou produtos), desde que mensuráveis. Ainda conforme o autor, uma unidade é considerada eficiente se não há possibilidades de melhorar alguma de suas combinações produtivas sem piorar as demais.

A DEA calcula a eficiência técnica das Unidades de Tomadoras de Decisão (DMU) na razão (virtual) entre os produtos (*outputs*) e os insumos (*inputs*), utilizando programação matemática linear para estimar a fronteira da possibilidade de produção. O resultado é apurado nos escores de 0 a 1, ou seja, a variação ocorre de 0 a 100%. O escore 1 (100%) é atribuído para as DMUs consideradas eficientes, e as demais menos eficientes (SILVA et al., 2014). Dessa

forma, a base da medida de eficiência obtida pela DEA é a razão entre as saídas e as entradas totais, ou seja, *outputs* em razão dos *inputs*

$$\text{Eficiência} = \text{output} / \text{input} \quad (1)$$

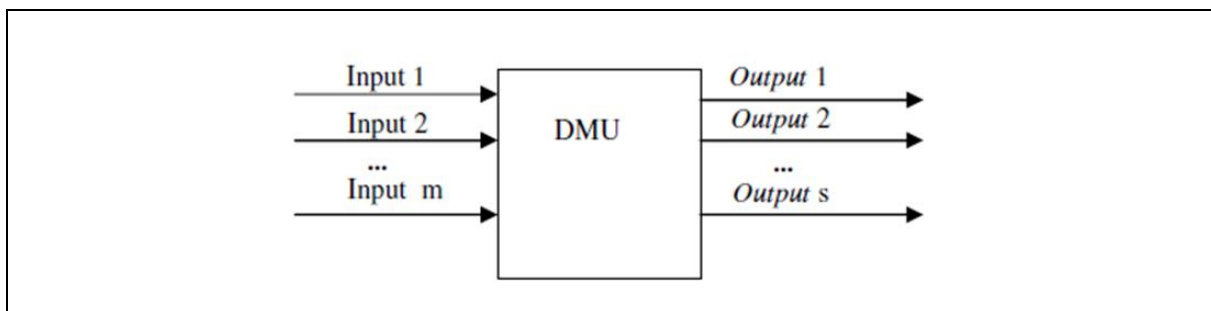
As análises de eficiência organizacional por meio do DEA vêm sendo realizadas, de modo geral, com *inputs* e *outputs* semelhantes (número de funcionários, faturamento, capacidade produtiva, número de pontos de vendas, entre outros), principalmente em empresas de serviços, onde a medição da eficiência produtiva envolve toda a empresa e os indivíduos relacionados a ela (SHAW, 2009). Sua utilização principal tem sido o *benchmarking*, ao identificar as unidades que possuem maior eficiência sobre outras unidades, ou seja, os exemplos a serem seguidos por uma unidade considerada ineficiente (ZHU, 2009).

Para Ferreira e Gomes (2009, p. 23), a DEA tem por objetivo avaliar o desempenho de organizações e atividades essencialmente por meio de medidas de eficiência técnica. Destacam ainda, que

Na Análise Envoltória de Dados, que usa o recurso de otimização da programação linear, a utilização de insumos além do estritamente necessário (excesso) ou produção aquém da adequada (escassez) são denominadas folgas. Fazendo-se um paralelo com a engenharia, a folga de insumo é a ‘energia dissipada’ (FERREIRA; GOMES, 2009, p. 24).

A eficiência de uma empresa ou DMU pode ser entendida como um indicador que avalia se essa empresa combina seus insumos (*inputs*) e produtos (*outputs*) de maneira ótima para obter a máxima produtividade possível (ALMEIDA et al., 2006). Assim, conforme destaca Mariano (2007), uma DMU pode ser definida como todo tipo de sistema produtivo que processa um conjunto de entradas (*inputs*) em um conjunto de saídas (*outputs*). O conceito de DMU está representado na Figura 1:

Figura 1 – Representação de uma DMU



Para Cooper; Seiford e Tone (2000), os elementos básicos de uma aplicação da DEA são os seguintes: a) Decision Making Unit (DMU) ou unidade tomadora de decisão; trata-se da unidade produtiva que se deseja avaliar e comparar com outras unidades da mesma natureza, sendo esta responsável pela conversão de entradas em saídas; b) *inputs* ou entradas são os insumos, como matéria-prima, equipamento, capital, horas de trabalho, energia, e tempo, empregados pela DMU na geração de uma determinada produção; c) *outputs* ou saídas são os produtos gerados pela DMU como bens ou serviços produzidos ou vendidos; uma DMU pode ter uma ou mais saídas; d) modelo escolhido: DEA permite a escolha de vários modelos de cálculos segundo a sua adequação, como por exemplo, o CRS (*Constante Returns to Scale*), e VRS (*Variable Returns to Scale*), com orientação à entrada (ou *input*) ou à saída (ou *output*); e) fronteira de eficiência, que é construída a partir dos melhores resultados apresentados pelo conjunto de DMUs; para essas DMUs é atribuído o valor máximo de eficiência (1 ou 100%); f) eficiência relativa, refere-se ao valor de eficiência (ou ineficiência) das DMUs em relação à fronteira; e g) pesos calculados: os melhores pesos para cada DMU de cada entrada e saída são atribuídos, visando atingir a maior eficiência possível (FERREIRA; GOMES, 2009).

Os dados obtidos são organizados de modo a possibilitar a comparação das DMUs, que, neste estudo, remetem à comparação da eficiência em cada ano (exercício financeiro), em relação à eficiência relativa. O cálculo de uma Eficiência Relativa é que, se uma determinada organização consegue uma alocação ótima entre quantidade produzida e recursos consumidos, consequentemente, outras organizações similares devem ser capazes de fazer o mesmo para operar de forma eficiente (RANAMATHAN, 2003).

Dessa forma, o primeiro passo adotado neste estudo para aplicação da modelagem DEA foi a definição das DMUs. De acordo com Ferreira e Gomes (2009), o conjunto de DMUs deve ter a mesma utilização de entradas e saídas, variando apenas em intensidade. Deve ser homogêneo, isto é, realizar as mesmas tarefas, com os mesmos objetivos, trabalhar nas mesmas condições de mercado e ter autonomia na tomada de decisões.

Além disso, considerando que esta pesquisa foi realizada em unidade de análise única, em perspectiva temporal longitudinal, as DMUs correspondem à escala temporal, definida a partir da seguinte fórmula: $k \geq 2(N+M)$, onde k é o número de DMU, N o número de *inputs* e M o número de *outputs*. Assim, segundo essa equação, o número de DMUs¹ deve ser pelo menos o dobro da soma dos *inputs* e *outputs* (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2005).

¹ O número de DMUs avaliadas neste estudo, corresponde a dez anos, delimitadas como a escala temporal de 2007 a 2016, sendo superior ao número mínimo de DMU's recomendado por FITZSIMMONS (2005).

No passo seguinte, foram definidos quais e quantos itens seriam considerados como *inputs* e *outputs*, visto que essa é uma das tarefas mais importantes na aplicação dessa análise. Por essa razão, e reveladas as características da unidade de análise, um hospital de ensino com atendimento ao SUS, o prospecto contemplou como *inputs* (recursos) a classificação proposta por Marinho e Façanha (2001), já consagrada em vários estudos, composta pelos seguintes itens: a) *inputs* de trabalho; b) *inputs* de capital e, c) *inputs* financeiros, selecionados. Quanto ao *output*, o estudo utilizou o seguinte: a) internações e procedimentos (exames, consultas e atendimentos) de média e alta complexidade (INTPROC), realizados ao ano, coletado junto ao SIH/SUS pelo Setor de Estatística do HUSM.

O terceiro passo é a escolha do modelo. Com base na literatura, existem dois métodos básicos na construção do DEA, que são o CRS (*Constante Returns to Scale*), também chamado CCR (iniciais dos três autores), e VRS (*Variable Returns to Scale*), conhecido também por BBC (iniciais dos autores). O primeiro deles caracteriza-se pela redução de insumos, mantendo o nível de produção, ou seja, orientação ao insumo. Já o VRS destina-se a aumentar a produção, mantendo os níveis de insumo e, portanto, possui orientação ao produto (FERREIRA; GOMES, 2009).

Seguindo esse enfoque, existem duas formas básicas de uma unidade não eficiente tornar-se eficiente. A primeira é reduzindo os recursos, mantendo constantes os produtos (orientação a *inputs*); a segunda é fazendo o inverso (orientação a *outputs*). Nesse contexto, Lins et al. (2003) sugeriram um modelo em que a diminuição de *outputs* de DMUs eficientes, e o conseqüente deslocamento da fronteira de eficiência, implique um aumento da eficiência de uma DMU, não eficiente, sendo que a quantidade de *outputs* dessa DMU mantém-se constante.

O próximo passo, consiste na definição da orientação a ser utilizada, fator que influencia diretamente nos cálculos. Dessa forma, a utilização da DEA é a orientação aplicada ao modelo, que pode ser de duas ordens:

- a) orientado a *input*: quando se deseja estimar qual é o mínimo nível possível de emprego de recursos, mantendo os resultados;
- b) orientado a *output*: quando se deseja estimar qual o máximo nível possível de *output* mantendo fixos os *inputs* (BANDEIRA, 2000, p. 32).

Por meio da utilização dos modelos clássicos de DEA, é possível detectar a eficiência das DMUs, construindo, assim, a fronteira de produção com as unidades que atingirem o máximo de produtividade. O modelo clássico de DEA denominado CCR refere-se à eficiência com retorno constante de escala e foi proposto por Charnes, Cooper e Rhodes em 1978 (COOPER; SEIFORD; TONE, 2000). De acordo com Ferreira e Gomes (2009), o modelo CCR determina a eficiência técnica pela otimização da divisão entre a soma ponderada das “saídas”

(produtos) e a soma ponderada das “entradas” (insumos). O modelo CCR orientado a *outputs* maximiza as saídas, mantendo inalteradas as entradas.

Os modelos CCR pressupõem que as DMUs operem com retornos constantes de escala. Estudos empíricos confirmam que a maior parte dos setores produtivos encontra-se produzindo com retornos constantes de escala (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 1996, p. 138). Porém, de acordo com Peña (2012, p. 782), “em situações de concorrência imperfeita, principalmente no setor público, existem organizações que podem estar operando com retornos crescentes e decrescentes de escala”. Esses modelos consideram que um acréscimo nos *inputs* pode promover um acréscimo no *output* não necessariamente proporcional. Eles avaliam o conjunto de DMUs dependendo da natureza dos rendimentos de escala que caracteriza o processo produtivo, ou seja, permitem comparar unidades de portes distintos.

Por outro lado, o modelo VRS elaborado por Banker, Charnes e Cooper em 1984, também chamado de BCC, considera situações de eficiência de produção com variação de escala e não assume proporcionalidade entre *inputs* e *outputs*. Dessa forma, utiliza o retorno variável de escala (VRS), procurando, assim, evitar problemas existentes em situações de competição imperfeitas. Oliveira et al. (2009) entendem que o modelo VRS se destina a aumentar a produção, mantendo os níveis de insumo e, portanto, possui orientação ao produto.

No modelo VRS, os escores de eficiência dependem da orientação escolhida. O modelo VRS apresenta similaridades com o modelo CCR. A diferença é o acréscimo de uma variável u no numerador (ou de uma variável v no denominador) (OLIVEIRA et al., 2009).

$$\text{Maximizar } Eff_0 = \frac{\sum_{i=1}^m u_i \cdot y_{i0+u}}{\sum_{j=1}^n v_j \cdot x_{j0}} \quad \text{ou} \quad (2)$$

$$\text{Maximizar } Eff_0 = \frac{\sum_{i=1}^m u_i \cdot y_{i0}}{\sum_{j=1}^n v_j \cdot x_{j0} + v} \quad (3)$$

Sujeito a:

$$\frac{\sum_{i=1}^m u_i \cdot y_{ik+u}}{\sum_{j=1}^n v_j \cdot x_{jk}} \leq 1 \quad \text{ou} \quad \frac{\sum_{i=1}^m u_i \cdot y_{ik}}{\sum_{j=1}^n v_j \cdot x_{jk} + v} \leq 1 \quad \text{para } k = 1, 2, \dots, z \quad (4)$$

Em que:

u_i e $v_j > 0$

u e v sem restrição de sinal

sendo que:

u_i = peso calculado para o *output* i ;

v_j = peso calculado para o *input* j ;
 x_{jk} = quantidade do *input* j para unidade k de um determinado setor;
 y_{ik} = quantidade do *output* j para unidade k de um determinado setor;
 x_{j0} = quantidade do *input* j para unidade em análise;
 y_{j0} = quantidade do *output* j para unidade em análise;
 u = variável de retorno a escala;
 z = número de unidades em avaliação;
 m = número de *outputs*; e
 n = número de *inputs*.

Para Souza (2014), no VRS, a comparação ocorre entre cada DMU e a que apresenta o mesmo tipo de retorno à escala, sendo possível a existência de várias *best practices* e, conseqüentemente, várias fronteiras. Desse modo, o modelo BCC, elaborado por Banker, Charnes e Cooper em 1984, utiliza o retorno variável de escala (VRS), procurando, assim, evitar problemas existentes em situações de competição imperfeita (4). O BCC é usado quando ocorrem retornos variáveis de escala, sejam eles crescentes ou decrescentes ou mesmo constantes (CASADO; SOUZA, 2007). No modelo VRS, os escores de eficiência dependem da orientação escolhida.

A seleção das variáveis (*inputs* e *outputs*) é outra etapa de grande importância, em seu aspecto qualitativo e quantitativo (SOUZA et al. 2009). Um modelo operacionalizado com muitas variáveis tende a produzir resultados viesados, fazendo com que muitas DMUs alcancem o score 1 de eficiência (ENCINAS, 2010). A literatura indica que o total de DMUs deve ser no mínimo igual ao dobro do total de *inputs* e *outputs* para garantir a aplicabilidade da análise de eficiência (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2005).

Nessa pesquisa, levou-se em consideração que a unidade de análise é um hospital universitário federal. O sistema de saúde brasileiro, principalmente o público, vive uma constante busca pela garantia de mais recursos, visto que a necessidade por serviços de saúde é sempre crescente diante de recursos limitados.

De acordo com Ferreira (2009, p. 61), "não se considera factível pressupor a diminuição de recursos na área da saúde". Para Marinho e Façanha (2001), a orientação a *output* se justifica pelo fato de que, no caso dos hospitais, principalmente os públicos, seus principais insumos não podem ser reduzidos facilmente. Desse modo, esta pesquisa será orientada a *output*, pois o modelo leva em conta a maximização de resultados disponíveis, consoante critérios utilizados no trabalho Tyagi et al. (2009).

Conforme destaca Demo (2016, p. 45), estudos recentes adotaram o modelo BCC para análise financeira e de desempenho de hospitais filantrópicos e públicos "pois estes trabalharam com uma quantidade estável de recursos humanos, materiais e tecnológicos, que não podem

sofrer variações bruscas em vista a própria natureza de seus serviços” (SOUZA et al., 2013). Da mesma forma, cita Sant’Ana, Silva e Padilha (2015), que utilizaram o modelo BCC para medir a eficiência da utilização de recursos dos melhores hospitais brasileiros segundo publicação da Revista *Exame*.

Desse modo, com o propósito de realizar um estudo comparativo da eficiência da gestão na unidade única de análise, HUSM, antes e após a gestão da EBSEH, o modelo empírico adota o modelo BCC, com orientação a *outputs*, seguindo a classificação de *inputs* e *outputs* orientada (NILO; FAÇANHA, 2001), e como número de unidades homogêneas a serem avaliadas (DMUs), o período correspondente a dez anos (duas vezes o somatório de *inputs* e *outputs*), delimitadas como a escala temporal de 2007 a 2016.

3.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

A fim de relacionar a estrutura do trabalho com os objetivos específicos propostos, verifica-se no Quadro 2 os procedimentos metodológicos utilizados para cada um dos objetivos do presente trabalho.

Quadro 2 – Objetivos e métodos empregados

Objetivos geral da pesquisa	Método empregado
Identificar as principais mudanças operacionais e de eficiência no Hospital Universitário de Santa Maria, após a implantação da EBSEH.	Pesquisa bibliográfica, Pesquisa documental, Análise Horizontal e Vertical e Aplicação do Método Análise Envoltória de Dados.
Objetivos específicos da pesquisa	Método empregado
a) analisar a atual estrutura organizacional do HUSM e compará-la com a estrutura existente antes da contratação da EBSEH;	Pesquisa bibliográfica e Pesquisa documental.
b) comparar as principais características na gestão do Hospital Universitário de Santa Maria antes e após a contratação da EBSEH; e,	Pesquisa bibliográfica e Pesquisa documental.
c) mensurar níveis de eficiência técnica do HUSM, antes e após a gestão da EBSEH.	Análise Envoltória de Dados.

Fontes: Elaborado pela autora.

No embasamento teórico desse estudo foi utilizada a pesquisa bibliográfica, abrangendo as referências teóricas fundamentais que tratam da sua temática norteadora, tais como programas, leis, decretos, portarias, normativas, instrumentos legais, prestações de contas, relatórios contábeis e demais documentos. Ainda, de forma suplementar, foram utilizadas

dissertações de mestrado e teses de doutorado com estudos correlatos à temática dessa investigação.

Por se tratar de abordagens qualitativa e quantitativa, a estratégia de pesquisa que foi adotada na coleta de dados é a pesquisa documental, visto que foram analisados documentos internos da organização estudada, tais como relatórios de auditoria, prestações de contas anuais, projetos institucionais, portarias internas, boletins estatísticos, demonstrativos contábeis e demais documentos que contenham informações que coadunem com o objetivo central desta pesquisa.

Dessa forma, os dados secundários foram categorizados, codificados, tabulados em planilha Microsoft Excel, analisados estatisticamente e interpretados para a descrição comparativa dos resultados. Para a consecução da segunda linha de abordagem desta pesquisa, a realização de estudo comparativo da eficiência, antes e após a gestão da EBSERH no HUSM, foi realizada coleta retrospectiva de dados, e aplicação da modelagem DEA.

Para a aplicação da DEA, o primeiro passo realizado foi a definição de quais e quantos itens seriam considerados como *inputs* e *outputs*, visto que esta é uma das tarefas mais importantes na aplicação dessa análise. Como o total de Unidades Tomadoras de Decisão (DMU) deve ser no mínimo igual a duas vezes o total de *inputs* e *outputs* para garantir a aplicabilidade da análise de eficiência (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2005) e sendo dez o número de anos (exercícios financeiros) – objetos desta pesquisa –, o número de *inputs* e *outputs* utilizados respeitou o limite máximo, ou seja, cinco.

Quanto ao método, neste estudo foi aplicado o modelo BCC (VRS), orientado a *outputs*, pois, segundo Marinho e Façanha (2001), a orientação a *output* se justifica pelo fato de, no caso dos hospitais, principalmente os públicos, seus insumos não poderem ser reduzidos facilmente. Com relação à escolha das variáveis, tal procedimento procurou transmitir os efeitos mais importantes no desempenho de uma unidade hospitalar. As variáveis escolhidas são demonstradas no Quadro 3.

Quadro 3 – *Inputs* e *outputs* no DEA

(continua)

Siglas	Descrição	Tipo
TRAB	Média anual de servidores públicos, profissionais de saúde terceirizados, residentes, e empregados públicos, com carga horária equivalente a 40 horas semanais, lotados no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no período de 2007 a 2016 (DMUs). Nessa variável foi utilizada a ponderação equivalente a 40 horas semanais de trabalho, ajustando-se as diferenças existentes de carga horária equivalente ao tempo completo (OZCAN, 1995). Foi considerado nesta variável, o número de profissionais, independentemente do vínculo e forma de contratação: contratados, concursados, terceirizados, residentes etc.	<i>Inputs</i> de trabalho

(conclusão)

Siglas	Descrição	Tipo
CAP	Número de leitos SUS, no período de 2007 a 2016. Os leitos de UTI e de isolamento são classificados como complementares pelo CNES, no entanto, também fazem parte dos inputs de capital. Nesse caso, foram somados ao total de leitos gerais, conforme proposto por Ozcan (1995).	<i>Inputs</i> de capital
FIN	Valor recebido anualmente do SUS referente à receita total da contratualização ² (parte fixa e parte variável) no período de 2007 a 2016.	<i>Inputs</i> financeiros
INTPROC	Internações e Procedimentos de Média e Alta Complexidade realizadas no período: serão considerados o número médio anual de internações SUS, somado ao número médio anual de procedimentos de alta complexidade realizados para os pacientes do HUSM, internados durante o período de 2007 a 2016.	<i>Outputs</i>

FONTE: Elaborado pela autora

Em Façanha e Marinho (1998), encontra-se comentários sobre a delicada tarefa de definir e mensurar inputs e outputs nas organizações hospitalares. Além disso, dados, índices e indicadores que demonstram a situação dessas organizações não são amplamente divulgados, ou acessíveis em plataformas de consultas pelo cidadão. Nesse sentido, houve necessidade de adaptação no modelo selecionado na metodologia, com a substituição da variável INTPAC (internações e procedimentos de alta complexidade) pela variável INTPROC (total de internações e procedimentos hospitalares), como *output* único. Sobretudo, pela indisponibilidade dos resultados dos indicadores das avaliações do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), pelos órgãos responsáveis, que seria utilizado como proxy de qualidade. Optou-se por essa alteração, visto que houve correspondência entre os parâmetros de produção e receita, julgando-se existir maior correlação entre receita total e a produção total do SUS (fixa e variável), tornando a relação entre *inputs* e *outputs* mais equilibrada.

O conjunto de dados foi tabulado de forma a gerar uma nota para cada DMU avaliada, que foi transformada em percentual, podendo assim variar de 0 a 100%. Para realizar a tabulação e o processamento dos dados, foi utilizado o Microsoft Excel, e, para aplicação da DEA, o *software* livre Aplicação da Análise Envoltória de Dados (Sistema Integrado de Apoio à Decisão – SIAD).

O cálculo da DEA exige o preenchimento de parâmetros e a definição de variáveis. Inicialmente, são definidas as variáveis utilizadas para *inputs* e *outputs*. Definidas as variáveis,

²A Receita total da Contratualização é formada por uma parte fixa, composta da produção ambulatorial e hospitalar de média complexidade e incentivos financeiros de fonte federal, por meio dos seguintes blocos de financiamento: Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), e Incentivo à Contratualização (IAC), e por uma parte variável, vinculada às autorizações da produção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade no Sistema de Informação Hospitalar do DATASUS.

as DMUs e seus respectivos valores para cada variável são coletados e introduzidos em um sistema de equações, em que há pesos para os *inputs* e *outputs*. Com as variáveis e parâmetros estabelecidos, a metodologia DEA prevê, em seguida, a resolução do sistema de equações a fim de otimizar a escolha de pesos, ou seja, que resultem no melhor cálculo de eficiência (FERREIRA, 2009).

Os dados foram organizados de modo a possibilitar a comparação das unidades tomadoras de decisão (DMUs), levando em conta a forma de gestão para cada unidade avaliada, ou seja, gestão pela autarquia do HUSM e gestão plena EBSEH, a fim de verificar a eficiência entre os modelos de gestão, na escala temporal de 2007 a 2016.

3.6 LIMITAÇÕES DO MÉTODO

A pesquisa quantitativa é caracterizada pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se de técnicas estatísticas (RICHARDSON, 1999). Isso objetiva a aquisição de resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação e que possibilitem a maximização da margem de segurança (DIEHL, 2004). De modo geral, a pesquisa quantitativa é passível de ser medida em escala numérica (ROSENTAL; FRÉMONTIER-MURPHY, 2001).

A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa documental. Nesse tipo de pesquisa, a representação dos dados ocorre com a utilização de técnicas quânticas de análise, cujo tratamento objetivo dos resultados dinamiza o processo de relação entre variáveis (MARCONI; LAKATOS, 2011).

Esse método é frequentemente aplicado nos estudos descritivos, que procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis, os quais propõem descobrir as características de um fenômeno. Nesse tipo de pesquisa, identificam-se primeiramente as variáveis específicas que possam ser importantes, para, posteriormente, explicar as características complexas de um problema (RICHARDSON, 1999).

De acordo com Shaw (2009), o uso da DEA exige uma sequência de passos. Primeiramente, escolhem-se as DMUs. Em seguida, avalia-se o processo produtivo das DMUs analisadas para identificar e classificar os insumos e produtos, para, na sequência, coletar os dados, escolher um método e realizar as análises. Nessa ordem, as DMUs escolhidas devem ser homogêneas, ou seja, produzir os mesmos bens e serviços, utilizando insumos iguais. Já com relação ao número de unidades, quanto maior a quantidade de DMUs analisadas, maior será a capacidade de discriminação do modelo.

A DEA é uma técnica de programação matemática que objetiva a comparação entre diferentes DMUs, ou unidades de decisão, que nada mais são do que um conjunto de unidades comparáveis, desde que nesta comparação todas essas DMUs utilizem os mesmos *inputs* e gerem *outputs* semelhantes. De acordo com Casado (2011, p. 5), “por se tratar de um método não-estocástico, a fronteira gerada pela DEA é suscetível a erros de medida e questionamento das propriedades estatísticas de seus resultados”.

Segundo Marinho e Façanha (2001), as diferenças entre os modelos CRS (CCR) e VRS (BCC), principalmente, no que se refere ao retorno constante ou retorno variável de escala, não se traduzem em vantagem ou desvantagem de um modelo sobre o outro. A literatura sugere que a questão crucial está na escolha dos elementos que irão compor os *inputs* e os *outputs*. A metodologia DEA é uma medida de eficiência relativa, pois mede o desempenho da unidade que está sendo avaliada quando esta é comparada às demais unidades, sendo, portanto, sensível à inclusão ou à exclusão de qualquer unidade da análise.

O problema em questão resume-se à solução de um problema de programação linear em que se atribui pesos às variáveis de saída (*outputs*) e de entrada (*inputs*), com o objetivo de maximização de produção, tomando esta produção como sendo a relação entre a soma ponderada dos *outputs* pela soma ponderada dos *inputs* (GONÇALVES, 2003).

De acordo com Farrel (1978 apud PINTO, 2016), “na sua origem, a Análise Envoltória de Dados era mensurada a partir de um único conjunto de pesos de *inputs* e *outputs*”. Porém, essa técnica evoluiu a partir da adaptação de Charnes, Cooper e Rhodes (1978), o que favoreceu a ponderação de pesos e comparação entre unidades. Entretanto, a técnica DEA apresenta forças e limitações, conforme é destacado no Quadro 4.

Quadro 4 – Forças e limitações da Análise Envoltória de Dados

(continua)

Forças do DEA	Limitações do DEA
Tratamento de múltiplos <i>inputs</i> e <i>outputs</i>	Exigência que as DMUs desempenhem as mesmas atividades e possuam objetivos comuns
Não exigência da parametrização das variáveis	Dificuldade de realização de testes estatísticos de hipóteses
Medição da eficiência relativa, por comparações de pares	Maior incidência de problemas com erros de medição
Não exigência da relação funcional entre insumos e produtos	Sensibilidade às escolhas arbitrárias das variáveis, podendo ocorrer à inserção de variáveis não importantes no processo
Construção fronteira eficiente sem estabelecer ponderações	Não medição da eficiência absoluta
Indicação de DMUs ineficientes e grau em que precisam melhorar para alcançar a eficiência	Sensibilidade a erros de medida, devido à natureza determinística

(conclusão)

Forças do DEA	Limitações do DEA
Revelação das relações entre variáveis que não são observadas em outros métodos	Exigência de um número de DMUs superior ao número de variáveis

Fonte: Pinto (2016), com base em Mainarde, Alves e Raposo (2012).

As medidas de eficiência podem ser calculadas com o uso de uma função de fronteira de produção, que faça a delimitação dos limites de máxima produtividade que uma unidade de produção pode alcançar num processo de transformação, utilizando-se certa combinação de fatores. Logo, uma medida de ineficiência seria a distância que uma unidade de produção se encontra abaixo da fronteira de produção (GOMES, 1999).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados, sendo que este está estruturado em quatro seções. Na primeira, fez-se uma caracterização do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no período que antecedeu à contratação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), denominado para efeito deste estudo, como Gestão UFSM/HUSM. Procura-se, com isso, investigar a situação do HUSM no período de 2007 a 2013. Na segunda seção, faz-se uma análise do processo de transição para a gestão da EBSEH, e o modelo adotado no período de 2014 a 2016, neste estudo sendo referido como Gestão EBSEH/HUSM. Na sequência, analisa-se a eficiência técnica do HUSM nos dez anos avaliados. E, por fim, são apresentadas as principais mudanças estruturais e operacionais verificadas no HUSM, após análise dos dois modelos de gestão.

4.1 ANTECEDENTES À CONTRATAÇÃO DA EBSEH

Nesta seção apresenta-se uma visão geral do Hospital Universitário de Santa Maria e, na sequência, traça-se uma caracterização da gestão no período que antecedeu a contratação da EBSEH pela UFSM, com destaque aos seguintes aspectos: infraestrutura, estrutura organizacional e processos, bem como problemas encontrados em auditorias do TCU, soluções apontadas e medidas implementadas.

De acordo com o que foi proposto, utilizou-se a pesquisa documental, tendo em vista que foi considerada a abordagem mais adequada para a análise de demonstrativos, legislação, relatórios, processos de tomadas de contas, acórdãos e jurisprudência do TCU, tendo como objetivo descrever o caso de gestão. A análise dos documentos, teve como foco a identificação do contexto organizacional do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no período que antecedeu à gestão EBSEH. Desse modo, foram apresentados os dados referentes ao período de Gestão UFSM/HUSM, ou seja, correspondentes aos anos de 2007 a 2013, enquanto a gestão era realizada pela autarquia federal.

4.1.1 Visão geral do Hospital Universitário de Santa Maria

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) está intrinsecamente relacionado ao projeto de criação do campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). As obras, iniciadas em 1961, foram interrompidas nos anos seguintes e retomadas somente no ano de

1978. Nesse período, o Hospital-Escola da UFSM localizava-se no centro da cidade, sendo denominado Hospital Universitário Setor Centro (HUSC).

Em 1962, a referida obra foi doada à UFSM, com o aproveitamento da área construída e adaptações, para abrigar o Hospital-Escola, unidade essencial aos alunos da Faculdade de Medicina (LIMA et al., 2005). Após a transferência do HUSM para o Campus Universitário, no bairro Camobi, o hospital passou a ser chamado de Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Nesse tempo, as obras de construção do hospital no campus já haviam sido concluídas, e, conforme destacam Lima et al. (2005, p. 563),

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

Em referência à denominação de Hospital de Ensino, conforme destaca o Tribunal de Contas da União (2009, p. 8):

Os HUs do MEC integram os determinados Hospitais de Ensino, para os quais há incentivos específicos, visto a sua função de formação de recursos humanos. O hospital de ensino passou a se denominar assim a partir da edição Portaria SNES/MS N. 15, de 08/01/1991, mediante a qual foi criado o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS, aplicável aos hospitais reconhecidos como de ensino em funcionamento há mais de 5 anos e que constavam no Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC)

Nesse sentido, verificou-se, por meio de pesquisa junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no Portal do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que o HUSM renovou recentemente seu credenciamento como Hospital de Ensino. Destaca-se que, para obter a certificação de Hospital de Ensino, o HUSM atendeu aos requisitos da Portaria Interministerial MS n. 285, de 24 de março de 2015, que redefiniu o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (DATASUS, 2018).

Por conseguinte, o HUSM, como hospital de ensino vinculado ao MEC, passou a integrar a “rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde”, mediante contrato. Destaca-se, que atualmente encontra-se em vigor o Contrato Global n. 784/2014-SES/RS, celebrado entre a UFSM e o Gestor Local do SUS – Estado do Rio Grande do Sul (DOU, 2014; 2015). O contrato tem como objeto a execução de serviços técnico-profissionais especializados, no âmbito do SUS, visando à garantia da atenção integral à saúde, a serem prestados aos usuários que deles necessitem.

A área de atuação do HUSM abrange ensino, pesquisa e extensão, destacando-se no atendimento a gestantes de alto risco, cirurgias especializadas, atendimentos de alta complexidade cardiovascular, transplantes de medula óssea, oncologia adulta e pediátrica, pediatria clínica e cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Pronto Socorro e em serviços especializados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (EBSERH, 2017).

Por suas características de natureza pública e integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), o HUSM dispõe de atendimento 100% SUS a uma população de mais de um milhão de habitantes. Sendo referência no atendimento de urgência e emergência para a população de 45 municípios da Região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul (EBSERH, 2017).

Consta no Portal do HUSM, que sua missão é: “desenvolver ensino, pesquisa e extensão promovendo assistência à saúde das pessoas contemplando os princípios do SUS com ética, responsabilidade social e ambiental”. Tendo como visão de futuro: “ser um referencial público de excelência no ensino, na pesquisa e na extensão promovendo a saúde das pessoas” (HUSM, 2017).

Observadas especificidades relacionadas ao HUSM, como hospital de ensino da Universidade Federal de Santa Maria, e integrante da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), passa-se ao estudo da estrutura hospitalar, desenho organizacional e processos, importante para a compreensão das mudanças operacionais e em termos de eficiências ocorridas no HUSM.

4.1.2 Estrutura organizacional

Ao analisar a literatura na área da administração, constatou-se que o termo estrutura organizacional possui várias denominações como, formato organizacional, *design* organizacional, entre outros (SPAGNOL; FERNANDES, 2004). Além disso, pela estrutura torna-se possível realizar uma análise organizacional, considerando-se aspectos como a complexidade, a diferenciação horizontal e vertical, o grau de formalização e a utilização de regras e normas para os indivíduos que compõe essa estrutura (EVERALDO et al., 2010).

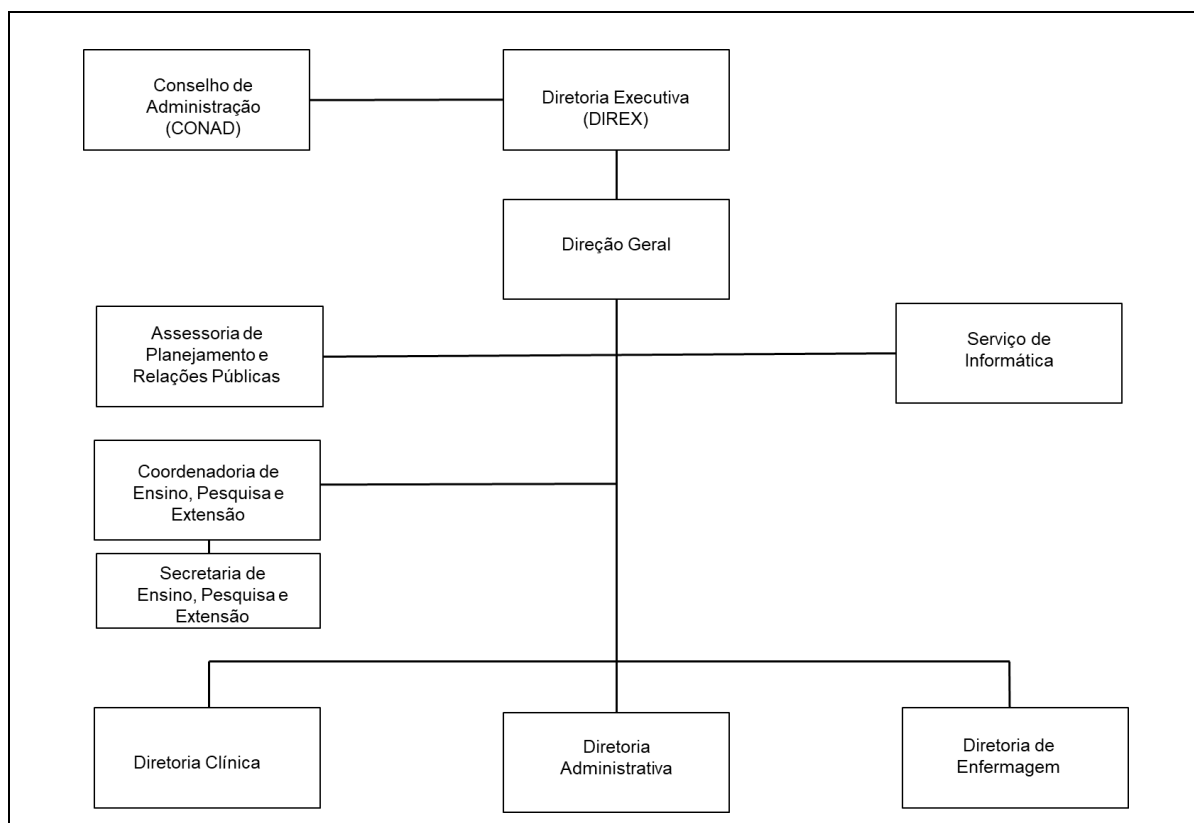
Nesse sentido, verificou-se, em documentos legais, as principais alterações na estrutura organizacional do HUSM no período da Gestão UFSM/HUSM, com o intuito de identificar mudanças nas relações hierárquicas e nos processos decisórios da organização. Das mudanças verificadas, destacam-se as seguintes:

1. Em 1970, foi criado o Departamento de Administração Hospitalar, na estrutura organizacional do Centro de Ciências da Saúde (CCS) ficando responsável pela administração do Hospital Universitário. Em 1980, foi alterada a denominação de Departamento para Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), por meio da Resolução n. 89/1980-UFSM, tornando-se Órgão Suplementar Setorial do CCS (conferir Anexo 1 deste trabalho), cuja finalidade consistia no “desenvolvimento harmônico dos Sistemas de Assistência, de Ensino e de Pesquisa, colocando sempre o paciente como centro de suas atividades”, conforme consta do Regimento Geral da UFSM de 1988;

2. Com a aprovação da Resolução UFSM n. 003, de 30 de março de 1994, pelo Conselho Universitário, o HUSM deixou de ser subordinado ao CCS, e passou a Órgão Suplementar da Administração Central da UFSM, diretamente vinculado à Reitoria (conferir Anexo 2 deste trabalho);

3. A estrutura organizacional do HUSM, até dezembro de 2013, organizou-se hierarquicamente com: Conselho de Administração (CONAD), Direção Geral, Direção Clínica, Direção Administrativa e Direção de Enfermagem, sendo as direções organizadas com coordenações, serviços e setores, conforme Figura 2.

Figura 2 - Organograma Geral HUSM/UFSM



Fonte: Coordenadoria de Planejamento Administrativo (COPLAD/PROPLAN) da UFSM.

De modo geral, observa-se, que o HUSM adotava uma estrutura organizacional do tipo funcional departamentalizada, organizada em diretorias. Em relação à estrutura interna das diretorias subordinadas à Direção Geral, observou-se que:

a) a Diretoria Clínica contava com três coordenações: coordenação da clínica médica, coordenação da clínica pediátrica e coordenação da clínica neuropsiquiátrica (conferir Anexo 3);

b) a Diretoria Administrativa era composta por seis coordenações: coordenação de recursos humanos, coordenação de material, coordenação financeira, coordenação financeira, coordenação de manutenção, coordenação de serviços gerais e coordenação de apoio operacional (conferir Anexo 4); e

c) a Diretoria de Enfermagem apresentava a seguinte estrutura interna: coordenação de enfermagem materno-infantil, coordenação de enfermagem em clínica médica, coordenação de enfermagem cirúrgica, coordenação de enfermagem em ambulatório e coordenação de enfermagem em psiquiatria (conferir Anexo 5).

Conforme anteriormente apresentado, o HUSM enquanto órgão suplementar da Reitoria da UFSM, organizou sua estrutura para o desenvolvimento de suas atividades. Além disso, é fundamental o processo de Planejamento Estratégico que vise ao direcionamento de suas ações, processo este que, para obter êxito, deve estar alinhado sua estrutura organizacional.

4.1.3 Evolução do Planejamento Estratégico no HUSM

O Planejamento Estratégico (PE) deve ser um processo contínuo de avaliação de cenários para favorecer o processo de tomada de decisão. Conforme destaca Ribeiro (2013, p. 22):

Embora as abordagens se diferenciem uma das outras, em geral observa-se, como características comuns, o direcionamento dos esforços da organização a partir da análise do ambiente interno (pontos fortes e pontos fracos), ambiente externo (oportunidades e ameaças), o estabelecimento da missão, visão e objetivos, bem como a formulação das estratégias, implementação e controle do planejamento através da definição e indicadores de desempenho.

O primeiro PE do HUSM foi elaborado para o período de 2003-2005, quando ocorreram as definições de Missão, Visão e Valores, e, a partir da matriz SWOT, foi realizada a análise do ambiente externo (oportunidades e ameaças) e do ambiente interno (forças e fraquezas). A partir do diagnóstico, foram formadas linhas estratégicas, organizadas em 22 objetivos estratégicos distribuídos em quatro estratégias: aprendizado e crescimento, processos,

financeira e perspectiva do cliente, com foco em 6 diretrizes estabelecidas. Na sequência ocorreu a elaboração do Plano de Ação para operacionalizar os objetivos, em um total de 59 ações (iniciativas), ficando cada objetivo estratégico sob a responsabilidade de um dirigente, com avaliação mensal para monitoramento das dificuldades, dos avanços, acompanhar a situação dos objetivos estratégicos.

O segundo processo de PE foi elaborado para o período de 2009-2010, de forma semelhante ao anterior (2003-2005). A metodologia utilizada revisou Missão, Visão e Valores e fez uma análise ambiental (ambientes externo e interno), e, a partir disso, foram definidas novas linhas estratégicas, bem como objetivos que podem ser mensuráveis a partir de indicadores e metas. Sucedeu-se, então, o Plano de Ação (iniciativas) para o alcance das metas estabelecidas e o efetivo acompanhamento e monitoramento para o controle estratégico.

O terceiro PE do HUSM foi elaborado para o período de 2012-2014, já baseado no Decreto n. 7.082/2010 de 27/01/2010-REHUF, com a atualização das linhas estratégicas que ficaram assim estabelecidas: aprimoramento do ensino, pesquisa e extensão; promoção da assistência; política de gestão de pessoas; política de gestão financeira; modernização da infraestrutura e incremento tecnológico e aprimoramento dos processos de gestão. A redefinição da Missão “Desenvolver ensino, pesquisa e extensão promovendo assistência à saúde das pessoas contemplando os princípios do SUS com ética, responsabilidade social e ambiental”; da visão “Ser um referencial público de excelência no ensino, na pesquisa e extensão promovendo a saúde das pessoas”. Ainda os princípios e valores ficaram assim definidos “Ética, transparência e qualidade nas ações, responsabilidade institucional, compromisso com as pessoas, respeito às diversidades, comprometimento social e ambiental” (EBSERH, 2018).

O Mapa Estratégico 2012-2014 foi concebido baseado na ferramenta *Balanced Scorecard* (BSC), em quatro perspectivas (aprendizado e crescimento, processos, sustentabilidade e sociedade) em um total de 14 objetivos estratégicos. No entanto, no Relatório de Auditoria TC 017.936/2009-1, o Tribunal de Contas da União aponta que, embora o HUSM tenha adotado o Planejamento Estratégico como modelo gerencial, o sistema de avaliação não era suficientemente adequado à organização interna, nem tampouco auxiliava na adoção de medidas corretivas, por duas razões: “ausência de desdobramento do Planejamento Estratégico em Planos de Ação por setores” e “a falta de indicadores em cada setor, que permita comparar permanentemente o desempenho de cada unidade” (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2009).

Desse modo, feitas as considerações acerca de instrumentos de planejamento adotados pelo HUSM, apresenta-se na seção seguinte: a estrutura física, tecnológica e de pessoas do Hospital Universitário de Santa Maria na Gestão UFSM/HUSM.

4.1.4 Estrutura física, tecnológica e de pessoas

A estrutura é estabelecida como a parte física de uma instituição, correspondendo aos seus funcionários, instrumentais, equipamentos, móveis, aspectos relativos à organização, espaço físico, entre outros (BITTAR, 2001). Desse modo, compreende fatores que delimitam a capacidade de funcionamento da organização, corroborando na variação da produção da organização.

Os hospitais possuem estrutura complexa, pois incorporam simultaneamente avanços de conhecimentos, aptidões, instalações e equipamentos que correspondam à tecnologia médica que também lhe é necessária. Sua complexidade varia proporcionalmente ao grau de especialização e à diversidade de níveis hierárquicos que essa especialização gera dentro dessa instituição (GONÇALVES, 2013).

Nesse sentido, buscou-se informações relacionadas à estrutura do HUSM, nos relatórios de gestão da UFSM, relatórios de auditoria do Tribunal de Contas da União e relatórios institucionais disponibilizados na unidade de análise e nos portais da UFSM e do HUSM. Além destes, foram utilizadas informações do Censo Hospitalar, disponibilizadas pelo Setor de Estatística do HUSM. A análise documental teve como finalidade caracterizar a estrutura do HUSM no período de 2007 a 2013, sobretudo, no que tange aos seguintes elementos: espaço físico, consultórios e leitos, produção assistencial, equipamentos, pessoal e recursos orçamentários e financeiros.

Para a interpretação dos dados, foram realizadas análises horizontais e verticais, da composição e evolução dos indicadores, dos saldos anuais de bens, do quantitativo de pessoal e das receitas e das despesas dos orçamentos. Os valores monetários foram corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), com a apresentação dos percentuais alocados nos dois períodos de gestão em estudo.

4.1.4.1 Área física

Conforme Levantamento da Área Física da UFSM em m², elaborado pela Coordenadoria de Obras e Planejamento Ambiental e Urbano da Pró-Reitoria de Infraestrutura

da UFSM, no período de 2007 a 2013, a área física manteve-se quase inalterada, sendo acrescidos apenas 86,23 m² aos 28.435,11 m² de área hospitalar, o que demonstra que os investimentos na Gestão UFSM/UFSM limitaram-se a reformas de espaços já existentes. Entretanto, de acordo com o Relatório elaborado pela Gestão UFSM 2010-2013, constam como obras concluídas no HUSM as seguintes reformas: i) reforma e ampliação da radioterapia; ii) pintura externa do hospital; iii) ampliação do serviço de pneumologia; iv) reforma da ala de serviço de psiquiatria; v) troca do telhado do HUSM; vi) reforma e ampliação do serviço de nutrição e troca do piso; vii) reforma das galerias subterrâneas do subsolo, totalizando recursos na ordem de R\$ 3.812.388,21.

Além de obras que se encontravam em fase de licitação³, no período de Gestão UFSM/EBSERH também foram registradas obras em andamento, tais como: construção da Central de Terapia Intensiva (adulto, pediátrica e neonatal) com um total de 82 leitos, reforma do Centro de Material e Esterilização; reforma do Serviço de Nefrologia, construção da área para instalação do aparelho de Ressonância Magnética, reforma da área do Serviço de Medicina Nuclear. Também foi registrada como finalizada a cobertura das portas de acesso ao hospital.

4.1.4.2 Capacidade hospitalar

Na literatura sobre gestão estratégica em saúde, a capacidade hospitalar é medida pelo número de leitos, salas cirúrgicas, equipamentos, funcionários por leito, pacientes por dia, e outros indicadores setoriais internos e externos, específicos para determinadas áreas ou para determinado tipo de hospital (ROTTA, 2004).

No Brasil, a gestão dos leitos hospitalares e indicadores correlatos são parâmetros para a assistência, cobertura e planejamento das ações do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses dados compõem o Censo Hospitalar diário e definem a capacidade planejada⁴, instalada⁵ e operacional⁶, das unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001).

³ Licitação: é através do procedimento administrativo denominado licitação que a Administração Pública objetiva selecionar a proposta mais vantajosa para a aquisição de bens e serviços, denominados objetos da licitação, mediante contratação de seu interesse. Ao final desse procedimento, também denominado certame licitatório, estabelecer-se-á o vínculo negocial entre os interessados em contratar com o Ente Público, que disputarão de forma igualitária tal mister (FERREIRA et al. 2013, p. 2).

⁴ Capacidade planejada: é a capacidade máxima de leitos do hospital, levando-se em conta a área física destinada à internação, mesmo que parte dessa área esteja desativada por qualquer razão.

⁵ Capacidade instalada: é representada pelo número de leitos instalados (leitos permanentes ou leitos fixos ou leitos ativos), mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período por qualquer razão.

⁶ Capacidade operacional: é representada pelo número de leitos em utilização (inclusive os extras) e os leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados.

Destaca-se que a programação de leitos hospitalares tem sido pautada pelos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Hospitalar, que definiu, entre outras recomendações, a criação de Núcleos Internos de Regulação (NIR), com a finalidade de gerenciar a capacidade instalada dos hospitais, com o objetivo de organizar o acesso a consultas, a serviços diagnósticos e terapêuticos e, principalmente, a leitos de internação.

No Estado do Rio Grande do Sul, a Secretaria Estadual da Saúde realiza a regulação do acesso aos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, Pediátrica e Adulto por meio de uma central no Complexo Estadual Regulador, estando a regulação do acesso a leitos cirúrgicos ainda em estágio de estruturação, com a sua atual realização diretamente pelos serviços de saúde e secretarias municipais de saúde, com auxílio das coordenadorias regionais de saúde.

De acordo com o Relatório Indicadores das Unidades de Internação, elaborado pelo Setor de Estatística, a capacidade operacional do HUSM na Gestão UFSM/HUSM, manteve-se praticamente a mesma, conforme a seguinte tabela:

Tabela 1 – Capacidade de leitos hospitalares

Unidade/ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
UTI Intensiva Recém Nascido	11	11	11	10	10	10	10
UTI Adulto	9	9	9	9	9	9	9
UTI Pediátrica	7	5	5	5	5	5	5
UCI Adulto	4	4	4	4	4	4	6
Unidade Intermediária Recém Nascido	8	8	8	8	8	8	8
UCI Neonatal Canguru	0	0	0	0	0	0	0
Total leitos UTIs	39	37	37	36	36	36	38
Total leitos (UTIs e leitos gerais)	297	296	314	303	311	305	307
% Leitos UTIs/leitos HUSM total	13%	13%	12%	12%	12%	12%	12%

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Relatório Leitos e Indicadores das Unidades de Internação do HUSM.

Nota: O Relatório apresenta a Capacidade Operacional do HUSM no período de 2007 a 2013.

A tabela demonstra que, no período da Gestão UFSM/HUSM, não ocorreram alterações significativas no número de leitos do HUSM. Observa-se que o percentual de leitos das unidades de terapia intensiva, em relação ao total de leitos, manteve-se constante, mesmo com uma pequena redução no número de leitos no ano de 2013, em relação aos anos anteriores.

Destaca-se que a Portaria n. 1.101, de junho de 2002, revogada em 2015 pela Portaria n. 1.631, estabeleceu os seguintes parâmetros nacionais para leitos hospitalares: 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes, sendo que 4% a 10% do total dos leitos hospitalares deverão ser destinados à UTI, a média de leitos de UTI está em torno de 2,64% dos leitos cadastrados.

Nesse sentido, verificou-se que o HUSM atendeu aos parâmetros assistenciais do SUS, destinando percentual de leitos de UTI superior ao limite estabelecido pelo Ministério da Saúde, ou seja, em média 12% ao ano. No entanto, em relação à população da área de atendimento do HUSM, municípios de cobertura da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (aproximadamente 540 mil habitantes), o número de leitos total é insuficiente para atender a demanda.

4.1.4.3 Produção assistencial

O Tribunal de Contas da União (TCU), no Acórdão n. 2813/2009 – Plenário, de 25 de novembro de 2009, caracterizou o HUSM como hospital de referência na assistência secundária e terciária em saúde para a região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul. Em seu relatório, a auditoria destaca que a proporção no número de internações pelo SUS, representaram no ano de 2008, 60,60% das internações e 52,72% das consultas do município de Santa Maria; 32,39% de todas as internações e 36,10% das consultas realizadas pela 4ª Coordenadoria Estadual de Saúde (CRS); 4,01% das internações e 4,77% das consultas realizadas pela 10ª CRS; e 2,99% das internações e 6,59% das consultas de municípios pertencentes a outras CRS (TCU, 2009). Nesse sentido, foram coletados quantitativos da produção hospitalar do período de 2007 a 2013, no Relatório Leitos e Indicadores das Unidades de Internação do HUSM.

Tabela 2 – Produção em Serviços de Saúde

ANO	Serviços prestados no período de 2007 a 2013						
	Internações	Consultas ambulatoriais	Atendimentos de urgência	Serviços complementares	Cirurgias	Partos	Exames realizados
2007	10.525	128.088	50.027	51.582	6.271	1.936	740.015
2008	10.371	128.185	49.759	50.259	5.688	1.888	730.118
2009	10.812	135.870	54.810	47.213	5.925	1.771	751.581
2010	12.719	120.268	60.755	48.710	5.170	1.776	831.779
2011	12.509	134.553	57.590	51.919	4.675	1.938	950.383
2012	12.275	130.534	44.801	48.063	4.373	2.039	990.452
2013	13.107	150.669	45.062	48.695	5.036	2.076	1.062.060

Fonte: Elaborada pela autora a partir de Relatório Leitos e Indicadores das Unidades de Internação do HUSM.
Nota: A tabela apresenta o número de serviços prestados no período.

Os resultados permitem uma análise comparativa da evolução no número de serviços em saúde de baixa, média e alta complexidade prestados pelo HUSM. Observa-se que as variações positivas no período de 2007 a 2013, foram identificadas nos serviços de internações (24,53%), consultas ambulatoriais (17,63%) e partos (6,57%), decorrentes da elevação na média destes serviços, nos anos de 2010, 2013 e 2011, respectivamente.

Por outro lado, no período também ocorreram variações negativas. No ano de 2009 em serviços complementares, em 2010 em consultas ambulatoriais, e em relação aos atendimentos de urgência, nota-se uma significativa redução a partir de 2010, alcançando 25,83% de redução em relação a 2010.

Com base nessas informações, foram estabelecidos indicadores que servem de instrumento gerencial de mensuração, acompanhamento, monitoramento e avaliação dos níveis de eficiência e efetividade alcançados. De acordo com Bittar (1996, p. 56): “a complexidade que envolve o hospital faz com que seja impossível medir produtividade com um único índice, tornando-se necessária a utilização de um conjunto de indicadores”.

Face à complexidade e à diversificação das áreas de produção hospitalar, foram selecionados cinco indicadores calculados pelo Setor de Estatística do HUSM, como parâmetro adicional de comparação, dentre outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Optou-se então, pelos indicadores hospitalares definidos na Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme segue:

a. Média de permanência: relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital;

b. Taxa de ocupação hospitalar: relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período, porém considerando-se para o cálculo dos leitos/dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras;

c. Intervalo de substituição: indicador hospitalar de produtividade, assinala o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão do outro. Resulta da razão entre a porcentagem de desocupação x média de permanência, e a porcentagem de ocupação (ZUCH, 1998);

d. Rotatividade de leitos: representa a utilização da capacidade instalada, sendo expresso pelo número de internações por leito em determinado período (COUTTLOLENC et al., 2014); e

e. Mortalidade institucional: relação percentual entre o número de óbitos que ocorrem após decorridas pelo menos 24 horas do início da admissão hospitalar do paciente e o número de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período. Mede a mortalidade ocorrida após as primeiras 24 horas da admissão hospitalar.

Os indicadores escolhidos relacionam-se à estrutura, produtividade e processos. E ainda, de acordo com o QUALISS - Indicadores Hospitalares Recomendáveis, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, são usados para medir “a eficiência na gestão do leito operacional nos hospitais” (ANS, 2013).

Desta forma, no período de Gestão UFSM/HUSM os indicadores apresentaram os seguintes resultados anuais:

Tabela 3 – Indicadores hospitalares

Ano	Média de permanência	Taxa de ocupação	Intervalo de substituição	Rotatividade de leitos	Mortalidade institucional
2007	8,88	88,00%	1,26	3,02	2,63%
2008	9,10	92,58%	0,58	4,71	2,61%
2009	8,99	89,77%	0,82	4,91	3,06%
2010	8,01	90,65%	0,83	3,46	3,57%
2011	8,27	88,74%	1,05	3,28	3,50%
2012	8,21	88,02%	1,12	3,28	3,94%
2013	8,13	95,05%	0,43	3,56	3,30%
Média	8,51	90,40%	0,727	3,745	3,23

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Relatório Indicadores das Unidades de Internação do HUSM.

As taxas de ocupação e de rotatividade dos leitos e o prazo médio de permanência, medem a intensidade da utilização dos serviços. Cabe salientar que o HUSM é o único hospital de médio porte, público, na região. Dessa forma, a demanda é superior à sua capacidade operacional. Assim, toda a análise em relação a indicadores tem o viés de atendimento eficiente ao maior número possível de pacientes, respeitando seu limite de capacidade de atendimento.

Nesse sentido, nota-se que a taxa de ocupação média do período foi 90,4%, atingindo 95,05% em 2013, estando com sua capacidade saturada em relação ao parâmetro ideal para esse indicador que é de 85%. Em relação ao indicador rotatividade de leitos, a média para o período foi de 3,74. Cabe salientar que, quanto maior o algarismo, melhor é o resultado desse indicador. Fato que se constatou em 2009, com o pico de 4,91, o que evidencia a existência de margem para melhoria neste indicador de renovação de utilização de leitos.

Além disso, quanto ao prazo médio de permanência, que mede a estadia do paciente em internação, a média para o período apontou 8,51 dias, dentro do limite de 10 dias estabelecido

para o Ministério da Saúde. Porém, se em 2010 foi alcançada o melhor resultado (8,01 dias) a manutenção ou até mesmo a redução desse índice deve ser buscada.

Outro indicador a ser considerado é o intervalo de substituição, que demonstra a agilidade na retomada de utilização dos leitos, indicador definido levando-se em consideração o prazo médio de permanência do paciente e a taxa de ocupação. A média para este indicador no período foi de 0,724 dias, índice bastante significativo, sendo que o melhor resultado para o período foi 0,43 em 2013 (0,43 de um dia corresponde a 10,3 horas).

O quinto indicador refere-se à taxa de mortalidade institucional, medido pelo número de óbitos após 48 horas de internação em relação ao número de saídas do mesmo período. A taxa média para este indicador foi de 3,23%, índice dentro dos parâmetros do Ministério da Saúde.

Dessa forma, observa-se que capacidade instalada e a produtividade estão assentadas sobre a infraestrutura hospitalar, prédios, equipamentos, laboratórios e insumos que compõem o patrimônio do hospital.

4.1.4.4 Gestão patrimonial

O patrimônio é o objeto administrado que serve para propiciar, às entidades, a obtenção de seus fins (DIAS, 2005). Assim, por força da execução do orçamento, além dos recursos financeiros obtidos e da realização das despesas de manutenção, são realizados gastos na construção ou aquisição de bens cujo conjunto deve administrar e conservar. Esse conjunto de bens constitui os bens públicos que formam uma instituição (SOBRINHO, 2017). Para Guizzardi (2014, p. 37) “As características dos serviços públicos demonstram a necessidade de uma função de compras públicas que funcione de forma eficiente, para permitir a melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados”.

Conforme o Regimento Geral da UFSM, compete à Pró-Reitoria de Administração (PRA) “coordenar as atividades administrativas nas áreas de Administração Financeira e Contábil, Material e Patrimônio [...]” (UFSM, 2011). Dessa forma, na Gestão UFSM/HUSM, os procedimentos administrativos para aquisição de bens, obras e serviços de engenharia do HUSM eram realizados pelas unidades subordinadas à PRA, desde a fase da aquisição e distribuição até a fase de registros e contabilização. E, no caso de obras e serviços de engenharia, com o apoio técnico da Prefeitura da Cidade Universitária até 2009 e pela Pró-Reitoria de Infraestrutura (PROINFRA) a partir de 2010.

Desse modo, os bens eram solicitados pela Coordenadoria de Materiais do HUSM (COMATER) no Sistema de Informações de Ensino (SIE), licitados, registrados e distribuídos pelas unidades do Departamento de Material e Patrimônio (DEMAPA), ou pela Fundação de Apoio à Ciência e Tecnologia (FATEC)⁷ quando provenientes de projetos institucionais. Após o recebimento, os bens de uso permanente eram distribuídos e tombados pela Divisão de Patrimônio (DIPAT), e os bens de consumo distribuídos ao Almojarifado do HUSM. Em ambos os casos, os registros contábeis eram realizados no Departamento de Contabilidade e Finanças (DCF), com exceção dos bens adquiridos por meio da FATEC.

Destaca-se, porém, que, no ano de 2012, em Auditoria de Natureza Operacional direcionada à avaliação dos controles internos nas áreas de licitações e contratos no HUSM, o Tribunal de Contas da União encontrou fragilidades nos controles administrativos internos, o que deu origem a várias recomendações de medidas a serem adotadas nos anos seguintes (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2013).

Diante do exposto, buscou-se, junto ao DEMAPA, o quantitativo de processos licitatórios, e no DCF, relatório das despesas realizadas. Na ausência de documento que apresentasse o número de processos realizados para o HUSM, a unidade solicitou ao Centro de Processamento de Dados da UFSM a extração de dados no software SIE, e emissão de relatório com o quantitativo de processos solicitados pela COMATER, por modalidade de licitação, conforme pode-se visualizar na Tabela 4.

Tabela 4 – Processos por modalidade de licitação

Ano	Modalidade de licitação					Total
	Dispensa	Inexigibilidade	Convite	Tomada de preços	Pregão	
2007	31	14	0	1	105	151
2008	65	44	0	0	112	221
2009	26	32	0	0	127	185
2010	29	22	0	0	135	186
2011	32	30	0	0	128	190
2012	23	36	0	0	137	196
2013	48	16	0	0	131	195
Média	36	28	0	0	125	189

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Relatório de Solicitações de Licitações do SIE (emitido pelo Centro de Processamento de Dados).

⁷ Fundação de Apoio à Tecnologia e Ciência (FATEC) é uma fundação de direito privado, sem fins lucrativos, vinculada à Universidade Federal de Santa Maria. A FATEC foi criada em 03/04/1979 e, estatutariamente, tem como objetivo básico o apoio ao desenvolvimento da tecnologia, da ciência e das artes.

Nota: A média do período foi calculada pela fórmula de média aritmética simples, considerando-se o somatório do número de processos anuais na razão do número anos correspondentes.

O quantitativo apresentado na Tabela 4 demonstra que a modalidade de licitação predominante nas aquisições do HUSM foi o Pregão Eletrônico⁸, totalizando, em média, 66,14% dos processos licitatórios realizados a cada ano. Em relação às obras e serviços de engenharia, observou-se que em razão dos processos licitatórios de tomadas de preços e concorrências terem sido originados pela antiga Prefeitura da Cidade Universitária, atual Pró-Reitoria de Infraestrutura (PROINFRA), essas informações não integraram o relatório do Centro de Processamento de Dados (CPD).

Os processos licitatórios são a forma de aquisição de bens e contratação de serviços no setor público desde a promulgação da Lei Federal n. 8666, de 3 de junho de 1993. No período da Gestão UFSM/HUSM, o DEMAPA realizou, em média, 189 processos licitatórios por ano, para aquisição de bens e prestações de serviços para o HUSM, sendo, em maioria, para formação de estoques e manutenção da estrutura física hospitalar.

Além disso, observou-se, quanto ao controle de estoques no período de gestão UFSM/HUSM, que o Hospital apresentava um Setor de Almoxarifado subordinado à COMATER (Anexo 4). No Setor de Almoxarifado do HUSM eram realizadas as transações de intermediação com os fornecedores, recepção, conferência, armazenamento e relacionamento com os usuários, e efetuados registros de entradas e saídas, para cada item em estoque, cuja subtração apresentava o saldo da quantidade disponível.

Desse modo, o controle da movimentação de estoques do HUSM utilizava o mesmo *software* de gestão de estoques da UFSM (SIE), com emissão de relatórios mensais para registros contábeis no DCF da UFSM. Contudo, no Relatório de Auditoria TC 005.000/2014-9, o Tribunal de Contas da União adverte sobre má gestão de estoques no HUSM:

É necessário que o HUSM aprimore as rotinas de administração dos estoques e o planejamento das suas aquisições, evitando superestimar quantitativos ou provocar aquisições por dispensas de licitação. Além da necessidade de mais pessoal no setor administrativo, essa melhora se dará mediante o desenvolvimento dos sistemas de informação, com indicadores e relatórios que auxiliem a realização dessas tarefas (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2014, p. 18).

⁸ O pregão é a sexta modalidade de licitação, sendo instituída pela Lei Federal n. 10.520/2002 e regulamentada pelo Governo Federal pelos decretos n. 3.555/2000 e n. 5.450/2005. Essa modalidade de licitação é utilizada para aquisição de bens e serviços comuns de qualquer valor em que a disputa pelo fornecimento é feita em sessão pública, por meio de propostas e lances, para classificação e habilitação do licitante com a proposta de menor preço, podendo ser realizada de maneira presencial, onde os licitantes se encontram e participam da disputa, ou eletrônica, onde os licitantes se encontram em sala virtual pela internet, usando sistemas de governo ou particulares.

Em relação às informações levadas à conta patrimonial de Estoques (artigo 106, Lei Federal n. 4.320/1964), observou-se, nos relatórios da contabilidade, a existência de materiais e produtos armazenados no Almoxarifado do HUSM, conforme demonstrado na Tabela 5.

Tabela 5 – Saldo anual de estoques na Gestão UFSM/HUSM

Ano	Material farmacológico*	Material hospitalar*	Outros materiais*	Total de materiais*
2008	2.165.511,73	1.858.829,67	1.899.362,35	5.923.703,75
2009	1.794.361,49	2.067.273,81	1.543.880,33	5.405.515,63
2010	1.898.695,78	1.928.512,34	1.288.858,91	5.116.067,03
2011	4.565.118,84	2.403.960,85	1.564.643,16	8.533.722,85
2012	5.655.935,07	3.341.958,19	1.709.211,39	10.707.104,65
2013	7.006.156,92	4.041.268,40	2.306.691,31	13.354.116,63

Fonte: Elaborado pela autora com base nos Balancetes de Verificação do SIAFI.

Nota: *Valores atualizados pelo IPCA para dezembro de 2013.

Nota-se que, os saldos anuais de estoque no período de 2008 a 2013 tiveram variação positiva de aproximadamente 125%, passando de um saldo total de R\$ 5.923.703,75, em 2008, para R\$ 13.354.116,63, em 2013. Com destaque, nos itens: materiais farmacológicos e materiais hospitalares que apresentavam no encerramento do exercício de 2013, saldos finais de R\$ 7.006.156,92 e R\$ 4.041.268,40, respectivamente. Sendo que esta elevação foi decorrente de aquisições realizadas com o aporte financeiro do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), nos anos de 2012 e 2013.

Por outro lado, a existência de estoques de materiais de consumo em níveis tão elevados, decorrentes do ingresso de recursos do REHUF, demonstra fragilidade em controles administrativos internos e advertência sobre gestão inadequada de estoques, conforme apontamentos de auditorias do TCU, que resultaram em recomendações à Gestão do HUSM nos anos de 2012 e 2014.

Além disso, conforme Figueiredo (2015, p. 26), “uma parcela significativa dos investimentos feitos pelas organizações é representada pelos bens móveis, ou bens do ativo imobilizado”. Nesse sentido, verificou-se que, além de bens de consumo, os bens permanentes⁹ também eram solicitados pela COMATER por meio do SIE. Porém, diferentemente dos estoques, as fases de recepção, distribuição, tombamento e registros contábeis eram realizadas diretamente pelas unidades vinculadas à Pró-Reitoria de Administração, na UFSM.

⁹ Bens permanentes: material de duração superior a dois anos.

Segundo afirma Fijor (2014, p. 12):

O controle patrimonial é uma forma de controle interno, sendo desempenhado com o objetivo de assegurar a existência de informações fidedignas sobre a localização física, o agente responsável, movimentação, estado de conservação e, também, o histórico, desde os detalhes iniciais referentes à aquisição aos detalhes finais por ocasião do desfazimento do bem.

Em relação aos bens de uso permanente, verificou-se nos demonstrativos contábeis que o HUSM apresentava os seguintes saldos anuais:

Tabela 6 – Bens de uso permanente

Ano	Mobiliário	Equipamentos médicos, odontológicos, laboratoriais e hospitalares	Equipamentos de tecnologia de informação e comunicação	Outros Bens Permanentes	Total
2008	2.297.181,70	14.775.012,21	1.995.055,49	2.015.817,65	21.083.067,06
2009	2.204.197,76	17.010.931,45	2.171.778,29	3.239.482,85	24.626.390,34
2010	2.107.360,80	22.953.965,80	2.441.356,41	3.555.912,36	31.058.595,37
2011	1.976.128,46	22.228.739,01	2.293.794,32	3.344.954,24	29.843.616,23
2012	2.017.125,54	23.413.880,40	2.249.899,87	4.967.879,89	32.648.785,71
2013	4.138.594,52	26.755.522,62	2.588.411,70	5.894.241,70	39.376.770,54

Fonte: Elaborado pela autora com base nos Balancetes de Verificação do SIAFI.

Nota: Os valores da tabela não apresentam depreciação pois os órgãos públicos não possuíam essa obrigatoriedade; no entanto, para maior precisão na análise, foram atualizados para 2013 pelo IPCA.

A Tabela 6 demonstra acréscimo nos investimentos realizados a partir de 2010 em equipamentos médicos, odontológicos, laboratoriais e hospitalares, que, para fins de comparabilidade, foram atualizados monetariamente para o exercício de 2013. Esses bens apresentaram um crescimento de investimentos no período na ordem de 81%, semelhante ao que ocorreu com Mobiliário em geral, que apontou acréscimo de 80%. Ainda, em relação aos Equipamentos de tecnologia da informação e comunicação (TIC), a variação não foi tão significativa.

Nota-se, com isso, que, por meio dos processos licitatórios, são formados os estoques, adquiridos equipamentos e realizadas obras e serviços de engenharia. Esses investimentos são realizados por meio do aporte recursos ao orçamento da instituição.

4.1.4.5 Gestão de pessoas

O termo “gestão de pessoas” é bem recente: há pouco utilizava a expressão “gestão de recursos humanos” para referir-se a esse conceito e há algum tempo a expressão empregada era

“mão de obra”. A gestão de pessoas, além do recrutamento, seleção, contratação, capacitação traz abarcado o viés do desenvolvimento das equipes de trabalho, desenvolvimento de carreiras e a busca da melhoria da qualidade de vida do servidor.

Como visto anteriormente, O HUSM é um órgão suplementar central da UFSM, desse modo, seu quadro de servidores é decorrente de vagas preenchidas em concursos realizados pela UFSM para provimento de vagas do Plano de Carreira dos Técnicos-Administrativos em Educação (Lei Federal n. 11.091/2005). Nesse sentido, conforme o Tribunal de Contas da União na TC 017.936/2009-1: “as vagas não são do HUSM, mas da Universidade. Também os concursos são realizados para a UFSM, podendo qualquer vaga ser utilizada para preenchimento no HUSM” (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2009, p. 25).

Por outro lado, no mesmo relatório o TCU também destaca que:

entre 2005 e 2009 ingressaram no HUSM 216 servidores públicos, sendo que neste período uma Ação Civil Pública foi movida com o objetivo de condenar a União e a Universidade a contratar servidores públicos para a manutenção do atendimento mínimo indispensável dentro do HUSM e que teve por resultado a liberação de 146 vagas de enfermeiros, técnicos de enfermagem, instrumentadores cirúrgicos e outros profissionais que constavam no banco de dados de concursados do MEC (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2009, p. 25).

Além disso, conforme evidenciou-se no Capítulo 2, antes da contratação da EBSERH, havia limitação de vagas e de orçamento para pagamento de despesas de pessoal dos hospitais universitários federais. Dessa forma, a alternativa encontrada era a contratação de terceirizados via FATEC, para composição da força de trabalho. Nesse sentido, verificou-se junto à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas na UFSM e Divisão de Gestão de Pessoas no HUSM o quantitativo de pessoal ao ano, por cargo, vínculo contratual e carga horária, no período de 2007 a 2013.

Tabela 7 – Quantitativo de servidores públicos

(continua)							
Cargos	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Auxiliares em Enfermagem	248	242	234	228	223	213	200
20 horas semanais	4	8	8	8	8	8	7
24 horas semanais	1	1	1	1	1	1	1
40 horas semanais	243	233	225	219	214	204	192
Enfermeiros	175	199	197	195	195	201	196
20 horas semanais	-	2	2	2	2	2	1
24 horas semanais	-	-	-	-	-	3	-
30 horas semanais	1	1	2	2	2	1	1
40 horas semanais	174	196	193	191	191	195	194

(conclusão)							
Cargos	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Médicos	199	195	193	185	180	179	177
20 horas semanais	73	71	65	49	41	42	45
30 horas semanais	-	-	-	-	-	1	-
40 horas semanais	126	124	128	136	139	136	132
Técnicos em Enfermagem	184	280	277	274	269	274	275
20 horas semanais	1	1	1	1	1	2	2
30 horas semanais	1	1	1	1	-	1	-
40 horas semanais	182	278	275	272	268	271	273
Total de servidores no HUSM*	1.354	1.355	1.333	1.295	1.278	1.280	1.223

Fonte: Elaborado pela autora por meio de relatórios da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP) e da Divisão de Gestão de Pessoas dos HUSM.

*Total de servidores públicos em exercício no HUSM: A tabela apresenta o total de servidores da UFSM em exercício no HUSM, na categoria Técnicos Administrativos em Educação (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem e demais cargos), e categoria docentes (em média 6 docentes ao ano).

Nota: O quantitativo de profissionais da saúde representa a média anual de profissionais por cargo e carga horária semanal.

A Tabela 7 demonstra a evolução do quadro de servidores públicos da União lotados no HUSM, considerando o ingresso de 146 servidores concursados, nos cargos de enfermeiro, técnico em enfermagem, instrumentador cirúrgico dentre outros profissionais, no período 2005 e 2009. Porém, no mesmo período, ocorreram 182 desligamentos de servidores no HUSM, por aposentadorias, exonerações, óbitos e redistribuições (TCU, 2009).

Nesse sentido, verificou-se que, no período da Gestão UFSM/HUSM, a força de trabalho do hospital era composta de servidores públicos, e complementada por profissionais contratados via FATEC, conforme Tabela 8.

Tabela 8 – Média anual de contratos temporários com a FATEC

Cargo	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Médicos	46	61	58	58	49	43	41
Enfermeiros	10	1	09	10	10	0	02
Técnicos em Enfermagem	35	0	35	52	54	55	55
Total de Funcionários*	102	74	114	141	143	134	150

Fonte: Elaborado pela autora por meio de relatórios da Divisão de Gestão de Pessoas dos HUSM

*Total de Servidores do HUSM, inclusive médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem com contratos temporários.

Nota: Os cargos têm a seguinte Carga Horária Semanal: médicos 20h, enfermeiros 36h e técnicos em enfermagem 40 horas semanais.

O quadro de pessoal temporário foi estruturado de forma emergencial por meio dos contratos n. 230/2003 e n. 033/2006, firmados com a FATEC. Assim como o contrato n. 021/2010, cujo objeto trata da prestação de serviços necessários para a execução do Projeto “Atuação de um Hospital de Ensino Federal na Instituição de uma Rede Regional Integrada de Hospitais”, renovado sucessivamente em 2011, 2012 e 2013, do qual foram contratados profissionais de diversas áreas para a prestação de serviços no HUSM, incluindo médicos (Portaria n. 117 de 17 de setembro de 2015 – MPF/PRM-SMA-RS-00007993/2015).

A pós-graduação de residentes médicos e residentes multiprofissionais busca aperfeiçoar profissionais em serviços hospitalares em saúde, por meio do desenvolvimento de programas em especialidades em saúde, sob a orientação de professores ou de profissionais de reconhecida competência, complementando a força de trabalho do hospital.

Tabela 9 – Residentes médicos e multiprofissionais

Cargo/Ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Médicos residentes	84	92	103	114	124	151	150
Residentes outras profissões	-	-	30	51	50	95	128
Total	84	92	133	165	174	246	278

Fonte: Elaborado pela autora por meio de relatórios da Divisão de Gestão de Pessoas dos HUSM. Foram considerados somente profissionais da área da saúde.

Os médicos residentes são selecionados mediante edital de seleção pública publicado no segundo semestre do ano anterior ao ingresso, pela Coordenação da Residência Médica (COREME), para preenchimento de vagas destinadas aos programas em suas diversas áreas de atuação e especialidade. Para residência multiprofissional, os candidatos são selecionados por edital organizado pela Coordenação da Residência Multiprofissional (COREMU). A primeira seleção ocorreu em 2009 para preenchimentos de vagas destinadas aos programas dos demais cursos da área da saúde.

Nota-se, pelos dados da Tabela 9, um significativo aumento no número de residentes, sendo que os residentes médicos alcançaram um acréscimo de 78% e os residentes de outras profissões um acréscimo de 326%, em relação ao início do período. Destaca-se que os residentes do HUSM, tanto médicos como de outras carreiras da área de saúde, incorporam-se aos profissionais do hospital fortalecendo a força de trabalho mediante treinamento em serviço, com avaliação dos preceptores e coordenadores de cada programa.

4.1.5 Gestão orçamentária e financeira

Os hospitais universitários federais são instituições públicas criadas por lei, descentralizadas da União e dotadas de personalidade jurídica de direito público, vinculadas a uma autarquia ou fundação. Por essas razões, possuem autonomia administrativa e financeira, sendo financiados obrigatoriamente pelo orçamento público, com a responsabilidade financeira dividida entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS). Além disso, sujeitam-se ao controle do governo e das instituições federais de ensino à qual estão vinculados (DATASUS, 2018). Conforme destacam Souza e Paula (2016, p. 89): “Entre as entidades da administração indireta, as autarquias e fundações públicas geram pouca ou quase nenhuma receita própria, dependendo de recursos do Tesouro para sua manutenção”.

Nesse contexto, verificou-se que o orçamento do HUSM está dividido em dotação direta e transferências governamentais, sendo que a dotação direta compreende os créditos pertencentes à instituição, provenientes das fontes do tesouro, originárias da arrecadação tributária da União destinada ao financiamento da seguridade social, de recursos próprios e de transferências governamentais oriundas de outras unidades governamentais e executados pelo hospital. As receitas do Tesouro têm origem na Lei Orçamentária Anual (LOA), e financiam as despesas obrigatórias que correspondem aos dispêndios de pessoal e de encargos sociais, além de despesas correntes e de capital para manutenção e funcionamento do hospital.

Com isso, as fontes financiadoras do HUSM compreendem os recursos provenientes do Tesouro, do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS (de 2004 a 2010), do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), e repasses que a UFSM coloca à disposição do hospital para fazer frente as despesas de custeio. Em relação às transferências governamentais, destacam-se as dotações oriundas de outras instituições federais e executadas pelo hospital para a efetivação de sua atividade fim. Esses recursos são transferidos ao HUSM por meio de convênios e contratos formalizados com outros entes, e, no caso da receita do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a contratualização com o Gestor Local do SUS. Os recursos provenientes do Ministério da Saúde são resultantes da produtividade, vinculada aos registros de atendimentos, transformando em receita o reembolso das despesas hospitalares na prestação de serviços de média e alta complexidade.

Desse modo, o HUSM tem orçamentação global misto, sendo uma parte fixa composta da produção ambulatorial e hospitalar de média complexidade e incentivos financeiros de fonte federal, por meio dos seguintes blocos de financiamento: Componente Limite Financeiro da

Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), e Incentivo à Contratualização (IAC), possuindo uma importância financeira de maior magnitude perante os outros blocos de financiamento.

O componente MAC destina-se ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente. Esses incentivos incluem os atualmente designados: Centro de Especialidades Odontológicas - CEO; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; Fator de Incentivos ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde - FIDEPS; Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena - IAPI; Incentivo de Integração do SUS - INTEGRASUS; além de outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo (BRASIL, 2010, p.11).

O FAEC corresponde à parte variável da produção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, denominada extrateto, e está vinculado à produção dos serviços prestados. Além dos recursos do bloco de média e alta complexidade, o HUSM recebe recursos provenientes do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), com financiamento compartilhado entre o Ministério da Educação e da Saúde. O objetivo do programa é criar condições materiais e institucionais para que os hospitais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa, extensão e de assistência à saúde da população.

Sendo o HUSM o hospital de ensino da UFSM, até o ano de 2007 as dotações orçamentárias do HUSM eram vinculadas ao orçamento da UFSM, na Unidade Gestora 153.164 – UFSM. Porém, com a criação da Unidade Gestora do HUSM em junho de 2008, os recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde passaram a ser transferidos da Unidade Gestora da UFSM (153.164) para a Unidade Gestora do HUSM (153.610), no Sistema de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) (BRASIL, 2008).

A tabela a seguir apresenta o volume de recursos recebidos por origem pela Unidade Gestora do HUSM, no período de 2008 a 2013, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) para dezembro de 2013. Nota-se que, os recursos podem ter origem na contratualização, no FAEC, no FIDEPS, no IAC, diretamente do MEC, diretamente do MS, do REHUF/MS e do REHUF/MEC e da Secretaria de Educação Superior (SESU/MEC), para o pagamento de residentes médicos e multiprofissionais.

Tabela 10 – Créditos orçamentários no período de 2008 a 2013

Ano orçamento	Origem dos Recursos		Recursos totais
	Ministério da Educação*	Ministério da Saúde*	
2008	78.067.095,46	40.948.040,85	119.015.136,31
2009	158.775.880,32	41.699.382,13	200.475.262,45
2010	149.181.449,09	52.351.037,16	201.532.486,25
2011	168.932.588,65	69.458.491,27	238.391.079,92
2012	169.359.963,63	77.146.964,95	246.506.928,58
2013	166.566.832,95	61.489.724,34	228.056.557,29

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Quadro III do Relatório TC 017.936/2009-1, para informações dos anos de 2007 e 2008 (TCU, 2009) e Relatório do Tesouro Gerencial com dados do SIAFI referente aos anos de 2009 a 2013. Em 2007, foram transferidos R\$ 70.085.665,28* do Ministério da Educação e R\$ 50.236.741,57* do Ministério da Saúde.

Nota: *Valores atualizados pelo IPCA para dezembro de 2013.

Com isso, os recursos originados das transferências do Fundo Nacional de Saúde para o HUSM eram descontados do Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade dos repasses Fundo a Fundo, de acordo com produção hospitalar.

No que se refere ao financiamento, é possível afirmar que este foi um grande problema encontrado pelos HUFs a partir de sua integração ao SUS, sendo essa estrutura desrespeitada em diversos pontos. Os HUs seriam financiados pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Ministério da Saúde (MS), contudo, isso não aconteceu [...] o acordo foi quebrado em alguns pontos, como congelamento da tabela de procedimentos do SUS; falta de concurso público para contratação, além da diminuição do financiamento por parte do governo federal (PILOTTO, 2008).

Nesse cenário, evidencia-se um outro problema relacionado aos recursos orçamentários, a receita arrecadada na prestação de serviços de média e alta complexidade ao SUS, não corresponde aos valores produzidos. Desta forma, a receita da contratualização apresenta diferenças entre o valor produzido em serviços de saúde e o valor arrecadado, conforme mostra a Tabela 11.

Tabela 11 – Receita da contratualização – parte variável

Ano	Valor produzido*	Valor aprovado*	Diferença*
2007	35.485.269,69	35.398.855,58	86.414,11
2008	36.316.496,99	34.291.579,62	2.024.917,37
2009	45.789.025,56	40.748.321,95	5.040.703,61
2010	42.089.581,16	39.545.072,64	2.544.508,52
2011	38.253.578,77	35.336.788,05	2.916.790,72
2012	37.761.116,29	32.156.066,20	5.605.050,09
2013	37.424.602,61	28.761.114,02	8.663.488,59

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Relatório do Setor de Estatística do HUSM.

Nota: Foi considerada a produtividade anual em Internações e Serviços Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade, conforme Tabelas SIH/SUS e SIA/SUS. *Valores atualizados pelo IPCA para dezembro de 2013.

Observa-se, na Tabela 11, diferenças entre os valores de produção em serviços de média e alta complexidade e os valores aprovados (efetivamente arrecadados) com a receita da contratualização do Sistema Único de Saúde. Os valores que não ingressaram como receita no HUSM tiveram um crescimento exponencial no período analisado, alcançando um percentual de 23,15% de produção não recebida em 2013.

Por outro lado, destaca-se positivamente, no período, o impacto orçamentário e financeiro originado do aporte de recursos do REHUF, transferidos pelos Ministérios da Educação e da Saúde, conforme evidencia-se na Tabela 12.

Tabela 12 – Recursos do REHUF no período de 2010 a 2013

Ano	Ministério da Educação	Ministério da Saúde	Total
	Ação 20RX	Ação 20G8	
2010	-	4.686.438,72	4.686.438,72
2011	-	26.452.548,45	26.452.548,45
2012	8.350.017,62	18.828.184,72	27.178.202,33
2013	2.633.615,72	12.717.801,36	15.351.417,08

Fonte: Elaborado pela autora por meio de Relatórios do Tesouro Gerencial.

Nota: *Valores atualizados pelo IPCA para dezembro de 2013.

Os recursos recebidos do REHUF tiveram origem dos orçamentos do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC), nas ações de governo 20G8 e 20RX, respectivamente. Nos dois primeiros anos do programa, 2010 e 2011, apenas o MS (ação 20G8) destinou recursos do REHUF ao HUSM. Em 2010, foram transferidos pelo MS, R\$ 4.686.438,72, para realização de despesas correntes, com recursos do REHUF. Enquanto em 2011, foram destinados R\$ 26.452.548,45 para despesas correntes e R\$ 1.407.194,70 para investimentos.

Somente a partir do exercício de 2012, o MEC (Ação de Governo 20RX) começou a destinar recursos orçamentários e financeiros ao HUSM pelo programa REHUF, sendo R\$ 3.186.450,93 para despesas correntes e R\$ 5.163.566,68 para investimentos. No mesmo exercício, o MS (Ação de Governo 20G8) destinou R\$ 16.114.629,78 para despesas correntes e R\$ 2.713.554,93 para investimentos. Do total de R\$ 15.351.417,08 recebidos em 2013 pelo HUSM, R\$ 10.828.634,74 foram repassados pelo MS para despesas correntes e R\$ 1.889.166,62 para investimentos, enquanto o MEC repassou R\$ 2.633.615,72 em investimentos.

Em relação ao financiamento do REHUF, o inciso I, artigo 3º do Decreto n. 7.082 de 27 de janeiro de 2010, que instituiu o REHUF, ficou previsto compartilhamento progressivo entre os dois ministérios até 2012 (85% para MS em 2010 e 92,5% para MS em 2011 do total consignado pelo MEC ao REHUF), e, a partir de 2012, montantes de recursos iguais pelos dois ministérios. Essa forma de financiamento foi revogada pelo Decreto n. 8.587 de 11 de dezembro de 2015. Entretanto, conforme demonstrado, o MEC não cumpriu o previsto no decreto que instituiu o REHUF em relação ao financiamento do programa. Em 2013, o MEC repassou créditos para o HUSM apenas em investimentos num total de 17,15% do total de R\$ 15.352.417,08 de recursos, ficando 82,85% sob responsabilidade do Ministério da Saúde, em total descumprimento ao decreto.

Salienta-se que o não cumprimento do decreto por parte do MEC, foi motivo de apontamentos do Acórdão n. AC-0364-05/16-P do TCU. Caso o financiamento do programa fosse cumprido como previsto no decreto, certamente os objetivos a serem alcançados pelo programa teriam atingido um outro patamar. No entanto, deve ser ressaltado que o alcançado com o programa recuperou parcialmente a situação de funcionamento encontrada o HUSM.

Em relação às despesas realizadas, foram consideradas as despesas liquidadas no Sistema de Administração do Governo Federal (SIAFI), na Unidade Gestora 153.610 – Hospital Universitário de Santa Maria (a partir do ano de 2008) e na unidade orçamentária 26.387 (no ano de 2007), por modalidade de licitação, ou seja, foram consideradas as despesas cujo fornecimento dos bens ou serviços tenha sido efetivamente realizado, tendo por base: o contrato, ajuste ou acordo respectivo; a nota de empenho; e os comprovantes da entrega de material ou da prestação efetiva do serviço (BRASIL, 1964).

Tabela 13 – Despesas realizadas por grupo de natureza da despesa

Ano	Pessoal e encargos*	Outras despesas correntes*	Investimentos*	Total executado
2007	65.450.450,81	48.539.518,21	753.119,32	114.743.088,34
2008	64.360.789,98	49.670.535,73	314.630,53	114.345.616,24
2009	92.708.975,74	56.390.835,07	4.744.419,40	153.844.229,78
2010	95.070.559,77	52.771.183,60	2.315.427,79	150.145.157,53
2011	135.756.773,80	63.350.265,10	1.793.761,75	201.122.039,99
2012	132.456.049,37	64.350.265,10	21.908.096,55	218.714.411,02
2013	137.328.111,54	88.095.807,29	11.130.045,93	236.553.964,76

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Quadro III do Relatório TC 017.936/2009-1, para informações dos anos de 2007 e 2008 (TCU, 2009), e consulta em Gastos Diretos por Órgão Executor para o período de 2009 a 2013, no Portal de Transparência, do Governo Federal.

Nota: *Valores atualizados pelo IPCA para dezembro de 2013.

Na Tabela 13, a coluna Pessoal e encargos demonstra a evolução dos dispêndios com os servidores estatutários. Na coluna Outras despesas correntes, os valores trazem inclusos pagamentos de pessoal terceirizado contratado por meio da FATEC, em contratos da UFSM/HUSM/FATEC, forma encontrada para a continuidade no atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, em Outras despesas correntes estão inclusas aquisições de materiais farmacológicos e materiais hospitalares, com recursos do REHUF. Outra questão que se pode destacar na Tabela 13 é o volume de investimentos ocorrido no ano de 2012. Em consulta ao Portal de Convênios, verificou-se os seguintes investimentos em obras realizados mediante convênios com a FATEC:

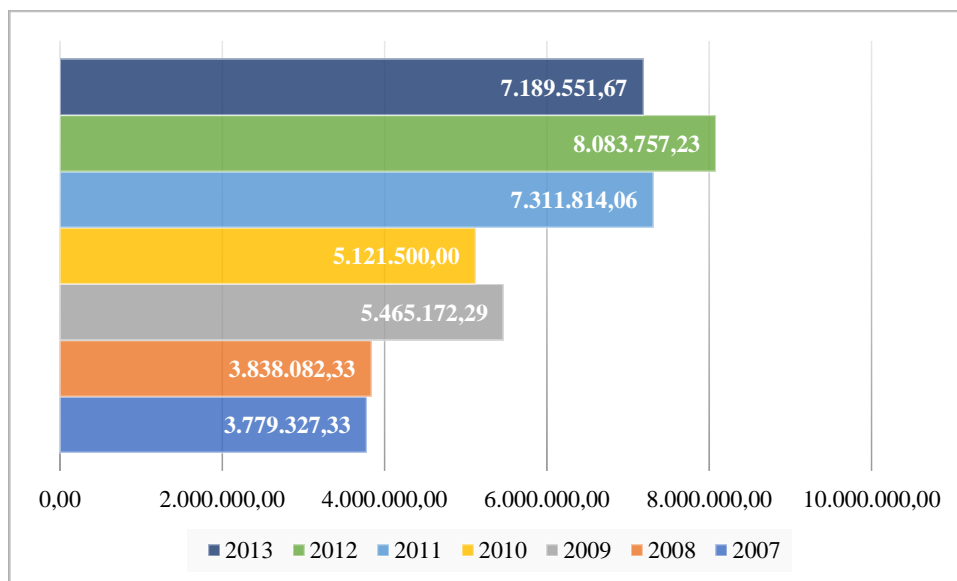
a. Convênio n. 764208/2011, com os seguintes objetos: adequar áreas físicas do HUs com recursos provenientes do REHUF, priorizando a construção da Central de Tratamento Intensivo Adulto, Infantil, Neonatal, Unidade Intermediária de Recém-Nascidos e Mãe Canguru; ampliar o acesso ao serviço de terapia intensiva. O prazo teve início em 20 de dezembro de 2011 e o término está previsto para 31 de dezembro de 2018, com valor previsto de R\$ 10.670.043,02;

b. Convênio n. 775370/2012, para adequar áreas físicas do HUSM, priorizando a construção da Central de Laboratórios, com a unificação dos laboratórios: Central de Análises Clínicas, de Biologia Molecular e de Patologia Clínica, com valor previsto de R\$ 8.593.057,23.

Além dos convênios para realização de investimentos, o HUSM elaborou projetos operacionalizados por meio da Fundação de Apoio à Ciência e Tecnologia, para aquisição de bens e serviços, pagamento de bolsas de pesquisa, e contratação pessoal terceirizado, opção encontrada para atender de forma emergencial o HUSM, para não prejudicar o atendimento à população regional, tão dependente de serviços de saúde prestados por esse Hospital.

Em consulta ao Portal da Transparência do Governo Federal, verificou-se os valores pagos à FATEC no período da Gestão UFSM/EBSERH, conforme Figura 3.

Figura 3 – Valores repassados à FATEC



Fonte: Elaborado pela autora a partir do Quadro III do Relatório TC 017.936/2009-1, para informações dos anos de 2007 e 2008 (TCU, 2009), e consulta ao Portal de Transparência União, em Gastos Diretos Por Órgão Executor para o período de 2009 a 2013.

Os valores apontados referem-se a contratos firmados entre a UFSM e a FATEC para desenvolvimento de projetos institucionais, tais como os seguintes contratos:

- a. Contrato n. 230/2003 – Implementando Serviços de Imagens Referência Hospital Terciário, no total de R\$ 15.553.770,16, encerrado em 2010;
- b. Contrato n. 033/2006 – Implantação da Unidade de Alta Complexidade em Cardiologia, no total de R\$ 18.126.350,40, encerrado em 2011.

Destaca-se que os contratos firmados com a FATEC tiveram como objetivo a realização de obras, aquisição de equipamentos e contratações de profissionais das áreas da saúde e administrativa.

Nessa perspectiva, foram demonstradas características da Gestão do HUSM no período que antecedeu a Gestão EBSERH, considerando aspectos como: estrutura, processos, pessoas e recursos, no período de 2007 a 2013.

4.2 GESTÃO EBSERH

No decorrer desta seção, são apresentados aspectos da gestão do HUSM no período de 2014 a 2016, denominada, para efeitos de análise, como Gestão EBSERH/HUSM. Nesse

sentido, foram consultados: o Contrato n. 263/2013, o Plano de Reestruturação e suas metas, o cadastro do imóvel no Sistema Patrimonial da União, a Relação dos Servidores Cedidos, os contratos e licitações subrogadas na UFSM, Metas de Desempenho, indicadores, prazos de execução e a Sistemática de Acompanhamento e Avaliação.

Esses instrumentos foram escolhidos em razão de terem influência na eficiência da gestão hospitalar e contribuição para a construção do entendimento de como se desenvolveu o modelo de governança adotado pela EBSEH no âmbito do HUSM.

A coleta de dados ocorreu mediante acesso aos portais: da EBSEH, da UFSM, do TCU e portal de transparência governo federal. A pesquisa documental nos processos administrativos, planilhas estatísticas e relatórios administrativos, ocorreu junto às Pró-reitorias de Administração, de Gestão de Pessoas e de Planejamento, na UFSM, e dos setores administrativos da EBSEH, no HUSM, todos no período de novembro de 2017 a fevereiro de 2018.

Para fins de comparabilidade, os valores monetários foram corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Para a interpretação dos resultados, foram realizadas análises horizontais e verticais, dos indicadores hospitalares, saldos anuais de bens, do quantitativo de pessoal e de receitas e despesas, com a apresentação dos percentuais alocados, nos períodos de gestão em estudo. As análises consistiram na comparação entre resultados de uma mesma variável em relação a outros períodos, ou entre duas ou variáveis entre si, para avaliação da composição e evolução dos indicadores.

4.2.1 Plano de Reestruturação do HUSM

O Plano de Reestruturação do Hospital Universitário de Santa Maria, que se integra anexo ao Contrato n. 263/2013, busca estabelecer ações a serem desenvolvidas no curto prazo, que venham solucionar os problemas que levaram à contratação da empresa, e a promover as mudanças estruturantes necessárias.

O plano encontra-se dividido em três módulos: i) o Hospital; ii) ações estratégicas e metas; e iii) monitoramento e avaliação. No primeiro, apresenta-se um panorama do hospital com características consideradas relevantes para a consecução das ações a serem desenvolvidas no período de transição: perfil de atenção à saúde, ensino e pesquisa, força de trabalho, administração/finanças, infraestrutura e recursos recebidos do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais e outras fontes.

No segundo módulo, são apresentadas as ações estratégicas definidas e metas propostas, envolvendo duas ações estruturantes a serem implementadas: a estrutura organizacional e o quadro de pessoal autorizado pelo Ministério de Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG). O terceiro módulo apresenta estratégias de monitoramento e avaliação do Plano de Reestruturação. Observa-se, com isso, que o Plano de Reestruturação do HUSM consiste num instrumento de pactuação de compromissos entre a EBSEH e a UFSM para gerir o HUSM, no período da vigência contratual. Destaca-se, ainda, que a implementação das ações estruturantes busca: “padrão de Assistência de excelência no atendimento às necessidades de saúde da população, com condições adequadas para a geração de conhecimento de qualidade e para a formação profissional” (EBSEH, 2013).

O Plano contempla, em seu teor: as informações gerais, o organograma vigente em 2013, o perfil assistencial, a regionalização (referência para a Macrorregião Centro-Oeste do Rio Grande do Sul), a estrutura de leitos, as habilitações, os serviços e classificação, a produção assistencial, as internações por média de permanência hospitalar, os dados sobre ensino e pesquisa, o perfil administrativo-financeiro, as características da infraestrutura física e da tecnologia de informação, os valores de recursos recebidos por meio do REHUF, as ações estratégicas e metas, as premissas para a construção e o quadro das ações estratégicas, a estrutura organizacional a ser implementada e o quadro de dimensionamento de pessoal (EBSEH, 2013).

Além disso, é composto de ações estratégicas e metas para as áreas de: Administração e Finanças, Atenção à Saúde, Auditoria, Gestão de Pessoas, Logística e Infraestrutura Hospitalar, Ouvidoria, Planejamento e Avaliação, Tecnologia da Informação, a serem realizadas no prazo de 12 meses. Entretanto, o documento não apresenta diagnóstico situacional da infraestrutura de recursos humanos e uma análise do impacto financeiro previsto para o desenvolvimento das ações de reestruturação do hospital e a elaboração de diagnóstico da situação de recursos humanos.

Conforme exposto anteriormente, o Plano de Reestruturação não está de acordo com o estabelecido no parágrafo único, do artigo 6º, do Decreto Federal n. 7.082, de 27 de janeiro de 2010, por não contemplar os requisitos previstos nos incisos I, III e IV, que determinam a elaboração de diagnóstico situacional da infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos, e o impacto financeiro provocado com o desenvolvimento das ações para equacionar as dificuldades encontradas nos HUFs.

4.2.2 Implantação da Gestão da EBSEH no HUSM

Conforme referido anteriormente, a criação da EBSEH integra um conjunto de medidas adotadas pelo Governo Federal para a reestruturação dos HUFs vinculados às instituições públicas federais de ensino. Desse modo, em decorrência da assinatura do termo de adesão ao contrato, a competência de implementar um sistema de gestão no HUSM passou à EBSEH em 17 de dezembro de 2013.

A criação da EBSEH teve como principal objetivo o aprimoramento da gestão dos hospitais universitários na busca pela eficiência e eficácia organizacionais. Dessa forma, aborda-se nesta subseção, o processo de transição da Gestão UFSM/HUSM para a Gestão EBSEH/HUSM e a implantação do modelo de gestão EBSEH, importante para a compreensão das mudanças operacionais (estrutura, processos e pessoas) e, em termos de eficiência, ocorridas no HUSM.

Nesse contexto, foram consultados os seguintes documentos: Organograma da Filial EBSEH Santa Maria, Ata de Reunião da 757ª Sessão do Conselho Universitário (CONSU), de 12 de dezembro de 2013, o Plano de Reestruturação HUSM de 2013, o Plano Diretor Estratégico (PDE) 2015/2016, Contrato Global n. 784/2014-SES/RS (Contratualização SUS) e respectivos relatórios trimestrais de monitoramento de metas, Relatório de Patrimônio, Relatório de Licitações e Relatório Institucional da Filial EBSEH Santa Maria do ano de 2016.

Após assinatura e publicação do Contrato n. 263/2013 no Diário Oficial da União, constituiu-se a equipe de governança da filial EBSEH Santa Maria, formada pelo Superintendente e três gerentes (Atenção à Saúde, Administrativo e de Ensino e Pesquisa), para realizar as primeiras tratativas com a UFSM e dar início ao processo de transição. De acordo com o Regimento Interno da EBSEH, que conduz o funcionamento da empresa, são competências dos órgãos de administração e fiscalização do contrato de adesão:

Administrar unidades hospitalares [...] prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições públicas congêneres, com a implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas, coordenar o processo de certificação dos Hospitais de Ensino de forma articulada com os Ministérios da Educação e da Saúde (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2012).

A sistemática adotada pela empresa consiste no trabalho conjunto com a equipe de governança do hospital, para o dimensionamento dos serviços prestados pela unidade, levantamento da necessidade de contratação de pessoal, definição de metas de desempenho,

indicadores e prazos de execução e do monitoramento para o acompanhamento e avaliação das metas estabelecidas.

Com isso, observa-se que os trabalhos da EBSEERH no HUSM tiveram início com a formação da equipe de governança e com os procedimentos para a transição da gestão UFSM/HUSM para a gestão EBSEERH/HUSM.

4.2.2.1 Transição para a Gestão EBSEERH

Toda a mudança necessita obrigatoriamente de um período de ajustes. Nesse sentido, no Contrato n. 263/2013 ficou estabelecido como prazo de transição o período de 12 meses. Diante disso, foram estabelecidas, na cláusula sexta, as regras da transição para a Gestão EBSEERH. Sendo definida no *caput*, como responsabilidade da UFSM:

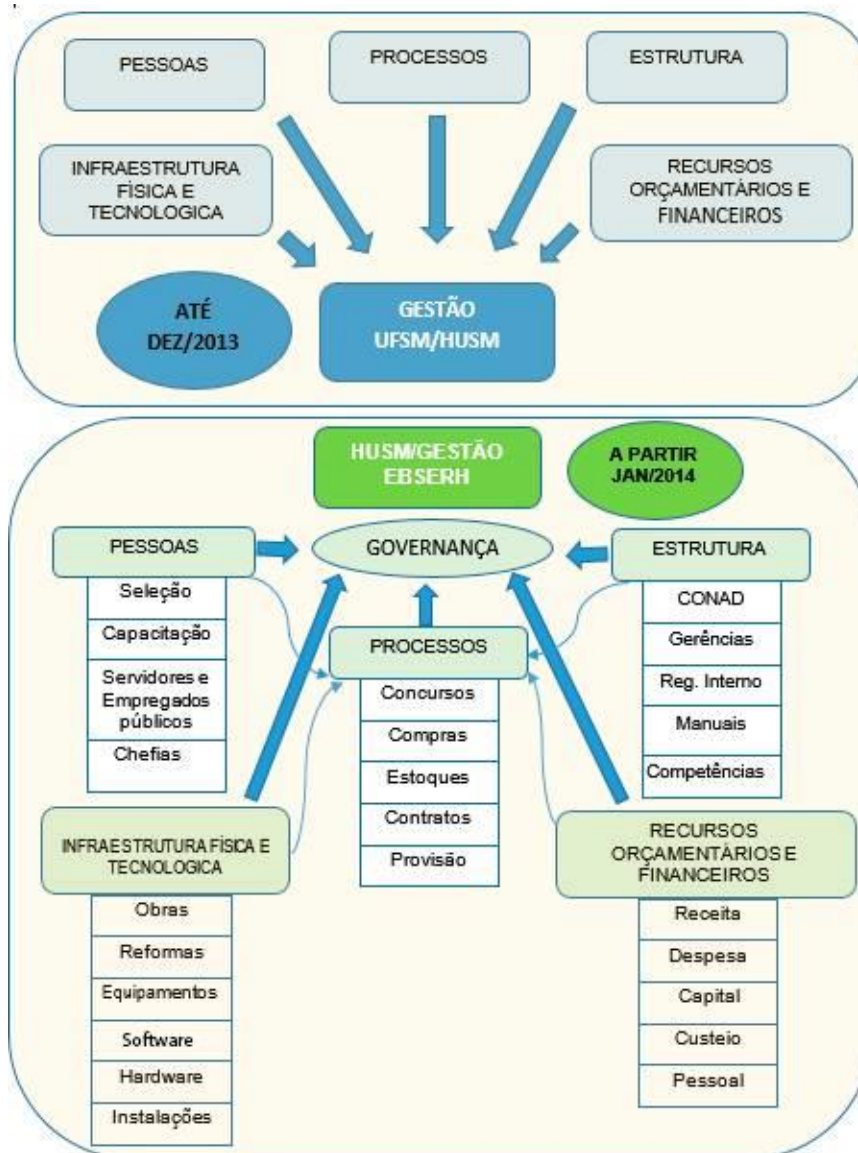
A contratante manterá as atividades, contratos e vínculos existentes no hospital, bem como da realização de contratações de bens e serviços necessários para funcionamento adequado da unidade hospitalar, até a assunção plena da Gestão EBSEERH no HUSM (UFSM, 2013).

Nesse contexto, para dar início à recomposição da força de trabalho, a EBSEERH realizou concurso público para provimento de cargos no HUSM, nas seguintes áreas: médica, assistencial e administrativa. A partir de agosto de 2014 ocorreram as primeiras nomeações e realizadas capacitações nas áreas de licitações, contratos e contabilidade, junto às unidades administrativas da Pró-Reitoria de Administração.

Outro aspecto observado foi a continuidade na implantação dos módulos do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). Destaca-se que, o AGHU teve início em 2009, como parte do REHUF para a reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais. No HUSM, os primeiros módulos foram implantados em 2013, para os seguintes processos: Cadastro de Pacientes, Ambulatório Administrativo, Ambulatório Assistencial, Internação, Cirurgia, Prescrição Médica, Prescrição de Enfermagem, Controles do Paciente e Exames.

Para dotar de recursos orçamentários e financeiros a gestão do Hospital Universitário de Santa Maria pela EBSEERH, foi criada a Unidade Gestora 155.125 – EBSEERH Filial Hospital Universitário de Santa Maria. Com isso, os recursos destinados pelo Ministério da Educação, Fundo Nacional de Saúde e pela matriz da EBSEERH passaram a ser geridos pela filial em Santa Maria. Iniciando-se assim, o processo de transição da estrutura organizacional UFSM/HUSM para a estrutura organizacional EBSEERH/HUSM.

Figura 4 – Mapa conceitual da transição de gestões no HUSM



Fonte: Elaborada pela autora.

Na Figura 4, fica melhor evidenciado os dois períodos de gestão em análise, o período de Gestão UFSM/HUSM até dezembro de 2013 e o período de Gestão EBSEH/HUSM, com pessoas, estrutura e processos, ou seja atores, processos, estrutura organizacional, infraestrutura física e tecnológica e recursos orçamentários e financeiros que possibilitam a disponibilidade de serviços de saúde.

A EBSEH criada com o objetivo de gerir os HUFs iniciou a aplicação de seu modelo de governança no HUSM em janeiro de 2014, sendo sua gestão compartilhada nos primeiros

doze meses (período de transição), passando à gestão plena no último trimestre de 2015 (EBSERH, 2018).

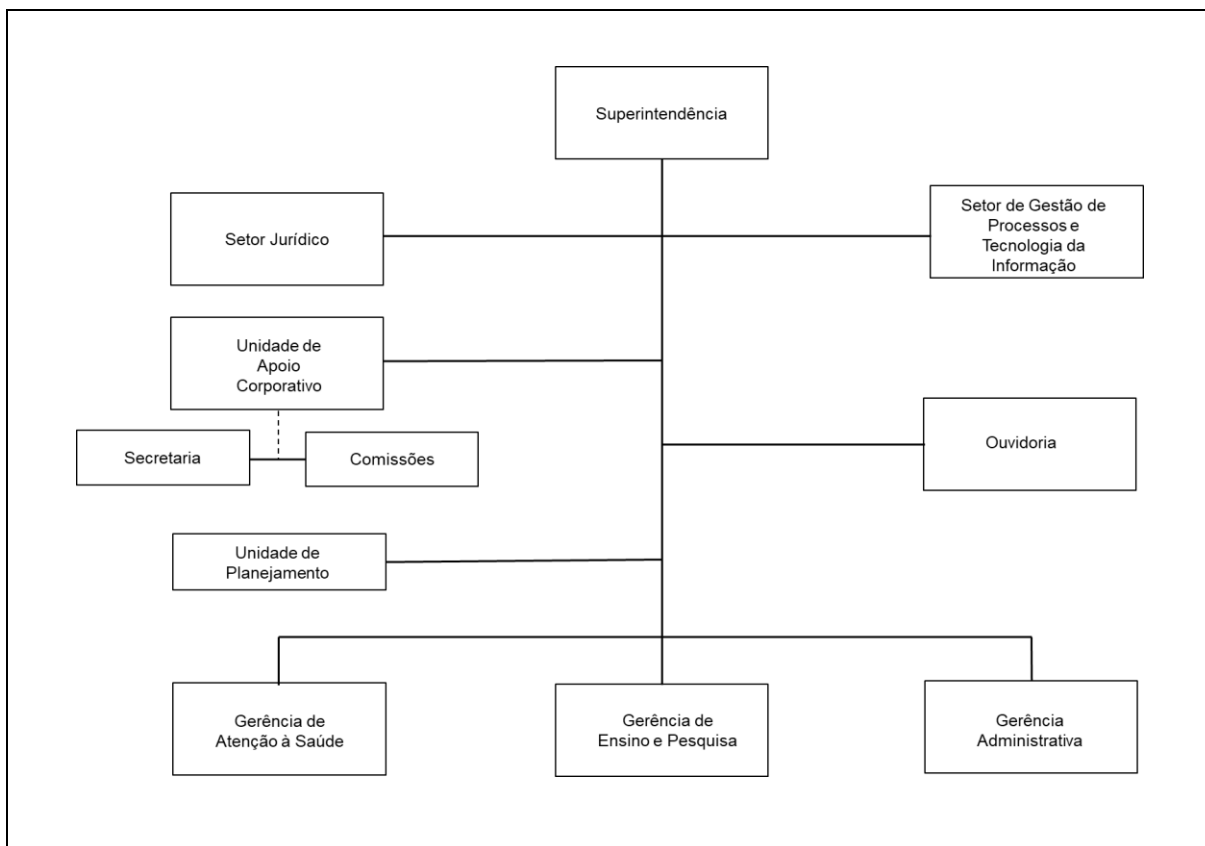
4.2.3 Estrutura organizacional EBSERH/HUSM

A estrutura organizacional de uma entidade fornece a base para o planejamento, a execução, o controle e o monitoramento das atividades. Essa estrutura deve ser estabelecida de forma a favorecer o cumprimento da missão e o alcance dos objetivos da organização, como gerenciamento de riscos e a eficácia dos controles (TCU, 2012). “Considera-se que não existe um modelo ideal de estrutura organizacional: a melhor estrutura é a que atende aos objetivos da organização, propicia um bom alinhamento e favorece o seu funcionamento de modo eficaz” (EBSERH, 2013, p. 2).

Nesse sentido, a estrutura organizacional da EBSERH evidenciada em seu organograma e Regimento Interno, demonstra como a empresa se preparou para enfrentar o desafio da gestão em hospitais de ensino. O ponto fundamental na formulação da estrutura organizacional diz respeito à implantação das diretrizes para organização do modelo de prestação de serviços de assistência à saúde e de apoio ao ensino, a pesquisa e a extensão (BRASIL, 2011). A EBSERH adota, nos hospitais universitários federais, uma nova arquitetura organizacional baseada no reordenamento dos serviços assistenciais, com vistas a: “assegurar coerência entre os objetivos, processos de trabalho, a coordenação entre as instâncias e as pessoas que vão desempenhar as tarefas” (EBSERH, 2013).

Na estrutura organizacional dos hospitais universitários federais geridos pela EBSERH, é adotado um modelo padrão organizado em cinco blocos lógicos: cúpula, suporte técnico, suporte administrativo, linha intermediária e núcleo operacional. Apresenta-se a seguir a estrutura gerencial adotada pela EBSERH na gestão dos hospitais universitários federais.

Figura 5 – Organograma geral EBSEH/HUSM



Fonte: Diretrizes Técnicas Estrutura Organizacional dos Hospitais sob Gestão da EBSEH – Versão 1.0 – março de 2013.

Na representação esboçada anteriormente, identifica-se a Superintendência e as gerências que, em conjunto com os órgãos de apoio à gestão, controle e fiscalização, correspondem às instâncias decisórias e deliberativas do HUSM.

Em relação à estrutura interna das gerências subordinadas à superintendência, observou-se o que segue:

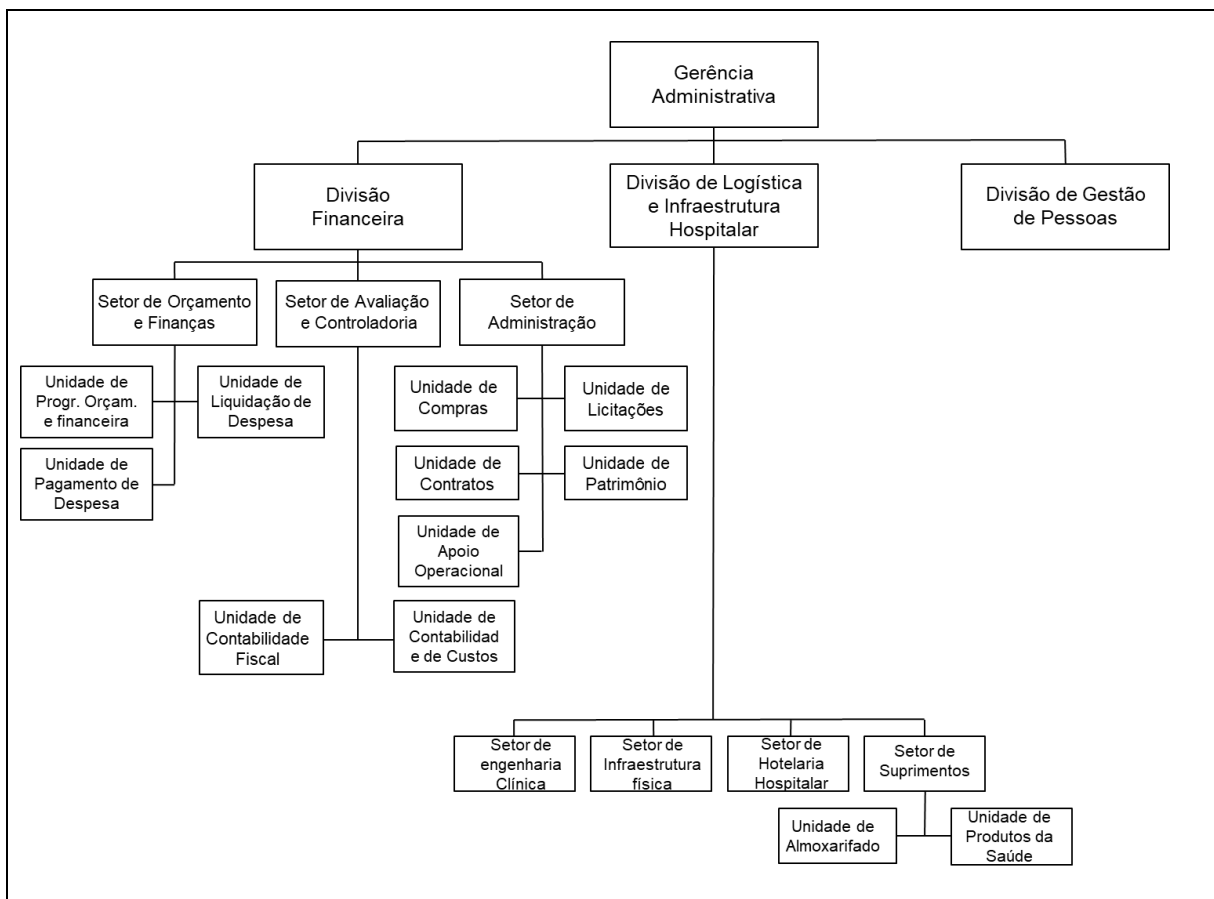
a) a Gerência de Atenção à Saúde conta com quatro divisões: Divisão de Gestão do Cuidado, Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Divisão Médica e Divisão de Enfermagem (conferir Anexo 6);

b) a Gerência de Ensino e Pesquisa composta pela unidade de e-saúde e pelos seguintes setores: Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica e Setor de Gestão do Ensino; (conferir Anexo 7); e,

c) a Gerência Administrativa composta por três divisões: Divisão Administrativa Financeira, Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar e Divisão de Gestão de Pessoas.

Destaca-se, ainda, que o desenho organizacional da EBSEH teve como objetivo o fortalecimento de áreas onde os apontamentos do Tribunal de Contas da União eram recorrentes. Dessa forma, foram organizadas as unidades de compras, de contratos, de patrimônio e de licitações, junto ao Setor de Administração. As unidades de contabilidade fiscal e contabilidade de custos, no Setor de Avaliação e Controladoria. As unidades de programação orçamentária e financeira, de liquidação e de pagamento da despesa, junto ao Setor de Orçamento e Finanças. As unidades de almoxarifado, de dispensação farmacêutica, e de abastecimento farmacêutico junto ao setor de suprimentos. Assim como, os setores de Hotelaria Hospitalar, Infraestrutura Física e de Engenharia Clínica, vinculados à Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar. Dessa forma, a Gerência Administrativa comporta a seguinte estrutura:

Figura 6 – Organograma da Gerência Administrativa



Fonte: EBSEH/HUSM-UFSM (2018)

Nessa perspectiva, observa-se que as mudanças na estrutura organizacional do HUSM favoreceram o aprimoramento nos processos internos e no funcionamento da estrutura

hospitalar, mediante a desvinculação dos processos das áreas administrativas da reitoria da UFSM.

4.2.4 Plano Diretor Estratégico EBSEH/HUSM

O Plano Diretor Estratégico (PDE) buscou, a partir do diagnóstico da situação do HUSM realizado por meio do Plano de Reestruturação do HUSM (Anexo 1 do Contrato N. 263/2013), definir a forma de atuação da Gestão para os próximos três anos. O planejamento foi concebido para o período de 2015-2016, iniciado a partir do Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais para o SUS, realizado no Hospital Sírio Libanês (IEP), promovido pela EBSEH, onde participaram dez integrantes, sendo nove servidores do HUSM e um representante da EBSEH.

O percurso metodológico e ferramentas utilizadas foram os seguintes: identificação de macroproblemas, identificação de atores sociais, *team-based learning*, criação de árvores de problemas, fluxograma descritor, análise SWOT, identificação de nós críticos, relacionamento de nós críticos com oportunidades; plano de ação 5w3h. Gestão do Plano de Gestão, videoconferências (6) e visitas técnicas (3).

O PDE 2015-2016 identificou três macroproblemas (estrutura física inadequada, Parque Tecnológico Defasado e modelo de gestão/política de pessoal inadequada) com 12 nós críticos. Como foram de enfrentamento dos macroproblemas e dos nós críticos identificados, foram definidas 36 ações e 134 atividades, conforme Quadros 4a, 4b e 4c.

Quadro 4a – Macroproblemas identificados no Plano Diretor Estratégico

Estrutura física inadequada – M1		
Ausência de serviços de Engenharia – NC1		Adequação de áreas existentes para atender legislação – NC3
Estruturação de um serviço de Engenharia e Arquitetura		Adequação das áreas físicas do Plano de Prevenção e Combate a Incêndio (PPCI)
		Adequação e ampliação da área física do serviço de quimioterapia ambulatorial do HUSM
Falta de prédios e reformas – NC2		
Construção do prédio de suporte administrativo	Reforma da área física do Centro Cirúrgico	Adequação da área física do Centro de Material e Esterilização
Construção do prédio para instalação da Central de Abastecimento (4000 m2)	Reforma da área física da Unidade de Internação Obstétrica com realocação do Centro Obstétrico	Criação de ambientes de bem-estar para profissionais (2000 m2)
Construção do prédio para nova Central de Laboratórios	Construção de área para elevadores de maior dimensão	Adequação da área física e tecnológica do Serviço de Farmácia
Construção do prédio para implantação de novos serviços assistenciais (hospital dia em HIV/Aids, transplante, psiquiatria, CIAVA e casa de gestante)	Reforma das áreas desocupadas pelas UTIs com vistas à ampliação de leitos	
	Reforma da área desocupada pelo laboratório	

Quadro 4b – Macroproblemas identificados no Plano Diretor Estratégico

Parque Tecnológico Defasado – M2		
Falta de um plano para renovação e atualização do Parque Tecnológico – NC4	Indisponibilidade orçamentária/financeira para aquisição de equipamentos – NC5	Falta de um plano de manutenção preventiva e corretiva institucional – NC6
Constituição de um serviço de Engenharia Clínica	Inclusão de datação orçamentária para a aquisição de materiais permanentes e equipamentos	Elaboração de um plano de manutenção preventiva e corretiva para todos os equipamentos
Elaboração do Plano de Renovação do Parque Tecnológico		

Quadro 4c – Macroproblemas identificados no Plano Diretor Estratégico

Modelo de gestão inadequado – M3		
Suprir o quadro de pessoal especializado nas áreas administrativas e de apoio para atender às necessidades atuais e novas demandas – NC7	Dificuldade de adequar a instituição ao novo modelo de gestão – NC8	
Reiteração do pleito de vagas administrativas e de apoio conforme dimensionamento	Elaboração de um novo plano de gestão com divulgação, conhecimento e capacitação de todos os colaboradores	Estruturação do processo de trabalho com foco no usuário
	Qualificação do serviço de Ouvidoria	Organizar e sistematizar as linhas de cuidado
Contratação de profissionais especializados para o funcionamento da Central de UTIs, com previsão de abertura em 2016	Implementação do Núcleo Interno de Regulação	Implementação completa do Sistema de Informação de Gestão Hospitalar (AGHU)
	Implementação de modelo de gestão de processos	Implementação do Núcleo de Segurança do Paciente
	Implantação da Farmácia Clínica	
Ausência de uma política de desenvolvimento de pessoas – NC9	Reestruturação do Serviço de Compras	Indefinição de fluxos assistenciais e pactuações de responsabilidades entre os gestores da saúde da região de abrangência – NC12
Elaboração de um plano de educação continuada e permanente	Ausência de um programa de qualidade institucional – NC11	
Ausência de uma política de comunicação institucional – NC10	Elaboração de programa de gestão de qualidade	Criação de uma central regional de regulação
Definição da política de comunicação institucional	Implantação da auditoria clínica	Implantação de um sistema de classificação de risco na urgência e emergência

Fonte: elaborado pela autora a partir do PDE 2014-2016

Nota: os problemas encontram-se destacados e as ações destes encontram-se abaixo, sem destaque.

Além disso, o monitoramento e avaliação, inerentes à Sistemática de Acompanhamento e à Avaliação de Desempenho da EBSEH, contemplam desde sua formulação até a efetiva implementação das ações, ferramentas e aplicativos para o acompanhamento dos indicadores relacionados aos processos, resultados e efeitos das atividades desempenhadas pelos hospitais.

O PDE 2014-2016, por meio de acompanhamento das ações e atividades em desenvolvimento busca a equalização dos macroproblemas e dos nós críticos que dificultam o adequado funcionamento do hospital. Em relação aos macroproblemas, estrutura física inadequada, parque tecnológico defasado e modelo de gestão inadequado, 82% das ações foram implementadas até dezembro de 2016, sendo 31% das ações finalizadas, 11,5% em atraso, 16% em andamento e 23% em reavaliação.

É importante destacar que os dados referentes ao planejamento, execução e monitoramento do plano diretor estratégico e das metas da contratualização foram coletados na Unidade de Planejamento, e os quantitativos de pessoal foram coletados na Divisão de Gestão de Pessoas da EBSEH no HUSM.

4.2.5 Gestão de pessoas

Ao analisar as deficiências constatadas nas auditorias dos órgãos de controle, observa-se que, de forma geral, as causas apresentam base estrutural e dizem respeito à ausência de definição de uma política de gestão de recursos materiais e humanos e à inexistência de política organizacional preocupada com os riscos operacionais e seu adequado gerenciamento.

Foram consideradas, inicialmente, as questões que motivaram apontamentos e recomendações por parte do Tribunal de Contas da União (TCU). Sobretudo, em relação às contratações de pessoal terceirizado pela Fundação de Apoio à Tecnologia e Ciência (FATEC). Irregularidade que passou a ser sanada com o preenchimento de 856 vagas no HUSM, com a realização do Concurso Público n. 01/2014-EBSEH/HUSM-UFSM. Foram realizados também dois processos de seleção simplificados para atender a necessidades temporárias e excepcionais: o Processo Seletivo Simplificado (PSS) n. 08/2014-EBSEH/HUSM-UFSM, Processo Seletivo Simplificado (PSS) n. 04/2015-EBSEH/HUSM-UFSM, para a contratação do quadro de pessoal.

As vagas foram assim distribuídas nos seguintes editais: Edital n. 02/2014, para preenchimento de 261 vagas de nível superior na Área Médica, distribuídas em 82 especialidades; Edital n. 03/2014, para preenchimento de 453 vagas de nível superior e médio na Área Assistencial; e Edital n. 04/2014, para preenchimento de 77 vagas de nível superior e

médio na Área Administrativa, e formação de cadastro de reserva em todos os editais, conforme artigo 10 da Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011; Decreto n. 7.661, de 28 de dezembro de 2011 e autorização da Portaria n. 02 do Departamento de Coordenação e Governança das Empresas Estatais do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, publicada no Diário Oficial da União em 8 de janeiro de 2014. Em relação ao PSS n. 08/2014, seu Edital n. 02/2014 disponibilizou 24 vagas, e o PSS n. 04/2015 em seu Edital N. 02/2015 disponibilizou 41 vagas.

Com a convocação dos primeiros aprovados no Concurso 01/2014 – EBSEH-HUSM ocorreram gradativamente os desligamentos dos profissionais contratados pela FATEC, e, ao final do segundo semestre de 2014, profissionais do quadro de pessoal da EBSEH/HUSM foram nomeados para a Comissão de licitações, e capacitados em Licitações e Contratos junto ao DEMAPA, na Reitoria da UFSM (EBSEH, 2015).

A equipe de licitações, juntamente com as demais equipes do Setor de Administração organizaram-se e cumpriram a meta de iniciar suas atividades inerentes aos processos licitatórios dentro do próprio HUSM, já a partir de janeiro de 2015, sendo que a desvinculação com o DEMAPA ocorreu de forma gradativa.

Nesse sentido, foram coletadas na Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP) e na Divisão de Gestão de Pessoas no HUSM informações relacionadas ao quantitativo de pessoal no período de 2014 a 2016, por cargo, vínculo contratual e carga horária semanal, conforme tabelas que seguem:

Tabela 14 – Quantitativo de servidores públicos

	(continua)		
Cargos	2014	2015	2016
Auxiliares em Enfermagem	184	165	152
20 horas semanais	5	-	-
24 horas semanais	1	1	1
40 horas semanais	178	164	151
Enfermeiros	195	164	181
20 horas semanais	-	-	-
24 horas semanais	-	-	-
30 horas semanais	1	-	-
40 horas semanais	194	164	181
Médicos	175	172	163
20 horas semanais	43	45	40
30 horas semanais	-	-	-
40 horas semanais	132	127	123

(continuação)			
Cargos	2014	2015	2016
Técnicos em Enfermagem	266	262	257
20 horas semanais	1	-	-
30 horas semanais	-	-	-
40 horas semanais	265	262	257
Total de servidores públicos*	1.176	1.126	1.071

Fonte: Elaborado pela autora por meio de relatórios da PROGEP e da Divisão de Gestão de Pessoas dos HUSM.
 *Total de servidores públicos em exercício no HUSM: A tabela apresenta o total de servidores da UFSM em exercício no HUSM, na categoria Técnicos Administrativos em Educação (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos em Enfermagem e demais cargos), e categoria docentes (em média 6 docentes ao ano).

A tabela demonstra redução no número de servidores públicos da UFSM, com exercício no HUSM, considerando a ocorrência de aposentadorias, exonerações, óbitos e redistribuições. É importante destacar, que os servidores técnicos administrativos em educação pertencentes ao quadro de pessoal da UFSM, em exercício no HUSM, passaram à Gestão da EBSEERH em 2016, pela Portaria n. 80.398 de 25 de julho de 2016.

O quadro de pessoal da EBSEERH é formado por empregados públicos admitidos na forma do art. 10 da Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e os servidores e empregados públicos a ela cedidos (Artigo 63 do Regimento Interno). Dessa forma, após o provimento das vagas dos concursos citados anteriormente, o quantitativo de pessoal da EBSEERH no HUSM foi composto conforme Tabela 15.

Tabela 15 – Empregados públicos EBSEERH

Cargo/Função	2014	2015	2016
Médicos	73	146	161
Enfermeiros	62	150	161
Técnico em Enfermagem	153	226	244
Total*	418	613	705

Fonte: Elaborado pela autora por meio de relatórios da Divisão de Gestão de Pessoas dos HUSM.
 *Total de empregados públicos da EBSEERH, inclusive médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem.

Nesse contexto, observa-se que, com o Concurso Público n. 01/2014 – EBSEERH/HUSM reestruturou-se o quadro de pessoal do hospital, com a contratação de 705 profissionais até dezembro de 2016. Além disso, em relação aos profissionais admitidos via FATEC na gestão UFSM/HUSM, observa-se, na Tabela 16, a efetivação das rescisões dos contratos de trabalho,

atendendo a exigência do Termo de Ajustamento e Conduta (TAC) da UFSM com o Ministério Público da União. Destaca-se, que, em janeiro de 2015, havia cinco profissionais terceirizados. Em abril foram exonerados três profissionais, permanecendo dois até dezembro de 2015 em Licença para Tratamento de Saúde, e o último desligamento de profissionais da FATEC ocorreu em junho de 2016.

Tabela 16 – Média anual de contratos temporários com a FATEC

Cargos	2014	2015	2016
Médicos			
20 horas semanais	10	-	-
Enfermeiros			
36 horas semanais	-	-	-
Técnicos em Enfermagem			
40 horas semanais	27	1	1
Total de funcionários*	114	2	1

Fonte: Elaborado pela autora por meio de relatórios da Divisão de Gestão de Pessoas dos HUSM

*Total de funcionários da FATEC, inclusive médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos em Enfermagem.

Além disso, a relevância do fortalecimento do quadro de profissionais do HUSM, com o ingresso anual de residentes médicos e de outras profissões da área da saúde, é inegável, porém nota-se uma redução não muito significativa no ano de 2016, que pode ser explicada pela política de bolsas para pós-graduação por parte do governo federal, pois a tendência natural era de crescimento no quantitativo de residentes.

Tabela 17 – Residentes médicos e multiprofissionais

Cargo/Função	2014	2015	2016
Médicos residentes	145	157	173
Residentes de outras profissões	126	108	96
Total	271	265	269

Fonte: Elaborado pela autora por meio de relatórios das coordenações dos Programas de Residência.

Dessa forma, o quadro de pessoal do hospital na Gestão EBSEH/HUSM é formado por servidores, empregados públicos, residentes e funcionários de empresas terceirizadas, que desenvolvem suas atividades na infraestrutura física e tecnológica a eles disponibilizadas.

4.2.6 Infraestrutura física e tecnológica

Constatou-se, no relatório elaborado pela Coordenadoria de Obras e Planejamento Ambiental e Urbano da Pró-Reitoria de Infraestrutura, que a área física em m² do Hospital Universitário de Santa Maria na Gestão EBSEH/HUSM manteve-se inalterada, perfazendo um total de 28.435,11 m². Entretanto, de acordo com levantamento atualizado pelo Setor de Infraestrutura Física do HUSM, a área física construída compreende edificações, pavimentações e calçadas, totalizando 38.477 m² de área construída. Destaca-se que, com a conclusão das obras em andamento da Central de UTIs, Central de Laboratórios e do Acelerador Linear, a área construída totalizará aproximadamente 46.210 m².

Convém salientar que, de acordo com o Relatório Institucional de 2016, a obra da Central de UTIs se encontrava 70% concluída, com capacidade para 82 leitos, bem como a obra em andamento da Central de Laboratórios.

Em relação a novas tecnologias, sabe-se da sua relevância para uma adequada gestão de hospitais de ensino, tanto na área administrativa, quanto na área de atenção à saúde, ensino e pesquisa. O HUSM, na Gestão UFSM/HUSM, apresentava um parque tecnológico defasado, razão pela qual foi definido como um dos três macroproblemas prioritários a serem solucionados no Plano Diretor Estratégico 2014-2016.

Dessa forma, com os investimentos realizados na Gestão UFSM/HUSM e na Gestão EBSEH/HUSM com o aporte financeiro do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), está ocorrendo a recuperação e modernização do Parque Tecnológico do HUSM. Nesse sentido, foram investidos recursos em equipamentos de tecnologia de informação e comunicação (TIC), para o desenvolvimento e funcionamento adequado do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), com a aquisição de 33 *switchs*, equipamentos necessários para interligar os computadores e impressoras em rede no HUSM (EBSEH, 2016).

O AGHU foi desenvolvido por módulos relativos aos processos hospitalares, com o objetivo de padronizar as práticas assistenciais e administrativas em todos os hospitais universitários, oferecendo maior segurança e agilidade aos procedimentos. Atualmente, estão implantados os módulos: Cadastro de Pacientes, Ambulatório Administrativo, Ambulatório Assistencial, Internação, Cirurgia, Prescrição Médica, Prescrição de Enfermagem, Controles do Paciente, Farmácia, Suprimentos e Exames, aprimorando os processos internos e gerando indicadores para monitoramento e acompanhamento das ações, favorecendo o processo para a tomada de decisão.

Além das tecnologias de informática, ocorreram investimentos em tecnologias na área da saúde, com a aquisição de equipamentos médicos hospitalares e de uso laboratorial, tais como: equipamentos para ressonância magnética, tomografia multi-slice, equipamentos portáteis de RX, digitalização de imagens e central de UTIs.

Em relação à estrutura de atendimento aos pacientes, de acordo com Relatório do Setor de Estatística do HUSM, observou-se aumento significativo no número de leitos gerais e de tratamento intensivo, conforme Tabela 18.

Tabela 18 – Capacidade de Leitos Hospitalares

Unidade/Ano	2014	2015	2016
UTI Intensiva Recém Nascido	10	10	10
UTI Adulto	9	10	10
UTI Pediátrica	8	8	8
UCI Adulto	6	6	6
Unidade Intermediária Recém Nascido	8	10	10
UCI Neonatal Canguru	-	-	5
Total leitos UTIs	41	44	49
Total Leitos (UTIs e leitos gerais)	336	396	403
% Leitos UTI's/leitos HUSM total	12%	11%	12%

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Relatório Leitos e Indicadores das Unidades de Internação do HUSM.

A Tabela 18 demonstra que, no período da Gestão EBSE RH/HUSM, ocorreu um acréscimo em média de 20%, tanto nos leitos gerais, quanto nos leitos de UTIs e, ao comparar com 2013, último ano da Gestão UF SM/HUSM, os percentuais de acréscimo são superiores, 31,27% e 28,89% respectivamente. Do mesmo modo, no período de Gestão EBSE RH/HUSM, os indicadores apresentaram os resultados demonstrados na Tabela 19. Entretanto, constatou-se que o aumento no número de leitos no período analisado, está relacionado a utilização de macas como leitos de observação da emergência, solução encontrada para amenizar o problema da superlotação

Tabela 19 – Indicadores hospitalares

Ano	Média de permanência (em dias)	Taxa de ocupação (%)	Intervalo de substituição (dias)	Rotatividade de leitos (índice)	Mortalidade institucional (%)
2014	8,28	93,24	0,61	3,38	4,05
2015	8,29	88,34	1,10	3,25	4,05
2016	8,06	89,99	0,90	3,41	4,30
Média	8,21	90,52	0,87	3,35	4,13

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Relatório Leitos e Indicadores das Unidades de Internação do HUSM.

Verifica-se, na Tabela 19, estabilidade nos indicadores hospitalares no período da Gestão EBSEH/HUSM. Os resultados encontram-se dentro dos limites das metas pactuadas no Contrato Global n. 784/2014-SES/RS, celebrado entre a UFSM e o Gestor Local do SUS – Estado do Rio Grande do Sul.

Destaca-se que a Média de Permanência se manteve abaixo da meta pactuada, que estabelece o número de dias de internação inferior a dez dias, com o melhor resultado em 2016, quando apresentou como indicador 8,06 dias. Enquanto a Taxa de Ocupação, em 2014, esteve muito próxima aos 95%, situação considerada como capacidade operacional saturada, estabilizando, em 2015, em 83,34%, retornando a um índice intermediário entre o ideal (85%) e o saturado (95%).

Em relação aos indicadores Índice de Mortalidade Institucional, Rotatividade de Leitos e Intervalo de Substituição, observou-se que os mesmos apresentaram números equilibrados para o triênio. Identifica-se uma variação no Intervalo de Substituição de aproximadamente 14 horas, o que demonstra agilidade da equipe em recolocar em utilização os leitos.

Assim como os indicadores hospitalares apresentam-se como ferramentas de apoio à gestão, o patrimônio físico, estrutura essencial ao desempenho organizacional, quando bem gerenciado, proporciona melhores resultados à gestão.

4.2.7 Gestão patrimonial

Conforme evidenciado anteriormente, a gestão patrimonial, no período que antecedeu a contratação da EBSEH, era realizada com o apoio técnico das unidades da Pró-Reitoria de Administração. Com a formação de uma nova estrutura organizacional no HUSM, os processos de aquisição, recebimento, distribuição e registro passaram a ser realizados no hospital pelas unidades vinculadas aos setores de administração, de suprimentos, de orçamento e finanças e de avaliação e controladoria (conferir Anexo 8). Com isso, observa-se que a estrutura

organizacional implantada pela EBSEH busca fortalecer o sistema de controle interno, estabelecendo rotinas e procedimentos padrões para o alcance das metas estabelecidas a cada uma das áreas do hospital.

Por conseguinte, após nomeação dos aprovados da área administrativa, parte das equipes das Unidades de Licitações, Apoio Operacional e Contratos foi alocada na Reitoria para a realização de treinamento em Licitações e Contratos no DEMAPA, e no DCF, para operacionalização de processos de suprimentos de fundos e contabilização de receitas e despesas nos sistemas da União. Dessa forma, ao final do segundo semestre de 2014, os profissionais da EBSEH estavam capacitados a realizar, no HUSM, procedimentos nas áreas de licitação e contabilidade (EBSEH, 2015).

Além disso, conforme cláusula sexta do Contrato n. 263/2013, no prazo estabelecido para a transição da Gestão UFSM/HUSM para a Gestão EBSEH/HUSM, a UFSM assumiu a responsabilidade pela manutenção das atividades, contratos e vínculos existentes no HUSM, bem como pela realização de contratações de bens e serviços necessários para funcionamento adequado da unidade hospitalar.

Desse modo, até a assunção plena da Gestão EBSEH, e descentralização orçamentária para a Unidade Gestora 155.125 (EBSEH/HUSM), ocorrida no segundo quadrimestre de 2015 (EBSEH, 2017), foram realizados 208 processos licitatórios na Unidade Gestora 153.610 (HUSM), que totalizaram os valores descritos na Tabela 20.

Tabela 20 – Despesas realizadas por modalidade de licitação na UG 153.610

Ano	Dispensa*	Inexigibilidade*	Pregão*
2014	6.755.604,23	2.311.958,42	75.840.378,92
2015	1.369.516,01	771.215,99	17.359.179,70
2016	-	-	444.954,66

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Balancete de Verificação do SIAFI.

Nota: *Valores atualizados pelo IPCA para dezembro de 2016.

De acordo com a planilha de contratos do Departamento de Material e Patrimônio da UFSM, para a continuidade de serviços essenciais ao funcionamento do hospital, foram realizados processos licitatórios na UG 153.610 no período de transição para a Gestão EBSEH.

Destaca-se, também, que, de acordo com os Relatórios Anuais de Licitações da Gestão EBSEH/HUSM, 159 editais de licitações foram integralmente coordenados e conduzidos pela equipe da Unidade de Licitações da EBSEH no ano de 2015, enquanto que, em 2016, foram

realizados 162 editais na modalidade pregão, 65 dispensas de licitação, 68 inexigibilidades de licitação, 16 adesões, 1 compra compartilhada no HUSM e 126 contratos. Desse total, 48 contratos da UFSM foram subrogados para a Filial EBSEH Hospital Universitário. Dentre os objetos repactuados, destacam-se: i) locação de central de produção de ar comprimido medicina; ii) serviço de manutenção de geradores de energia; iii) prestação de serviços de exames de medicina nuclear; iv) locação de equipamentos; v) serviço de coleta, transporte, tratamento e disposição final de resíduos hospitalares; vi) aquisição de hortifrutigranjeiros para o restaurante do hospital; e, vii) serviços de vigilância eletrônica.

Conseqüentemente, no período da Gestão EBSEH/HUSM, foram adquiridos bens pelas unidades gestoras 153.610 e 155.125, conforme ilustrado na Tabela 21, a seguir:

Tabela 21 – Bens de uso permanente adquiridos na Gestão EBSEH/HUSM

Ano	Tipo	Bens recebidos da Unidade Gestora 153.610		Bens adquiridos na Unidade Gestora 155.125	
		Quantidade	Valor total	Quantidade	Valor total
2015	Mobiliário em geral	296	367.769,72	-	-
	Equipamentos para nutrição	78	324.541,55	-	-
	Equipamentos para lavanderia	16	503.900,00	-	-
	Equipamentos médicos	48	1.518.032,00	05	987.199,00
2016	Mobiliário em geral	-	-	364	351.889,90
	Equipamentos para nutrição	-	-	-	-
	Equipamentos para lavanderia	-	-	-	-
	Equipamentos médicos	1	44.991,55	112	2.148.595,77

Fonte: Adaptação dos quadros dos Relatórios de Atividades da Unidade de Patrimônio dos anos de 2015 e 2016.

Além dos bens adquiridos no período da Gestão EBSEH/HUSM, foram recebidos 228 bens em transferências internas das unidades da UFSM. Assim como as doações de equipamentos médicos e mobiliários, que totalizaram, no ano de 2015, o montante de R\$ 1.422.881,71 (EBSEH, 2015) e no ano de 2016, R\$ 270.754,04 (EBSEH, 2016).

Outro aspecto relevante refere-se ao acervo patrimonial acumulado pelas aquisições de bens na Gestão UFSM/HUSM e na Gestão EBSEH/HUSM, no período de transição, com

recursos do orçamento da UG 153.610. Resultando assim, nos saldos patrimoniais demonstrados na seguinte tabela:

Tabela 22 – Bens de uso permanente

Ano	Mobiliário*	Equipamentos médicos, odontológicos, laboratoriais e hospitalares*	Equipamentos de tecnologia de informação e comunicação*	Outros equipamentos*	Total*
2014	5.421.560,55	34.165.059,21	3.124.963,13	7.530.635,57	50.062.218,47
2015	4.888.107,96	33.468.791,49	2.936.261,11	7.296.336,21	48.589.496,78
2016	4.555.195,17	31.309.134,84	2.736.282,12	6.799.406,99	45.400.019,12

Os dados esboçados anteriormente permitem concluir que houve um acréscimo patrimonial nos anos de 2014 a 2016, decorrente das licitações realizadas no período da transição para Gestão EBSEH, com recursos do orçamentários da unidade gestora 153.610. Ao comparar-se o saldo total de 2016 com o do ano de 2013, percebe-se um acréscimo de 15,29%. Em relação aos saldos verificados nos três anos da gestão EBSEH/HUSM, constatou-se que o crescimento no saldo se originou das entregas referentes às aquisições realizadas no período da transição. Do mesmo modo, verificou-se que os saldos de materiais de consumo em estoque registraram crescimento decorrente das aquisições no período de transição.

Por outro lado, pelos dados da Tabela 23, observou-se que em 2014 os saldos de estoques apresentavam um volume muito elevado. Porém, a partir da utilização dos módulos de compras e de estoques do AGHU, ocorreu uma significativa melhoria na gestão de estoque do HUSM, reduzindo o saldo a níveis adequados e otimizando o processo de compras.

Tabela 23 – Saldos de estoques na Gestão EBSEH/HUSM

Material	2014*		2015*		2016	
	UG 153610	UG 155125	UG 153610	UG 155125	UG 153610	UG 155125
M. Farmac.	6.148.891,66	-	212.297,47	-	3.095,32	-
M. Hospitalar	4.621.585,14	-	1.635.672,30	-	80.178,06	-
Outros Materiais	2.771.199,11	-	678.572,83	1.683.043,49	179.455,05	1.599.933,73
Total	13.541.675,92	-	2.526.542,59	1.683.043,49	262.728,43	1.599.933,73

Fonte: Elaborado pela autora com base em Relatórios fornecidos pelo Departamento de Contabilidade e Finanças na UFSM e no Setor de Orçamento e Finanças na EBSEH.

Nota: *Valores atualizados pelo IPCA para dezembro de 2016.

Os dados constantes da Tabela 23 apresentam os saldos remanescentes da UG 153.610, que demonstram as entradas originadas das aquisições realizadas no período de transição para a gestão EBSEH, e sua redução gradual a partir de 2015. Destaca-se, com isso, que a manutenção do HUSM no período inicial da gestão EBSEH/HUSM foi realizada com a participação orçamentária e financeira da unidade gestora 153.610, até a efetiva gestão plena da EBSEH.

4.2.8 Gestão orçamentária e financeira

Conforme demonstrado anteriormente, dentre as fontes financiadoras do HUSM, as mais representativas são as transferências do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC). É competência do MS a remuneração da assistência em saúde prestada à população, e do MEC, o financiamento do ensino e pesquisa, mediante atendimentos aos usuários dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

No período que antecedeu a contratação da EBSEH, o HUSM recebia descentralizações de créditos orçamentários e financeiros, somente na Unidade Gestora 153.610, vinculada à UFSM. A partir da contratação da EBSEH, o HUSM passou a ser mantido com recursos da Unidade Gestora 153.610, para pagamento da folha de pagamento dos servidores públicos lotados no HUSM e dos restos a pagar¹⁰; e da Unidade Gestora 155.125 – EBSEH Filial Hospital Universitário de Santa Maria – para pagamento de investimentos e outras despesas correntes, realizadas a partir do segundo quadrimestre de 2015.

Dessa forma, de janeiro de 2014 até a assunção plena da EBSEH, foram descentralizados recursos do MEC e do MS para manutenção e investimentos realizados na UG 153.610 no período da transição. Porém, a partir do segundo quadrimestre de 2015, as descentralizações de créditos orçamentários e repasses financeiros para execução orçamentária e pagamento das despesas do HUSM passaram a ser realizadas diretamente da matriz EBSEH para a filial UG 155.125.

Nesse contexto, a Tabela 24 demonstra a composição dos créditos orçamentários do HUSM, por Unidade Gestora e órgão de origem dos recursos, no período de 2014 a 2016.

¹⁰ Restos a pagar: Consideram-se restos a pagar as despesas empenhadas, mas não pagas até o dia 31 de dezembro distinguindo-se as processadas das não processadas. Denomina-se como processados os restos a pagar das despesas “legalmente empenhadas cujo objeto de empenho já foi recebido, ou seja, aquelas cujo 2º estágio da despesa (liquidação) já ocorreu”. Restos a pagar não processados são aqueles derivados de despesas “legalmente empenhadas que não foram liquidadas e nem pagas até 31 de dezembro do mesmo exercício” (BRASIL, 1964).

Tabela 24 – Créditos orçamentários no período de 2014 a 2016

Ano	Ministério da Educação		Ministério da Saúde		Total
	Unidade Gestora 153.610	Unidade Gestora 155.125	Unidade Gestora 153.610	Unidade Gestora 155.125	
2014*	215.458.483,08	-	81.708.713,37	-	297.167.196,45
2015*	196.266.882,59	16.019.567,70	21.793.473,98	44.774.188,48	282.126.398,50
2016	196.067.801,39	11.756.036,49	5.000,00	65.549.139,64	273.377.977,52

Fonte: Elaborado pela autora a partir de relatórios do DCF/UFSM e Setor de Avaliação e Controladoria/HUSM.
Nota: *Valores atualizados pelo IPCA para dezembro de 2016.

Como já observado na subseção 4.1.5, os recursos que constituem o orçamento anual do HUSM tem origem nos ministérios da Educação e da Saúde e são destinados às unidades gestoras 153.610 (HUSM) e 155.125 (Filial EBSEH). Sendo provenientes do MS, a contratualização (parte fixa e variável), REHUF e incentivos, e do MEC, REHUF e recursos do orçamento. Os incentivos como IAC-Contratualização, FIDEPS, e Portaria Interministerial são destinados ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde. As ações do orçamento com origem no MEC foram: Funcionamento e Gestão de Instituições Hospitalares Federais (4086) e Reestruturação e Modernização dos Hospitais Universitários Federais (20RX), e as ações do MS foram: Atenção à Saúde da População para procedimentos de Alta e Médica Complexidade (8585), Reestruturação e Modernização dos Hospitais Universitários Federais (20G8) e Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios (20AL). A UG 153.610, por meio das ações, Ativos Cívicos da União (20TP) e Apoio a Residência em Saúde (4005), orçamentam o HUSM em relação à folha de pessoal dos servidores públicos e dos residentes médicos e multiprofissionais da área da Saúde.

Em relação ao aporte de recursos do REHUF pelos Ministérios da Saúde e da Educação, observou-se o recebimento de créditos nas duas unidades gestoras, conforme Tabela 25.

Tabela 25 – Recursos do REHUF

Ano	Ministério da Educação Ação 20RX		Ministério da Saúde Ação 20G8		Total
	UG 153.610	UG 155.125	UG 153.610	UG 155.125	
2014*	5.545.533,88	-	16.193.222,63	-	21.738.756,51
2015*	2.713.565,49	2.617.068,03	-	13.659.483,80	18.990.117,32
2016	-	8.217.872,50	-	13.157.164,97	21.375.037,47

Fonte: Elaborado pela autora por meio de Relatórios do Tesouro Gerencial.
Nota: *Valores atualizados pelo IPCA para dezembro de 2016.

A Tabela 25 evidencia a representatividade dos repasses do REHUF, no período da Gestão EBSEH/HUSM. Conforme demonstrado na subseção 4.1.5, nos dois períodos de gestão em estudo, a participação do MEC no financiamento do REHUF não ocorreu conforme previsão legal. Conforme observa-se em 2014, os repasses do MEC totalizaram R\$ 5.545.533,88, alcançando 25,09% do montante de recursos destinados pelos dois ministérios ao HUSM pelo Programa REHUF. O que se manteve em 2015 quando o índice de repasse de recursos ao HUSM, pelo MEC ficou em 25,07%. Porém, em 2016 este índice alcançou 38,45% de recursos destinados pelo MEC do programa REHUF.

No que tange às despesas decorrentes da Folha de Pagamento dos empregados públicos lotados na EBSEH Filial Hospital Universitário de Santa Maria, observou-se, em consulta ao Portal da Transparência do Governo Federal, que o pagamento é realizado com recursos da matriz, não sendo possível identificar os gastos de pessoal da Filial EBSEH Hospital Universitário de Santa Maria. Nesse sentido, evidencia-se, na Tabela 26, as despesas realizadas no HUSM, no período de 2014 a 2016, por grupo de natureza de despesa e órgão executor.

Tabela 26 – Despesas realizadas por grupo de natureza da despesa

Unidade Gestora	Grupo de Natureza de Despesa	2014*	2015*	2016
153.610 HUSM	Pessoal e encargos	181.073.410,96	168.766.441,84	168.814.339,00
	Outras despesas correntes	113.527.689,48	52.435.384,52	22.905.536,91
	Investimentos	1.803.651,78	3.950.060,40	285.522,91
	Total	296.404.752,23	225.151.886,76	192.005.398,82
155.125 Filial EBSEH	Pessoal e encargos*	-	-	-
	Outras despesas correntes	-	46.852.951,40	75.054.179,58
	Investimentos	-	898.385,02	1.782.518,25
	Total	-	47.751.336,42	76.836.697,83
Total Geral		296.404.752,23	272.903.223,18	268.842.096,65

Fonte: Elaborado pela autora a partir de consulta ao Portal de Transparência União, em Gastos Diretos Por Órgão Executor para o período de 2014 a 2016 e dos Relatórios de Gestão EBSEH dos anos de 2014 a 2016.

*A despesa com Pessoal e Encargos da EBSEH Filial Santa Maria não foi identificada pois integra a Folha de Pagamento da matriz EBSEH.

Nota: *Valores atualizados pelo IPCA para dezembro de 2016.

As despesas correntes e investimentos realizados pela UG 153.610 naturalmente vem sendo reduzidas, à medida que a EBSEH executa seu orçamento na UG 155.125. A partir do ano de 2017, o orçamento da UG 153.610 foi destinado apenas às despesas de Pessoal e Encargos e Encargos Sociais, da folha de pagamento dos servidores públicos da UFSM em exercício no HUSM.

Por outro lado, em relação à receita da produção de serviços para o Sistema Único de Saúde, observou-se, na Gestão EBSEH, a mesma situação encontrada na Gestão UFSM/HUSM, conforme evidencia-se na Tabela 27.

Tabela 27 – Receita da produção de serviços de média e alta complexidade

Ano	Valor produzido	Valor aprovado	Diferença
2014*	48.216.668,41	39.596.243,53	8.620.424,89
2015*	46.099.485,31	40.532.165,31	5.567.320,00
2016	44.562.920,53	41.285.427,80	3.277.492,73

Fonte: Elaborada pela autora a partir de Relatório do Setor de Estatística do HUSM.

Nota: Foi considerada a produtividade anual em Internações e Serviços Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade, conforme Tabelas SIH/SUS e SIA/SUS.

Nota: *Valores atualizados pelo IPCA para dezembro de 2016.

Da mesma forma que na gestão anterior, na Gestão EBSEH/HUSM ocorreram perdas na Receita da Contratualização, decorrentes da não remuneração de parte dos serviços ambulatoriais e internações hospitalares produzidos pelo HUSM, limitados a tetos financeiro do SUS.

Em consulta a Relatórios de Autorização de Internação Hospitalar (AIHs) do Portal da Secretaria Estadual de Saúde do RS, verificou-se que as diferenças entre produção e arrecadação na receita da contratualização (parte variável), decorrem de rejeições ou bloqueios no Sistema de Informação Hospitalar do DATASUS, que tiveram causa em: realização de procedimentos não contratualizados duplicação de processamento da AIH no banco nacional, por períodos de internação sobrepostos, por profissional não vinculado ao CNES, auditoria do sistema e outros. Embora o volume de recursos não arrecadados pelo HUSM tenha atingido um montante ainda elevado em 2016, ao comparar com 2014 identifica-se uma significativa melhora nesta não arrecadação, perfazendo 7,24% do total produzido.

Diante disso, o hospital não tem garantia do recebimento de todos os procedimentos realizados em sua produção de serviços ambulatorial e hospitalar, o que compromete a sustentabilidade da instituição (BITTAR, 2002).

4.3 ANÁLISE DA EFICIÊNCIA TÉCNICA NO HUSM DE 2007 A 2016

Para a análise da eficiência técnica, como já definido na metodologia, foi escolhida a Análise Envoltória de Dados (DEA), modelo BCC, orientado à *output*, a partir da manutenção

do *mix* de *inputs* para obter o melhor resultado (*outputs*). O modelo BCC permite propriedades de retornos a diferentes escalas ao longo de sua fronteira. Esse modelo admite que a produtividade máxima varie em função da escala de produção (BELLONI, 2000).

Os *inputs* são as entradas necessárias para a transformação dos serviços prestados em *outputs*, ou produtividade em serviços hospitalares. Os *inputs* selecionados para este estudo foram: i) TRAB: refere-se à média anual servidores públicos, profissionais de saúde terceirizados, residentes, e empregados públicos, com carga horária equivalente a 40 horas semanais; ii) CAP: refere-se ao número de leitos correspondente à capacidade instalada anual; e, iii) FIN: refere-se à receita total da contratualização, parte fixa e variável. O exame da literatura sobre Análise Envoltória de Dados identifica que os *inputs* selecionados demonstram o esforço de uma organização hospitalar na prestação de serviços de saúde. Em relação às Unidades Tomadoras de Decisão (DMU), foram selecionados os anos de 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016.

Os resultados obtidos a partir da utilização do *software* SIAD 3.0, com os *inputs* e *outputs* selecionados para as 10 DMUs, demonstram que, em 6 DMUs, anos 2007, 2008, 2011, 2012, 2013 e 2016, a eficiência padrão apontou estar na fronteira da eficiência, resultado integral, ou seja 100%, trata-se de eficiência técnica das DMUs sob análise, conforme demonstrado a seguir:

Tabela 28 – Eficiência Modelo BCC orientada a outputs

DMUs	Inputs			Output	Eficiência	
	TRAB	CAP	FIN	INTPROC	Padrão	Normalizada*
2007	919	297	35.702.609	988.444	100,00%	86,44%
2008	718	296	30.960.268	976.268	100,00%	86,44%
2009	790	314	35.494.259	1.007.982	89,51%	77,37%
2010	832	303	38.250.454	1.081.177	95,36%	86,42%
2011	832	311	37.107.276	1.213.567	100,00%	100,00%
2012	887	305	50.406.435	1.232.537	100,00%	86,44%
2013	1.097	307	45.196.064	1.326.705	100,00%	98,10%
2014	1.261	336	51.106.695	1.247.259	98,33%	85,00%
2015	1.436	396	52.354.200	1.321.921	99,19%	85,73%
2016	1.445	403	53.326.904	1.333.592	100,00%	86,44%

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados extraídos do software SIAD.

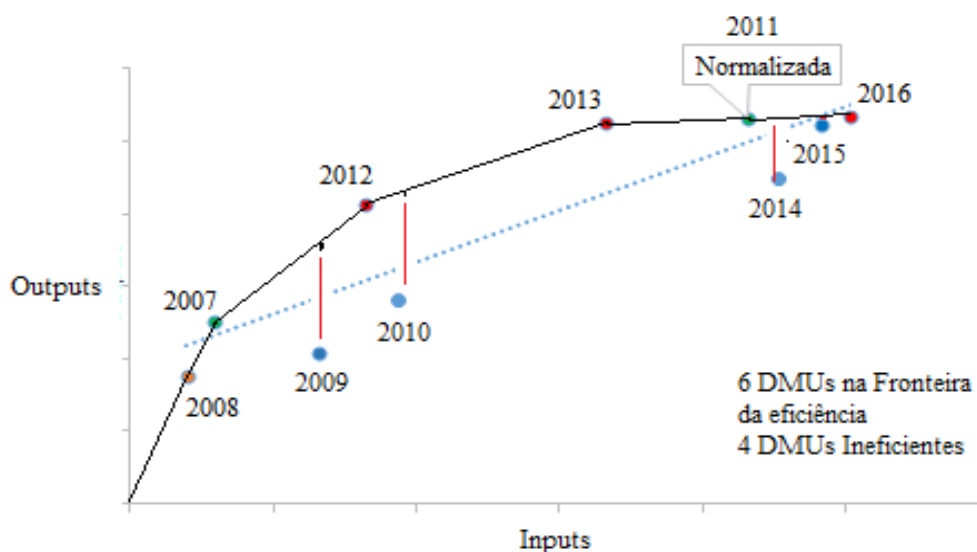
A eficiência técnica é medida pela relação entre o *output* e o input a *partir* das variáveis selecionadas, calculada via modelo DEA, sendo, portanto, menor ou igual a 1 (100%), e coincidindo com esse indicador somente DMUs eficientes. A medida de eficiência deve ser interpretada como a proporção entre os resultados alcançados pelas DMUs (ineficientes), e o resultado ótimo obtido por sua projeção na direção da fronteira de eficiência.

Yamada et al. (1994) desenvolveram o conceito de fronteira invertida, que consiste em considerar os outputs como inputs e os inputs como outputs, forma de medir a ineficiência de DMUs. A fronteira invertida analisa as DMUs no que são ineficientes, permite a identificação de falsos eficientes e a partir da fronteira se calcula a eficiência composta. A eficiência composta resulta da análise da DMU pela fronteira padrão e a fronteira invertida, calculada a partir da média aritmética entre a eficiência padrão e o valor obtido da subtração da eficiência invertida pela unidade. E a eficiência composta normalizada, é obtida pela divisão do valor da eficiência composta pelo maior valor entre todos os valores de eficiência composta.

O quadro anterior revela que, no decênio analisado, embora o HUSM tenha enfrentado crises decorrentes da falta de pessoal, superlotação e escassez de recursos, estagnação tecnológica e física, pode-se verificar que este, diante das dificuldades, apresentou eficiência técnica. Cabe salientar que se trata de eficiência técnica relativa, uma vez que a comparação se dá entre as DMUs selecionadas. No entanto, não se pode afirmar com isto, que o HUSM tenha atingido um nível ótimo de eficiência técnica.

Ao consultar os resultados, tem-se a eficiência normalizada, que aponta a DMU referência dentre as 10 DMUs. Pelo resultado, a DMU mais eficiente foi a do ano de 2011, a frente das outras DMUs, sendo referência na eficiência padrão. Tem-se, então, a eficiência relativa das DMUs em relação à DMU que apresentou eficiência 100%.

Figura 7 - Eficiência do HUSM no período de 2007 a 2016



Fonte: Elaborado pela autora

O DEA a partir dos dados dos *inputs* e *outputs*, atribui pesos a alguns *inputs* e *outputs* sem a interferência do pesquisador. As unidades consideradas eficientes (fronteira da eficiência) no modelo BCC orientado a output formam uma superfície côncava, sendo que as DMUs que se encontram abaixo da fronteira de eficiência são consideradas ineficientes.

As demais DMUs, 2009, 2010, 2014 e 2015, são consideradas ineficientes a partir dos resultados obtidos, com índices inferiores a 100%, abaixo da linha de fronteira de eficiência. A DMU do ano de 2009 foi considerada menos eficiente faltando 10,5 pontos percentuais para o alcance da fronteira da eficiência, apresentando folga de 118.159 procedimentos para o atingimento da fronteira de eficiência. Em relação a DMU do exercício 2010 faltaram 4,64 pontos percentuais, com uma folga de 52.602 procedimentos necessários ao alcance do nível de eficiência. Já no período de gestão EBSEH/HUSM 2014-2016 ocorreu uma proximidade bem maior das DMUs consideradas ineficientes, DMUs 2014 e 2015.

Para 2014, faltaram 1,67 pontos percentuais, sendo necessários 21.152 novos procedimentos, somados a uma necessidade de 1.072 profissionais, portanto uma redução de 189 profissionais. Assim, para a que a DMU 2014 torna-se eficiente poderiam ser utilizados um número menor de profissionais e o incremento de 21.152 novos procedimentos.

Com relação a 2015, a distância até a fronteira da eficiência não alcançou nem um ponto percentual, ficando em 0,81%, sendo necessários 10.857 novos procedimentos, somados a uma redução de 32 profissionais. As alterações mais significativas ocorrem na variável INTPROC

(internações e procedimentos), único *output* utilizado. Justifica-se as folgas na variável INTPROC devido a modelagem DEA/BCC adotada orientada ao *output*.

Nos últimos três anos do período em análise (Gestão EBSEH), constata-se um crescimento na força de trabalho e aumento da capacidade instalada (número de leitos) de 2013 para 2014 e de 2014 para 2015, em média 15%, o mesmo não ocorreu no quantitativo de internações e procedimentos quando no mesmo período, houve uma redução na ordem de 6% de 2013 para 2014, apresentando ainda em 2015 um número de internações e procedimentos inferior a 2013.

Nessa ótica, conclui-se que o HUSM aprimorou sua estrutura de pessoas e capacidade instalada, porém não ocorreu um reflexo nas internações e procedimentos. Ficando assim esclarecido, a provável causa de mesmo com melhoras na estrutura tecnológica, quadro de pessoal, e capacidade instalada, na mensuração da eficiência realizada por meio da aplicação da Análise Envoltória de Dados (DEA), os três últimos anos (Gestão EBSEH/HUSM) não apresentaram índice de eficiência superior ao da Gestão UFSM/HUSM.

Ainda pode-se argumentar que, no período de gestão UFSM/HUSM, o HUSM realizava internações e procedimentos, potencializando o quadro reduzido de pessoal, e operava com capacidade instalada no limite, passando a partir de 2014 a operar de forma um pouco mais estável.

Destaca-se ainda, que, em relação às DMUs 2014 e 2015, considerados “ineficientes” na aplicação da modelagem, estavam bem próximas da fronteira de eficiência, necessitando de aumento na produção com 21.152 e 10.857 novos procedimentos, respectivamente. Por outro lado, os anos de 2009 e 2010 ficaram um pouco mais distantes da fronteira da eficiência, tendo sido necessário um acréscimo de 118.159 e 52.602 novos procedimentos, respectivamente, para atingimento da referida fronteira.

Com base nas análises, pode-se inferir que a busca por maior produtividade em número de procedimentos para um hospital público de saúde, como é o caso em questão, apresenta limites de procedimentos e de pagamentos estabelecidos na contratualização do HUSM com o SUS.

4.4 ANÁLISE DAS PRINCIPAIS MUDANÇAS NO HUSM APÓS IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO COMPARTILHADA COM A EBSEH

A análise feita nesta seção diz respeito à identificação das principais mudanças operacionais e de eficiência no Hospital Universitário de Santa Maria, após a contratação da

EBSERH. Fundamenta-se em revisão teórica e pesquisa documental, tendo como objetivo trazer aspectos gerais da gestão compartilhada, sua caracterização e incorporação à gestão pública, e realizar uma análise comparativa em relação ao modelo de gestão anterior, tendo por base os dados coletados na pesquisa bibliográfica, análise documental e pesquisa de campo.

A ênfase inicial na apresentação da evolução histórica deste cenário deve-se ao fato que as mudanças introduzidas têm como objetivo uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde disponibilizados ao cidadão, aliado ao desenvolvimento do ensino e da pesquisa.

Com a finalidade de caracterizar a gestão do HUSM nos dois períodos de gestão, realizou-se uma análise comparativa entre os resultados alcançados nos seguintes elementos: estrutura, processos e pessoas. Os resultados estão dispostos de acordo com os indicadores de estrutura e resultados e em conformidade com as respectivas categorias, e segmentados de acordo com o período de gestão. Dessa forma, os sete anos anteriores à adesão ao contrato de gestão com a EBSEH, período 2007 a 2013, são chamados de Gestão UFSM/HUSM e os três anos posteriores, 2014 a 2016, como Gestão EBSEH/HUSM. Contudo, destaca-se que são apresentados os desempenhos das categorias, nas quais foi possível a coleta completa dos dados no período total de análise.

4.4.1 Comparativo entre as estruturas organizacionais do HUSM

A EBSEH, ao assumir a gestão do HUSM a partir de janeiro de 2014, organizou-se de forma bastante distinta da estrutura organizacional até então em vigência no referido hospital, conforme apresentado nas subseções 4.1.2 e 4.2.3. Ao visualizar o atual organograma Gestão EBSEH/UFSM, identifica-se uma nova concepção organizacional para o HUSM. Como forma de favorecer a compreensão, optou-se por traçar paralelos da estrutura em três níveis: o estratégico, o tático e o operacional.

O nível estratégico abrange a superintendência e as gerências, o nível tático compõe-se das divisões em cada uma das três gerências e o nível operacional é formado pelos setores e unidades existentes em cada uma das divisões. Em relação ao nível estratégico, nota-se uma alteração de denominações, a Direção Geral passou a Superintendência, a Diretoria Administrativa à Gerência Administrativa, a Diretoria Clínica e Diretoria de Enfermagem, foram absorvidas pela Gerência de Atenção à Saúde, enquanto que, em substituição à antiga Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão foi criada a Gerência de Ensino e Pesquisa.

Ao analisar comparativamente o nível tático das duas estruturas de gestão torna-se mais evidente a mudança de concepção de atuação da nova gestão. A Diretoria Administrativa do

HUSM apresentava em seu nível tático coordenadorias, mais precisamente seis coordenações a saber: Coordenadoria de Recursos Humanos, Coordenadoria de Material, Coordenadoria Financeira, Coordenadoria de Manutenção, Coordenadoria de Serviços Gerais e Coordenadoria de Apoio Operacional. A referida Diretoria, conforme observado nos parágrafos que tratam do nível estratégico a partir da gestão EBSEPH, passou à Gerência Administrativa, que, em seu nível tático, compõe-se de três divisões, a saber: Divisão Administrativa e Financeira, Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar e Divisão de Gestão de Pessoas. Em uma análise preliminar, porém não menos importante, a redução de três subunidades de nível tático em uma estrutura organizacional demonstra uma busca por otimização, uma busca pela modernização e eficiência. Nota-se que a Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar absorveu competências de quatro coordenadorias, de material, de manutenção, de serviços gerais e de apoio operacional.

Como já observado, no nível estratégico, as duas diretorias, Clínica e de Enfermagem, foram absorvidas pela Gerência de Atenção à Saúde em nível estratégico. Em seu nível tático, apresenta a Divisão Médica e Divisão de Enfermagem, muito embora tais divisões figurem no nível tático, estas não perderam competências na Gestão EBSEPH como fica demonstrado pela participação das duas divisões no Conselho de Administração (CONAD), recentemente reorganizado pela Resolução n. 20, de 2017.

Retomando a análise, identifica-se na antiga Diretoria de Enfermagem do HUSM a existência de cinco coordenadorias, a saber: Coordenadoria de Enfermagem Materno-Infantil, Coordenadoria de Enfermagem em Clínica Médica, Coordenadoria de Enfermagem Cirúrgica, Coordenadoria de Enfermagem em Ambulatório e Coordenadoria de Enfermagem em Psiquiatria. A Diretoria Clínica contava com três coordenadorias: Coordenadoria da Clínica Médica, Coordenadoria de Clínica Pediátrica e Coordenadoria de Clínica Neuropsiquiátrica.

Ao confrontar-se as estruturas internas em níveis estratégico e tático, estrutura organizacional Gestão UFSM/HUSM e Gestão EBSEPH/HUSM, nota-se uma redução de cinco coordenadorias da Diretoria de Enfermagem e três coordenadorias na Diretoria Clínica, em relação às duas diretorias absorvidas pela Gerência de Atenção à Saúde, evidenciando a busca por otimização da estrutura organizacional.

A Gerência de Atenção à Saúde da EBSEPH está organizada em seu nível tático em quatro divisões: Divisão Médica, Divisão de Enfermagem, Divisão de Gestão e Cuidado, e Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Comparando-se a estrutura organizacional no nível tático, identifica-se uma redução de oito coordenadorias para quatro divisões. Novamente, de forma preliminar, temos uma melhoria na modernização administrativa.

Com relação ao nível operacional, na estrutura organizacional da gestão UFSM/HUSM, a Diretoria Administrativa, era composta por serviços e setores vinculados às suas seis coordenações, 12 serviços e 11 setores. Na nova estrutura, gestão EBSEH/HUSM, a Gerência Administrativa, em suas três divisões, dispõe de setores e unidades, sendo que a divisão de Gestão de Pessoas não apresenta subunidades, a Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar organiza-se em quatro setores e duas unidades e a Divisão Administrativa Financeira dispõe de três setores e dez unidades. A correspondência, aqui, é serviços da antiga estrutura a setores da EBSEH, há uma redução de 12 subunidades para sete, e, em relação aos setores da antiga estrutura, ocorre o aumento de uma unidade de 11 setores para 12 unidades. Nota-se um enxugamento na estrutura organizacional, uma racionalização da estrutura.

As diretorias Clínica e de Enfermagem passaram à Divisão Médica e Divisão de Enfermagem, da Gerência de Atenção à Saúde, na nova estrutura organizacional. Além de suas oito coordenações no seu nível tático, apresentavam trinta e um serviços e um laboratório de análises clínicas em nível operacional. Na nova estrutura, a Gerência de Atenção à Saúde apresenta em suas quatro divisões, cinco setores e 29 unidades. Ao confrontar o nível operacional a estrutura anterior à nova estrutura, identifica-se uma redução de oito coordenações para cinco setores e redução de 31 serviços para 29 unidades. Fica evidente a racionalização da estrutura organizacional na Gerência de Atenção à Saúde com uma redução significativa de coordenadorias, ainda que deva se observar que as oito coordenadorias da estrutura antiga, em nível tático, reestruturaram em cinco setores.

Na estrutura organizacional Gestão UFSM/HUSM, em seus diversos setores, como foi apresentado na seção 4.1.3, seus responsáveis detinham funções de confiança que totalizavam quatro cargos de direção – CD (1 CD3 e 3 CD4) e 79 funções gratificadas – FG (19 FG3, 46 FG4, 4 FG5 e 10 FG7).

Quadro 6 – Cargos/Funções Gestão UFSM/HUSM

Cargo/Função	Código	Quantidade
Diretor geral	CD3	1
Diretores	CD4	3
Coordenações	FG3	19
	FG4	46
Serviços/setores	FG5	4
	FG7	10

Fonte: Elaborado pela autora por meio de relatório de chefias da COPLAD/PROPLAN

Em relação às funções/cargos de confiança, a Gestão EBSEH/HUSM estruturou-se conforme Quadro 7.

Quadro 7 – Cargos com funções na Gestão EBSEH/HUSM

Cargo/Função	Quantidade
Superintendente	1
Ouvidor	1
Auditor	1
Gerente	3
Chefe de Divisão	7
Chefe de Setor	15
Chefe de Unidade	40

Fonte: Elaborado pela autora por meio de relatório da Divisão de Gestão de Pessoas

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. Com a nova estrutura organizacional, observou-se a redução no número de funções, que passou de um total de 83 para 68. Além disso, foram criadas unidades próximas à superintendência, como as unidades de: auditoria, ouvidoria e planejamento.

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.

4.4.2 Análise comparativa entre o planejamento estratégico nas duas gestões

Em ambos os modelos de planejamento estratégico foram revisados Missão, Visão e Valores, melhor visualizadas no quadro seguinte.

Quadro 8 – Comparativo entre Identidades Organizacionais HUSM e EBSEERH

	Gestão UFSM/HUSM	Gestão EBSEERH/HUSM
Missão	Desenvolver ensino, pesquisa e extensão, promovendo assistência à saúde das pessoas contemplando os princípios do SUS com ética, responsabilidade social e ambiental.	Aprimorar a Gestão dos HUs federais e congêneres, prestar atenção à saúde de excelência e fornecer um cenário de prática adequado ao ensino e pesquisa para docentes e discentes
Visão	Ser um referencial público de excelência no ensino, na pesquisa e na extensão promovendo a saúde das pessoas.	Ser referência na gestão de hospitais universitários federais
Valores	Ética, Transparência e Qualidade nas ações, Responsabilidade institucional, Compromisso com as pessoas, Respeito às diversidades e Comprometimento social e ambiental.	Não consta.

Fonte: Elaborado pela autora por meio de consulta aos portais do HUSM e EBSEERH.

Nota: A EBSEERH não estabelece Valores.

Os dois modelos de Planejamento Estratégico foram descritos anteriormente com propostas a serem implementadas a suas épocas. No entanto, em relação a seu monitoramento, apenas o PDE 2015-2016 se mostrou adequado com Relatórios Trimestrais de acompanhamento e avaliação das metas propostas. Acrescenta-se a isso a afirmação constante do relatório de auditoria citado na seção 4.1.3, TC 017.936/2009-1:

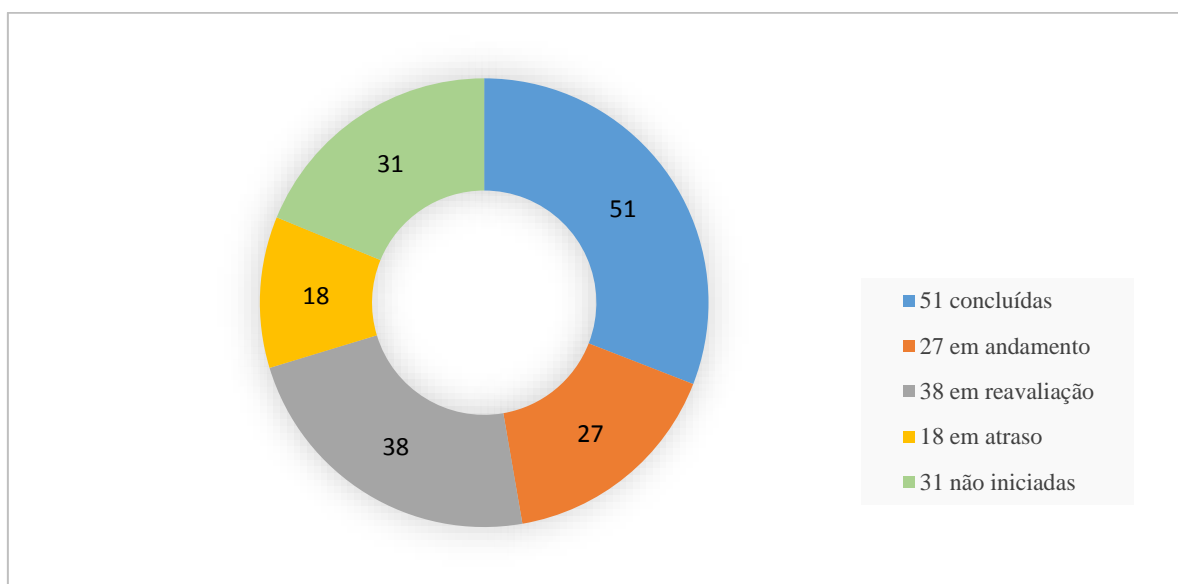
embora o HUSM tenha adotado o Planejamento Estratégico como modelo gerencial, o sistema de avaliação não era suficientemente adequado à organização interna, nem tampouco auxiliava na adoção de medidas corretivas, por duas razões, a primeira: ausência de desdobramento do Planejamento Estratégico em Planos de Ação por setores; e a segunda: a falta de indicadores em cada setor, que permita comparar permanentemente o desempenho de cada unidade.

Ciente disto, foi feita uma análise sobre o cumprimento das metas propostas no PDE 2015-2016. Ao final de 2016, por meio do Relatório de Monitoramento do Plano Diretor Estratégico – PDE 2014-2016, foi verificado o que foi alcançado em relação às 38 ações propostas para equacionar/sanar os 12 nós críticos encontrados em três macroproblemas, estrutura física inadequada, Parque Tecnológico defasado e modelo de gestão inadequado.

Para cada uma das ações, foram propostas atividades, em um total de 165. A posição (status) de cada uma das atividades encontra-se apresentada no relatório de monitoramento PDE 2014-2016. Dessas, 51 foram concluídas e 27 encontram-se em andamento, totalizando 47% do total de atividades, o que demonstra um alcance relativo em relação às propostas finalizadas; porém, se considerarmos a conjuntura em que se atinge esse índice, e sobre os problemas (macroproblemas) que tais ações/atividades se propõem a resolver em um período de três anos,

que exigem um elevado montante de recursos financeiros, conclui-se que o PDE proposto obteve sucesso, sem a menor sombra de dúvidas. Encontram-se, ainda, 23% das atividades em reavaliação, 11% em atraso e 19% não iniciadas, conforme Figura 8.

Figura 8 – Monitoramento das Atividades do PDE 2014-2016



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos Relatórios de Monitoramento do PDE 2014-2016

Em relação ao macroproblema de estrutura física, três nós críticos foram atacados, sendo que a estruturação do serviço de Engenharia e Arquitetura especializado foi o que obteve um excelente resultado. Já em relação ao nó crítico falta de prédios/reformas e adequação das áreas existentes, o atingimento foi bastante baixo, de apenas 12,13%; ainda assim, três das 14 ações previstas em relação a prédios/reformas obtiveram quase que 100% de alcance, o que, de certa forma, pode ser explicado pela maioria das obras encontrarem-se em andamento, conforme destacado na seção 4.1.4.1.

Em relação ao macroproblema Parque Tecnológico defasado, três nós e foram atacados por meio de quatro ações e 14 atividades, obtendo um excelente resultado, com alcance médio de 66,43% de sucesso, do qual se destaca a inclusão de dotação orçamentária para aquisição de materiais permanentes e equipamentos.

O terceiro e último macroproblema definido é o modelo de gestão inadequado, com o maior número de nós críticos (nove), que foram atacados por 21 ações, desmembradas em 84 atividades, destas 37 (44%) foram concluídas e 14 (16,55%) parcialmente concluídas. Cabe destacar as ações concluídas como a elaboração de um plano de educação continuada, a

atualização do planejamento estratégico integrado, implementação do modelo de gestão por processos, reestruturação do serviço de compras, implantação do sistema de informação de gestão hospitalar – AGHU, criação da central regional de regulação, e uma das mais relevantes, a recomposição por meio de concurso público do quadro de pessoal do HUSM.

Os relatórios trimestrais demonstram que as metas estabelecidas para a área de atenção à saúde foram alcançadas, quanto à permanência hospitalar em clínica cirúrgica, a taxa em 2015 e 2016 ficou em 3,80 e 3,13 dias, respectivamente, superando com folga a meta que estabeleceu abaixo de dez dias de permanência. Da mesma forma, a meta estabelecida para a permanência hospitalar em clínica médica estabelecida abaixo de 10 dias, para os anos de 2015 e 2016, com taxas de 5,96 e 6,43 dias, foi igualmente alcançada com folga.

Em relação à taxa de infecção hospitalar geral, nota-se um excelente resultado em relação ao estabelecido, para 2015 e 2016 em 4,23 e 3,11% ao passo que pela meta a ser perseguida era 4,5%. A meta em relação à taxa de mortalidade institucional foi estabelecida em 6%, sendo atingido o índice de 3,57 e 3,33% ao final de 2015 e 2016, demonstrando um excelente resultado em relação ao estabelecido.

Com relação à gestão hospitalar, as metas estabelecidas na maioria das vezes são mais genéricas, não interferindo de forma alguma na qualidade e validade da mesma, somente não apresentando a precisão de outros índices. Foi implementada a pesquisa de satisfação do usuário por meio da Ouvidoria, sendo aplicada tal consulta em dois momentos no ano, uma no primeiro e outro no segundo semestre de cada ano. A Ouvidoria emite relatório estatístico de seus atendimentos aos usuários.

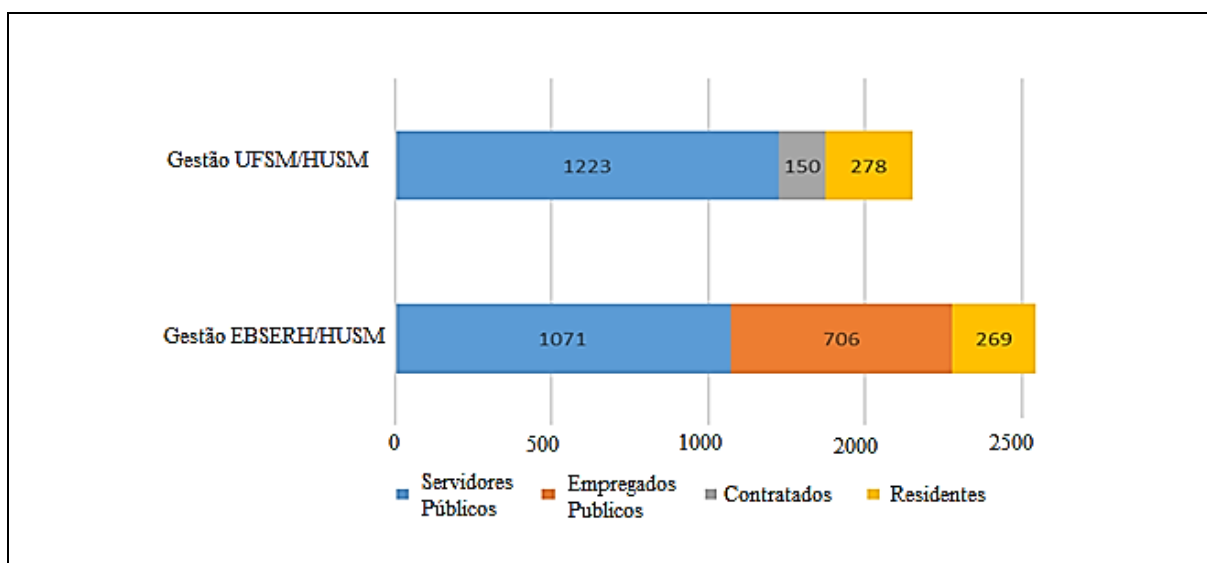
Ainda em relação à gestão hospitalar, outra meta cumprida foi a implementação de pesquisa de clima organizacional. Encontra-se concluído o instrumento de pesquisa solicitado pelo colegiado executivo do HUSM, com previsão de aplicação para março 2017.

4.4.3 Análise comparativa da gestão de pessoas, na Gestão UFSM/HUSM e Gestão EBSEH/HUSM

Apresentados dados e informações sobre o quadro de pessoal do HUSM na Gestão UFSM, seção 4.1.3.6 e Gestão EBSEH, seção 4.2.4, identifica-se um número de contratados por meio da FATEC para manutenção do funcionamento de hospital. A ilegalidade apontada por órgãos de controle e Ministério Público Federal (MPF), levou a UFSM a assinar o Termo de Ajustamento e Conduta (TAC) com o MPF. O quantitativo de pessoal no período da Gestão

UFSM/HUSM abrangia, em sua força de trabalho, servidores públicos, residentes e profissionais terceirizados contratos por meio da FATEC, que, como citado anteriormente deu origem a assinatura do Termo de Ajustamento e Conduta (TAC), situação que começou a ser solucionada com a realização de concursos pela EBSEH para provimento de 856 vagas. A recomposição do quadro de pessoal para o HUSM foi um dos principais ganhos, a partir da contratação da EBSEH e a capacitação de profissionais nas áreas administrativa e de saúde.

Figura 9 – Composição da força de trabalho no HUSM no período de 2007 a 2016



Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: Contratados refere-se aos contratos por meio da FATEC.

Analisado comparativamente o último ano da pesquisa, de 2016, e visualizando a Figura 9, o quadro de pessoal do HUSM totaliza 1.776 profissionais, proporcionalmente às respectivas cargas horárias de trabalho, os quais, somados aos 269 residentes, estruturam a força de trabalho na Gestão EBSEH/HUSM, em 2046 profissionais.

Enquanto que, em 2013, último ano da Gestão UFSM/HUSM, o quadro de pessoal totalizou 1.223 servidores públicos, 150 empregados contratados pela FATEC, que, somados aos 278 residentes, totalizou 1.651 profissionais. Percebe-se um significativo acréscimo na força de trabalho em 395 profissionais, um aumento de 23,92% comparado ao quantitativo de profissionais lotados no HUSM em 2013.

Em relação aos profissionais médicos, o acréscimo no quadro de pessoal é ainda mais significativo, atingindo o índice 35,32%, o que vem ao encontro dos anseios da população, tão dependente dos hospitais públicos.

4.4.4 Análise comparativa da gestão patrimonial, na Gestão UFSM/HUSM e Gestão EBSEH/HUSM

A gestão patrimonial, processos administrativos e licitatórios relativos à aquisição de bens, obras e serviços, na gestão UFSM/HUSM, como evidenciado na seção 4.1.4.4, eram realizados pelas subunidades subordinadas à Pró-Reitoria de Administração e à Pró-Reitoria de Infraestrutura. A partir da contratação da EBSEH para gerir o HUSM, todos esses processos administrativos e licitatórios, bem como a gestão patrimonial, gradativamente passaram a ser realizados pelas subunidades da estrutura organizacional gestão EBSEH/HUSM, como ficou evidenciado na seção 4.2.7.

Ao comparar os dois períodos de gestão em relação à conta patrimonial de estoques, nota-se que a gestão UFSM/EBSEH encerrou 2013 com R\$ 13,3 milhões em estoque, valor este que se reduziu a R\$ 1,8 milhões em 2016. Há de se observar que a formação desse valor elevado em estoque de materiais de consumo se deve em grande parte aos recursos do REHUF em 2012 e 2013. No entanto, a partir de 2014, começa uma redução gradual a patamares condizentes com a necessidade do hospital, por meio da melhoria na qualidade da gestão e acompanhamento de estoques e otimização nos processos de novas aquisições de materiais de consumo, favorecidos pelos módulos do AGHU de estoque e de compras.

Nota-se que, até 2013, na Gestão UFSM/HUSM, no período analisado, em termos de área nova construída pouco foi acrescido. Como ficou evidenciado na seção 4.1.4.1, os investimentos a época se restringiram as reformas de espaços existentes. Nesse período o número de leitos tanto de UTIs, quanto o total de leitos permaneceu constante em 2013, 38 e 307, respectivamente.

Acrescenta-se ainda que, embora a área física não tenha sido acrescida por obras novas nesse período, em dezembro de 2011, ocorreu a contratação da FATEC para viabilizar obras novas no HUSM como o Central de Tratamento Intensivo Adulto, Infantil, Neonatal, Unidade Intermediária de recém-nascidos e Mãe Canguru, e ampliar o acesso ao serviço de terapia intensiva, a construção da Central de Laboratórios, unificando os laboratórios: Central de Análises Clínicas, de Biologia Molecular e de Patologia Clínica, um investimento de R\$ 19.263.100,25, com recursos provenientes do REHUF.

Com a conclusão das obras, previstas para dezembro de 2018, o hospital terá um aumento de 82 no número de leitos de UTIs, duplicando sua capacidade de atendimento, obra de grande significância para a saúde da população.

4.4.5 Análise comparativa da infraestrutura tecnológica, na Gestão UFSM/HUSM e Gestão EBSEH/HUSM

Em relação aos bens que compõem a infraestrutura do HUSM, evidenciou-se, na seção 4.2.6, que, no decorrer dos últimos anos, com o ingresso de recursos do REHUF, ocorreram aquisições de diversos equipamentos, tais como de informática e da área de saúde, recuperando parte da infraestrutura tecnológica do HUSM.

Além disso, até a implantação do AGHU, o *software* utilizado para dar suporte às atividades do HUSM era o SIE, o mesmo utilizado pela UFSM, com alguns módulos adequados às necessidades do hospital, sem atender às especificidades da área da saúde. O *software* AGHU, desenvolvido para dar suporte aos diversos processos organizacionais que se desenvolvem no hospital, embora ainda não tenha todos os seus módulos totalmente implantados, já demonstra resultados significativos na rotina diária do HUSM. O médico ter acesso aos resultados dos exames online no momento da consulta com o paciente, o médico registrar a avaliação clínica do paciente, bem como a receita de medicamentos também online, é um dos exemplos que demonstram a melhoria proporcionada pelo AGHU.

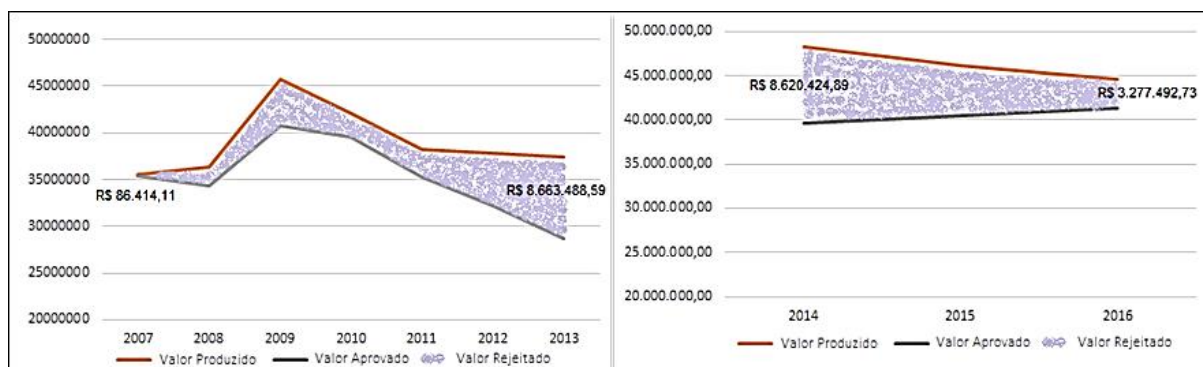
4.4.6 Análise comparativa da gestão orçamentária e financeira, na Gestão UFSM/HUSM e Gestão EBSEH/HUSM

Em relação aos recursos orçamentários e financeiros, constata-se que, a partir de 2010 por meio do REHUF, o HUSM recebeu aporte de recursos que impactaram positivamente na oferta de serviços de saúde pelo HUSM. Acrescenta-se a isso que a criação da EBSEH integrou o REHUF, como uma ação do governo que visa garantir a recuperação física e tecnológica, e a reestruturação do quadro de recursos humanos das unidades hospitalares.

Os recursos orçamentários e financeiros oriundos do REHUF possibilitaram novas obras, reformas, aquisições de equipamentos hospitalares e de tecnologia, e mobiliários necessários ao aprimoramento dos serviços em saúde prestados pelo HUSM, certamente ainda insuficientes para atendimento à demanda do hospital.

Além do reforço dos recursos provenientes do REHUF, os recursos que efetivam o funcionamento do HUSM, provém da contratualização com gestor local do SUS, que, como já observado nas seções 4.1.5 e 4.2.8, são provenientes da produção de média e alta complexidade do hospital. Nota-se aqui, uma situação que se agravou no período da gestão UFSM/HUSM e que se tornou preocupante, devido a não arrecadação da produção de serviços de média e alta complexidade, quando em 2013 atingiu um volume de 8,6 milhões (23,15%) não repassados.

Figura 10 – Recursos não repassados ao HUSM por rejeição de contas



Fonte: Elaborado pela autora a partir das tabelas de produção de serviços de média e alta complexidade

Deve ser salientado que, diversos são os motivos da não aprovação de repasses do total da produção, como já evidenciado na seção 4.1.3.5, desde a realização de procedimentos não contratualizados, até a duplicação de procedimentos por falha no lançamento. Nota-se uma significativa melhora a partir de 2015, alcançando, em 2016, significativa melhora, reduzindo-se a 7,24%, com tendência de solução do problema, certamente resultado de um melhor acompanhamento e regulação dos procedimentos realizado na gestão administrativa de lançamentos das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH).

4.4.7 Análise comparativa da Eficiência Técnica na Gestão UFSM/HUSM e Gestão EBSERH/HUSM

O DEA a partir dos dados dos inputs e outputs utilizados, atribui pesos a alguns inputs e outputs, sem a interferência do pesquisador.

As unidades consideradas eficientes (fronteira da eficiência) no modelo BCC orientado a output formam uma superfície côncava, sendo que as DMUs que se encontram abaixo da fronteira de eficiência são consideradas ineficientes.

As demais DMUs, 2009, 2010, 2014 e 2015, são consideradas ineficientes a partir dos resultados obtidos, com índices inferiores a 100%, abaixo da linha de fronteira de eficiência, apresentando folgas em algumas de suas variáveis de input, o que evidência margem percentual de produtividade de 10,50%, 4,64%, 1,67% e 0,81%, respectivamente. Essas variações representam a produtividade necessária para atingimento da fronteira de eficiência.

A DMU do ano de 2009 foi considerada a menos eficiente faltando 10,5 pontos percentuais para o alcance da fronteira da eficiência. Apresentando folga de 118.159 internações/procedimentos para o atingimento da fronteira de eficiência.

Em relação a DMU 2010 faltaram 4,64 pontos percentuais, com uma folga de 52.602

procedimentos necessários ao alcance da eficiência. Já no período de gestão EBSEH/HUSM 2014-2016 ocorreu uma proximidade bem maior das DMUs consideradas ineficientes, DMUs 2014 e 2015.

Nos últimos três anos do período em análise (Gestão EBSEH), constata-se um crescimento na força de trabalho e aumento da capacidade instalada (número de leitos) de 2013 para 2014 e de 2014 para 2015, em média 15%, o mesmo não ocorreu no quantitativo de internações e procedimentos quando no mesmo período, houve uma redução na ordem de 6% de 2013 para 2014, apresentando ainda em 2015 um número de internações e procedimentos inferior a 2013.

Para 2014 faltaram 1,67 pontos percentuais, sendo necessários 21.152 novos procedimentos, somados a uma necessidade de 1.072 profissionais, portanto uma redução de 189 profissionais. Assim, para a DMU 2014 tornar-se eficiente poderiam ser utilizados um número menor de profissionais e o incremento de 21.152 novos procedimentos.

Com relação a 2015, a distância até a fronteira da eficiência não alcançou nem um ponto percentual, ficando em 0,81%, sendo necessários 10.857 novos procedimentos, somados a uma redução de 32 profissionais.

As alterações mais significativas ocorrem na variável INTPROC (internações/procedimentos) o único output utilizado. Justifica-se as folgas na variável INTPROC devido a modelagem DEA/BCC adotada orientada ao *output*.

Nessa ótica, conclui-se que o HUSM aprimorou sua estrutura de pessoas e capacidade instalada, porém não ocorreu um reflexo nas internações e procedimentos. Ficando assim esclarecido, a provável causa de mesmo com melhoras na estrutura tecnológica, quadro de pessoal, e capacidade instalada, na mensuração da eficiência realizada por meio da aplicação da Análise Envoltória de Dados (DEA), os três últimos anos (Gestão EBSEH/HUSM) não apresentaram índice de eficiência superior ao da Gestão UFSM/HUSM.

Ainda pode-se argumentar que, no período de gestão UFSM/HUSM, o HUSM realizava internações e procedimentos, potencializando o quadro reduzido de pessoal, e operava com capacidade instalada no limite, passando a partir de 2014 a operar de forma um pouco mais estável.

Com base nas análises, pode-se inferir que a busca por maior produtividade em número de procedimentos para um hospital público de saúde, como é o caso em questão, apresenta limites de procedimentos e de pagamentos estabelecidos na contratualização do HUSM com o SUS.

5 CONCLUSÕES

A principal constatação, a partir dos resultados desta pesquisa, é que o modelo gerencial adotado pela EBSEERH apresentou significativas mudanças estruturais, operacionais e administrativas, que impactaram positivamente na gestão do Hospital Universitário de Santa Maria. O objetivo geral e os específicos foram todos alcançados a partir do desenvolvimento da pesquisa. Primeiramente, estudar a estrutura organizacional na gestão UFSM/HUSM, seu quadro de funções de chefias em comparação a estrutura organizacional na gestão EBSEERH/HUSM, alcança-se o primeiro dos três objetivos específicos, resultado que aponta uma maior eficiência com a nova gestão.

Destaca-se, com este estudo, que o modelo de gestão adotado pela EBSEERH realizou ações voltadas à solução dos problemas existentes no HUSM, com a substituição gradativa do pessoal contratado por meio da FATEC e nomeação de pessoal efetivo, mediante concurso para provimento de vagas, melhorias na infraestrutura física e tecnológica e de gestão, para atender às exigências dos órgãos de controle externo e do gestor local do SUS, com a adoção de instrumentos de planejamento e monitoramento de metas e ações.

Dessa forma, a partir da análise comparativa entre as principais características da gestão do HUSM, antes e após a contratação da EBSEERH, o segundo objetivo específico desta pesquisa foi alcançado, e evidenciou novamente melhorias na eficiência com o novo modelo de gestão adotado. Tal comparação entre os dois momentos de gestão possibilitou chegar-se a conclusão que, com a contratação da EBSEERH, a fluidez dos processos internos teve uma melhoria significativa, favorecida, certamente, pelo novo desenho organizacional, analisado também nesta pesquisa para atingimento do objetivo específico sobre estrutura organizacional que apontou melhoria na eficiência com a nova gestão.

O terceiro objetivo específico, que trata da mensuração dos níveis de eficiência técnica, antes e após a gestão EBSEERH, foi sem dúvida o de maior dificuldade de alcance, visto que demandou dados, informações, índices, indicadores envolvendo pessoas, processos, infraestrutura física e tecnológica, em um período de tempo de dez anos.

Os resultados obtidos a partir da aplicação da modelagem estatística Análise Envoltória de Dados evidenciaram que as DMUs, dos anos de 2007 a 2016, demonstraram-se eficientes em 60% do período. O que fica bastante claro é que o esforço do quadro de pessoal, utilização da capacidade instalada e aplicação dos recursos financeiros, mesmo em momentos de escassez e dificuldades, operando no limite, tem um elevado índice de eficiência técnica relativa. Entretanto, o resultado da aplicação do método DEA indicou que seis das dez DMUs (2007 a

2016) encontravam-se na fronteira da eficiência, e, destas 6, a DMU mais eficiente tenha sido o ano de 2011. Todo o contexto analisado (estrutura, processos e pessoas), bem como os resultados encontrados, indicam tendência de melhoria da eficiência técnica, principalmente pela equalização dos macroproblemas diagnosticados, como o quadro de pessoal, infraestrutura física e tecnológica e de processos organizacionais.

A presente pesquisa apresentou as seguintes limitações: embora a medida da eficiência, em sua quase totalidade, utilize dados, informações, índices e indicadores, de bases quantitativas, para avaliação da eficácia do modelo de gestão adotado pela EBSEERH, a análise dos resultados obtidos poderia ser complementada uma pesquisa de abordagem qualitativa.

Como forma de contribuição, é importante destacar algumas sugestões identificadas na pesquisa que favoreçam ainda mais a busca pela eficiência na gestão do HUSM: o redesenho da estrutura organizacional que favoreça a melhoria do funcionamento do HUSM. Além da nova estrutura, uma melhor fluidez dos processos internos, a necessidade de gestores e demais funcionários aprimorarem suas competências e entenderem o seu papel nos processos internos da complexa cadeia produtiva de um hospital.

Além disso, é necessária a implementação de todos os módulos do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários, de forma a oferecer um sistema de tecnologia que alcance todos os processos do HUSM, tanto na área administrativa, quanto na área técnica de saúde. Seguramente, com a implementação de medidas que busquem atender as recomendações supracitadas, a efetividade da gestão EBSEERH no HUSM poderá ser alcançada.

Desse modo, os resultados encontrados na trajetória da pesquisa evidenciaram que a contratação da EBSEERH apresentou um novo modelo de gestão que tornou o HUSM mais eficiente. Entretanto, para que sejam atingidos maiores níveis de eficácia e efetividade, é fundamental que seja concluída a reestruturação de sua área física, com a conclusão das obras para ampliação da capacidade instalada, disponibilizando assim, um serviço de saúde mais efetivo e qualificado à sociedade.

O campo para pesquisas em um hospital é fértil e, em específico ao assunto abordado, gestão hospitalar, não é diferente. O presente trabalho buscou entendimento em relação à eficiência do HUSM com a contratação da EBSEERH para sua gestão. Outros trabalhos podem ser desenvolvidos em áreas específicas de gestão, tais como: buscar aprofundar a questão de tecnologias utilizadas no hospital; aplicar pesquisa com servidores e gestores do HUSM para colher a percepção destes sobre a mudança de gestão; buscar aprofundar a gestão de pessoas, recrutamento, competências, capacitações, desenvolvimento na carreira. Certamente outros trabalhos poderão ser desenvolvidos para subsidiar a melhoria da gestão de uma unidade tão complexa como é o caso de um hospital público de ensino.

REFERÊNCIAS

- 4ª C R S (Santa Maria). **Municípios**. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/161/4%C2%AA_CRS_%28Santa_Maria%29>. Acesso em: 20 jan. 2017.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO. **Hospitais universitários e de ensino no Brasil: desafios e soluções**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.abrahue.org.br/pdf/hues_no_brasil.pdf> Acesso em 2 ago. 2012.
- ALFONSO, Luciano Parejo. **Manual de Derecho Administrativo**. v. 1. 4 ed. Barcelona: Ariel, 1996.
- ALCANTARA, C. M. **Os princípios constitucionais da eficiência e eficácia da administração pública: estudo comparativo Brasil e Espanha**. Constituição, Economia e Desenvolvimento, v. 1, n. 1, 2009.
- ALMEIDA, Mariana R.; MARIANO, Enzo Bernardes; REBELATTO, Daisy Aparecida Nogueira. **Ferramenta para calcular a eficiência: um procedimento para engenheiros de produção**. In: Trabalho apresentado durante o XXXIV CONGRESSO BRASILEIRO DE ENSINO DE ENGENHARIA. Passo Fundo. 2006.
- ANDRÉ, M. A. A efetividade dos contratos de gestão na reforma do Estado. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, n. 3, p. 42-52, jul./set. 1999.
- ASSAF NETO, Alexandre. **Estrutura e análise de balanços: um enfoque econômico-Financeiro**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- BANDEIRA, Denise Lindstrom. **Análise da eficiência relativa de departamentos acadêmicos: o caso da UFRGS**. 2000.
- BANKER, Rajiv D.; CHARNES, Abraham; COOPER, William Wager. **Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis**. Management science, v. 30, n. 9, p. 1078-1092, 1984.
- BELLONI, J. A. (2000). **Uma metodologia de avaliação da eficiência produtiva de Universidades Federais Brasileiras**. Tese de Doutorado, Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- BEHRING, E. R. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.
- BISCAIA, T. C. **Avaliação da gestão dos recursos orçamentários e financeiros de um hospital universitário antes e após a reestruturação dos hospitais universitários federais**. 2013. 142 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas) – Universidade Vale do Itajaí, Santa Catarina, 2013.
- BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, p. 21-8, 2001.

_____. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, p. 53-60, 1996.

BONACIM, C. A. G.; DE ARAUJO, A. M. P. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. **Revista de Administração Pública**, v. 44, n. 4, p. 903-931, 2010.

_____. et al. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1055-1069, 2011.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, 2006.

BOYLE, Richard. Managing public sector performance. Dublin: Institute of Public Administration, 1989.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 18 set. 2016;

_____. Portaria Interministerial n. 1000/MEC/MS, de 15 de abril de 2004. Instituída com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários de Ensino do Brasil, visando reorientar e, ou formular a política nacional para o setor. <<http://der2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA/Port2004/GM/GM-1702.htm>>. Acesso em: 10 jan. 17

_____. Decreto n. 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/_Ato20072010/2010/Decreto>. Acesso em: 18 set. 2016.

_____. Emenda constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm> Acesso em: 27 jul. 2013.

_____. Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-lei n.2.848, de 7 de dezembro de 1940-Código Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 dez.2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 15 de ago. 2016;

_____. Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos

financeiros na área da saúde e dá outras providências. **SUS é legal**: legislação federal e estadual. Porto Alegre: SES/RS, out.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

_____. Medida Provisória n. 520, 31 de dezembro de 2010. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A- EBSEH e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2010/mpv/520.htm>. Acesso em: 15 jul. 16.

_____. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2016;434>. Acesso em: 4 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. **Informações de saúde**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Recursos. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/CapituloE.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2018.

_____. Ministério da Educação. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**. Disponível em: <<http://ebserh.mec.gov.br/aceso-a-informacao/institucional>>. Acesso em: 23 jan. 2017

_____. Ministério Da Educação. **Hospitais universitários**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12267&Itemid=513>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BRESSER PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática a gerencial. In: _____. **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006;

CALDAS JÚNIOR, A. L. Crise nos hospitais universitários: estratégias de privatização. **Associação Profissional dos docentes da UFMG**, Belo Horizonte, n. 18, p. 95-110, dez. 2008.

CARDOSO, F. H. Reforma do Estado. In: BRESSER PEREIRA, L. C. **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006.

CARMO, M. **Hospitais Universitários e integração ao Sistema Único de Saúde**: estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG - 1996 a 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. 121f.

CASADO, F. L.; SOUZA, A. M. Análise envoltória de dados: conceitos, metodologia e estudo da arte na educação superior. **Revista Sociais e Humanas**, v. 20, n. 1, p. 59-71, 2007.

_____; SILUK, J. C. Avaliação da eficiência de unidades universitárias de uma instituição de ensino superior. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE PESQUISA OPERACIONAL, 43. (XLIII SBPO 2011), **Anais...** 2011.

CECILIO, L. C. O. É possível trabalhar o conflito como matéria prima da gestão? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508 -516, 2005.

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

CISLAGHI, J. F. **Hospitais universitários: presente caótico e futuro incerto**. 2010. Disponível em: <<http://apufpr.org.br/artigos/hus.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

COOPER, W. W.; SEIFORD, L. M.; TONE, K. **Data Envelopment Analysis: a comprehensive text with models, applications, references and DEA: Solver Software**. Boston: Kluwer Academic Publishers, 2000.

COSTA, S. R. D.; FERREIRA, N.; LOSS, R. A. A precisa definição do objeto em licitações como requisito para aquisição de bens e serviços pela administração pública. **Jus Navigandi**. 2013.

DA CUNHA, Carneiro; ARAUJO, Julio; CORREA, Hamilton Luiz. Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, p. 485-499, 2013.

DA CUNHA, J. A. C. Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. **RAE**, v. 53, n. 5, p. 485-499, 2013.

DAVIES, H. T.; LAMPEL, J. **Trust in performance indicators?**. *BMJ Quality & Safety*, v. 7, n. 3, p. 159-162, 1998.

DEMO, M. L. O. et al. Estratégia como prática em uma organização hospitalar. 2016. TCC (graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico, Curso de Administração

DE ARAUJO NETO, L. M. et al. Mensuração da eficiência na gestão pública portuguesa: uma aplicação da análise envoltória de dados. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS-ABC. **Anais...** 2013.

DE CASTRO LOBO, M. S. et al. Análise envoltória de dados dinâmica em redes na avaliação de hospitais universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.

DE SOUZA, A. A. et al. Análise financeira e de desempenho em hospitais públicos e filantrópicos brasileiros entre os anos de 2006 a 2011. FACEF Pesquisa-Desenvolvimento e Gestão, v. 17, n. 1, 2014.

DE SOUZA, M. F. A.; SILVA, M. da; ALVARO, M. Análise de desempenho contábil-financeiro no setor bancário brasileiro por meio da aplicação da Análise Envoltória de Dados (DEA). **Base**, v. 6, n. 2, 2009.

DE OLIVEIRA, A. S.; PEREIRA, D. H. Gestão econômica de sistemas de produção de bovinos leiteiros. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE AGROPECUÁRIA SUSTENTÁVEL, 1. Viçosa, v. 1, **Anais...** p. 106-133, 2009.

DIAS, A. F. et al. **A reutilização do patrimônio edificado como mecanismo de proteção:** uma proposta para os conjuntos tombados de Florianópolis. 2005. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, 2005.

DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas.** São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DRAGO, L. M. B. **Servindo a dois senhores:** a gestão do HUCAM entre o ensino e assistência. 2011. 210 f. 2011. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Contrato de Gestão Especial Gratuita n. 263/2013 entre a UFSM e a EBSEH. Brasília, 2013a. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/103172/contrato_e_pub_dou_17_12_2013_assin_e_13_01_2014_ufsm.pdf/9478182b-05ae-4c0d-aedb-c0fcba39f133>. Acesso em: 08 abr. 2016.

_____. Portal Eletrônico da EBSEH. **Institucional.** Brasília, 2015d. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh>>. Acesso em: 11 set. 2016.

ENCINAS, R. **Oportunidades de aplicação da análise envoltória de dados em auditorias operacionais do Tribunal de Contas da União.** TCC (Especialização em Orçamento Público) – Controladoria Geral da União, Brasília, 2010.

FANTASIA, Ana et al. **As Narrativas Biográficas e as metodologias de investigação-ação sobre a memória e o esquecimento.** In: African Dynamics in a Multipolar World: 5th European Conference on African Studies—Conference Proceedings. Centro de Estudos Internacionais do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), 2014. p. 1146-1166.

FARREL, M. J. The measurement of productive efficiency. **Journal of the Royal Statistical Society**, v. 120, Part III, p. 253-290, 1957.

FERREIRA, C. M. C. F.; GOMES, A. P. **Introdução à análise envoltória de dados:** teoria, modelos e aplicações. Viçosa, 2009.

FERREIRA, M. P. **Assistência à saúde nos departamentos regionais de saúde:** um exercício de Medicina. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009.

FIGUEREDO, F. C. M. et al. **Gestão Patrimonial:** um estudo sobre o controle de material permanente na Universidade Federal do Maranhão. 2015. 93 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.

FIJOR, T. F. A. **O controle patrimonial como ferramenta de governança pública:** o caso da Universidade Tecnológica Federal do Paraná. 2014. Dissertação (Mestrado) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2014.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

FONSECA, P. C., FERREIRA, M. A. M. Investigação dos níveis de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**, 2009, v. 18, n. 2, p. 199-213, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Metodologia científica**. São Paulo, v. 3, 2002.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GOMES, A. P. **Impactos das transformações da produção de leite no número de produtores e requerimentos de mão-de-obra e capital**. Tese (Pós-doutorado) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 1999.

GONÇALVES, A. C. **Definição das restrições aos pesos em Análise Envoltória de Dados (AED) por correlação canônica e regressão linear**. Tese (Doutorado) – Instituto Alberto Luiz Coimbra de pós-graduação e pesquisa em engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

GONÇALVES, D. A. **Avaliação de eficiência de fundos de investimentos financeiros: utilização de DMU artificial em modelos DEA com outputs negativos**. Rio de Janeiro, 2003. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – COPPE, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

GONÇALVES, P. C. **Reflexões sobre o estado regulador e o estado contratante**. Coimbra Editora, 2013.

GUBA, Egon ; LINCOLN, Yvonna (1994). **Competing paradigms in qualitative research** In DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna (Ed) (1994) Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. Pp 105-117.

GUIMARÃES, A. L. A.; MARTINS, V. F. Hospitais universitários federais e A Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares: As possíveis alterações e consequências nas estruturas organizacionais dos hospitais universitários federais brasileiros. **Revista Científica e-Locução**, v. 1, n. 7, 2015.

GUIZZARDI, E. **Criação e implantação de estrutura de trabalho para melhorias de curto prazo em ambientes de compras públicas**. 2014. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Plano de Reestruturação**. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/103172/plano_reestruturacao_12_12_2013_pgf_ufsm.pdf/525b7dfc-abdf-4235-bf1d-60eae29d60d0>. Acesso em: 8 abr. 2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Contratos**. Disponível em <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/contrato/-/asset_publisher/70IGU10aZ2Mh/>. Acesso em: 8 abr. 2016.

KLÜCK, Mariza; PROMPT, Carlos Alberto. **O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar na gestão da qualidade assistencial**. In: Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. 2004. p. 69-81.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar brasileiro: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. São Paulo, Atlas, 1986.

LIMA, S. B. S, et al. Memória da enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria – RS. **Texto Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 557-566. out./dez. 2005.

LIMA, S. M. V.; BRESSAN, C. L. Mudança organizacional: uma introdução. In: LIMA, S. M. V. (Org). **Mudança organizacional: teoria e gestão**. FGV, 2003. p. 17-63.

LINS, M. P. E.; ANGULO-MEZA, L. **Análise Envoltória de Dados e perspectivas de integração no ambiente de Apoio à Decisão**. Rio de Janeiro: Editora da COPPE/UFRJ, 2000.

LIRA, C. S. et al. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde como instrumento de auxílio na gestão: relato de experiência. **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 3. 2014.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4. jul./ago. 2007.

MAINARDES, E. W.; ALVES, H.; RAPOSO, M. O desempenho das universidades públicas portuguesas segundo seus alunos: análise da eficiência por meio do Data Envelopment Analysis. **Revista Gestão Universitária na América Latina**, v. 5, n. 1, p. 184-215, 2012.

MARIANO, Enzo B. **Conceitos básicos de análise de eficiência produtiva**. XIV Simpósio de Engenharia de Produção, p. 1-12, 2007.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. **Hospitais universitários: avaliação comparativa de eficiência técnica**. 2001.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, publicações e trabalhos científicos**. São Paulo: Atlas, 2011.

MARIANO, E. B. **Sistematização e comparação de técnicas, modelos e perspectivas não-paramétricas de análise de eficiência produtiva**. 2008. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo. 2008

MARINHO, A. **Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde dos municípios do Estado do Rio de Janeiro**. Brasília: IPEA, 2001.

_____.; FAÇANHA, L. O. **Hospitais universitários: avaliação comparativa de eficiência técnica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

MATARAZZO, Dante C. **Análise Financeira de balanços: abordagem básica e gerencial**. São Paulo: 6.ed. Atlas, 2003.

MÉDICI, A. C. **A Economia da Demanda em Saúde**. In: _____. *A Economia Política das Reformas em Saúde*. Porto Alegre: IAHCS, 1997.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 29 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.

MELAZZO, E. S. Problematizando o conceito de políticas públicas: desafios à análise e à prática do planejamento e da gestão. **Revista Tópos**, v. 4, n. 2, p. 9-32, 2010.

MIRSHAWKA, V. **Hospital: Fui bem atendido – A vez do Brasil**. São Paulo: Makron Books, 1994.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Portaria n. 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 n. 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/04/2012&jornal=1&pagina=13&totalArquivos=224>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

NASSUNO, Marianne. **O controle social nas organizações sociais no Brasil**. In BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU, Nuria Cunill (Org.). *O público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999, p. 335-361.

NOGUEIRA, J. M. M. et al. Estudo exploratório da eficiência dos Tribunais de Justiça estaduais brasileiros usando a Análise Envoltória de Dados (DEA). **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 5, p. 1317-1340, 2012.

OZCAN, Y. A. Efficiency of hospital service production in local markets: the balance sheet of U.S. medical armament. **Socioeconomic Planning Sciences**, v. 29, n. 2, p. 139-150, 1995.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1927-1936, 2013.

PAULA, R. B. de. Desafios da gestão do HU/UFSC, após a criação da EBSEH pelo governo federal. Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária, Florianópolis, 2016.

PEDRAJA, Francisco y SALINAS, Javier. **Es posible medir la eficiencia de los servicios públicos?** *ECONOMISTAS – COLEGIO DE MADRID*, Madrid, n° 105, p. 86-93, jul 2005.

PINTO, N. G. M.; CORONEL, D. A. Eficiência e eficácia na agropecuária: um levantamento sobre a produção científica na base do Scopus. **Revista ESPACIOS**, v. 37, n. 16, 2016.

PONTE, João Pedro da. **Estudos de caso em educação matemática**. Bolema, p. 105-132, 2006.

RAMANATHAN, R. An introduction to data envelopment analysis: A tool for performance measurement. New Delhi: Sage Publications India Pvt Ltd. 2003, 201 p.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RIBEIRO, J. O. M. et al. **Influência das relações de poder na implementação do planejamento estratégico**. 2013.

ROBERTO, W. L. C.; LIRA, R. A. O gestor hospitalar e sua atuação frente ao suprimento de materiais. **PerspectivasOnLine** 2007-2011, v. 4, n. 13, 2014.

ROSANO PEÑA, C. Um modelo de avaliação da eficiência da administração pública através do método análise envoltória de dados (DEA). **Revista de Administração Contemporânea**, v. 12, n. 1, 2008.

ROSENTAL, C.; FRÉMONTIER-MURPHY, C. **Introdução aos métodos quantitativos em ciências humanas e sociais**. Porto Alegre: Instituto Piaget, 2001.

ROTTA, C. S. G. **Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial**. 2004. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, 2004.

SANT, C. F.; SILVA, M. Z.; PADILHA, D. F. Avaliação da eficiência econômico-financeiro de hospitais utilizando a análise envoltória de dados. **Contabilometria**, v. 3, n. 1, 2016.

SENADO FEDERAL. **SIGA Brasil**: sistema de informações sobre orçamento público, que permite acesso amplo e facilitado ao SIAFI e a outras bases de dados sobre planos e orçamentos públicos, por meio de uma única ferramenta de consulta mediante acesso livre ou especialista. Brasília, 2016. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>>. Acesso em: 5 jun. 2016.

SHAW, E. H. A general theory of systems performance criteria. **International Journal of General Systems**, New York, v. 38, n. 8, p. 851-869, 2009.

SILVA, L. C. D. P. et al. O faturamento hospitalar: quem cuida conhece? **Revista de Administração em Saúde**, p. 121-126, 2013.

SOBRINHO, L.; PINHEIRO, A. J. **O marco regulatório das organizações da sociedade civil: a Lei nº 13.019/2014 e sua repercussão na contratação com o Poder Público**. 2017.

SODRÉ, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social e Sociedade**, n. 114, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200009>. Acesso em: 20 ago. 2015.

SOUZA, Paulo Cesar Tavares; WILHELM, Volmir Eugênio. **Uma introdução aos modelos DEA de eficiência técnica**. TUIUTI: Ciência e Cultura, n. 42, 2009.

SPAGNOL, C. A.; FERNANDES, M. S.. Estrutura organizacional e o serviço de enfermagem hospitalar: aspectos teóricos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2004.

STAKE, R.E . **Case studies**. In: Denzin, N. & Lincoln, Y. (eds). *Handbook of Qualitative Research*. (2a. edição). Sage Publications Inc. pp. 435-454, 2000.

SUZUKI, Juliana Akiko Noguchi; GABBI, Ligia Villas Boas. **Desafios da avaliação de desempenho no setor público: o caso da prefeitura municipal de São Paulo**. 2009.

TEIXEIRA, E. H., **A Implantação Da Gestão Compartilhada No Hospital Universitário da UFJF: A Aderência do Plano de Reestruturação ao Padrão Legal Satisfatório**. UFJF, 2016.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Acórdão n. 1.610/2013 – Plenário. Disponível em: <www.tcu.gov.br>. Acesso em: 17 ago. 2016.

_____. Acórdão n. 2.681/2011 – Plenário. Disponível em: <www.tcu.gov.br>. Acesso em: 19 set. 2016.

_____. Acórdão n. 2.731/2008 – Plenário. Disponível em: <www.tcu.gov.br>. Acesso em: 22 set. 2016.

_____. Acórdão n. 2.813/2009 – Plenário. Disponível em: <www.tcu.gov.br>. Acesso em: 29 set. 2016.

_____. e relatórios de relatórios gestão. Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/econtasWeb/web/externo/listarRelatoriosGestao.xhtml>>. Brasília, 2016. Acesso em: 05 jun. 2016.

TORO, I. F. C. et al. O papel dos hospitais universitários no SUS: avanços e retrocessos. **Serviço Social & Saúde**, 2015.

TYAGI, P.; YADAV, S.; SINGH, S. Relative performance of academic departments using DEA with sensitivity analysis. **Evaluation and Program Planning**, v. 32, n. 2, p. 168-177, 2009.

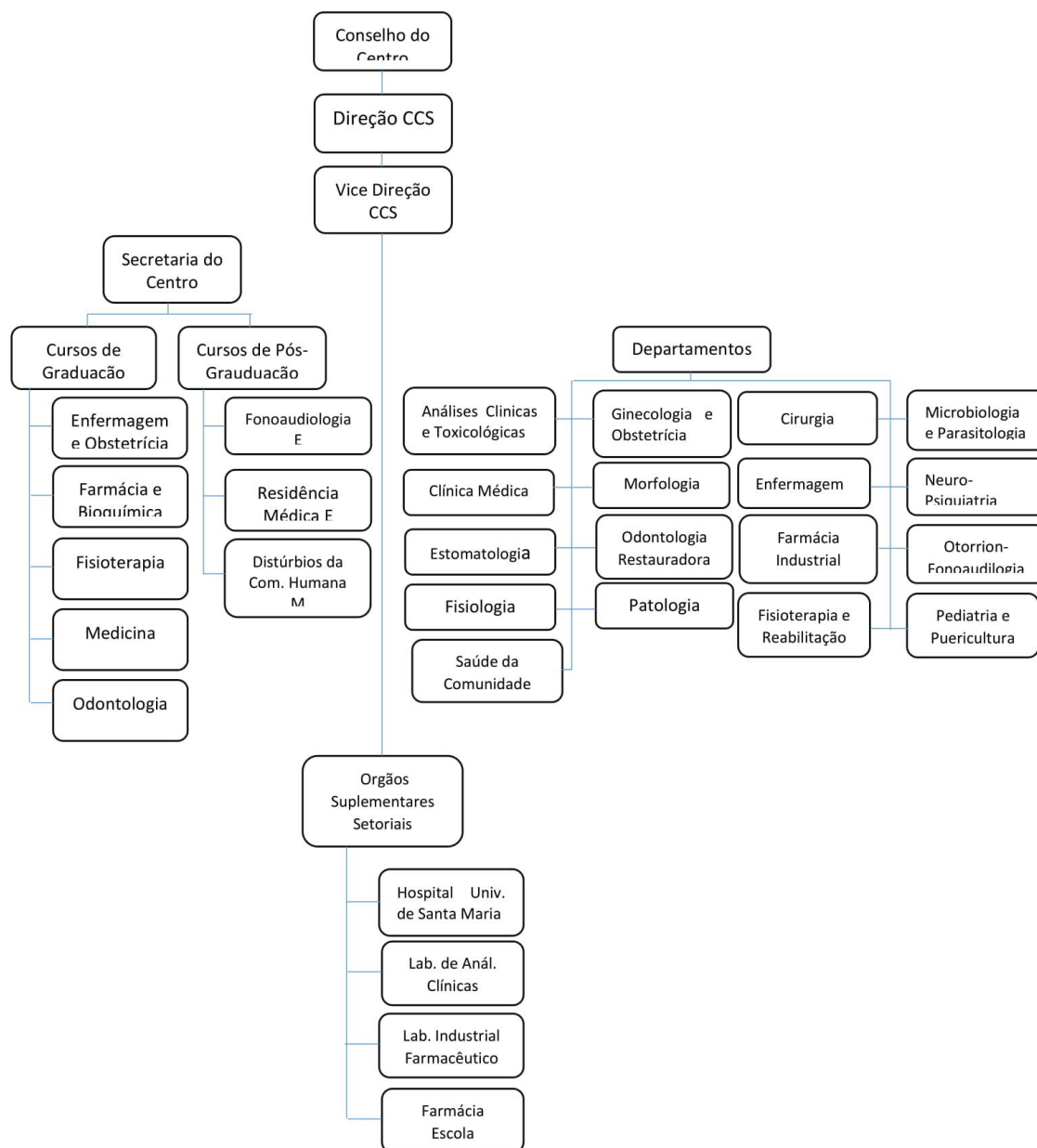
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Institucional**. Órgãos Suplementares. Disponível em: <<http://site.ufsm.br/orgaos-suplementares/husm>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

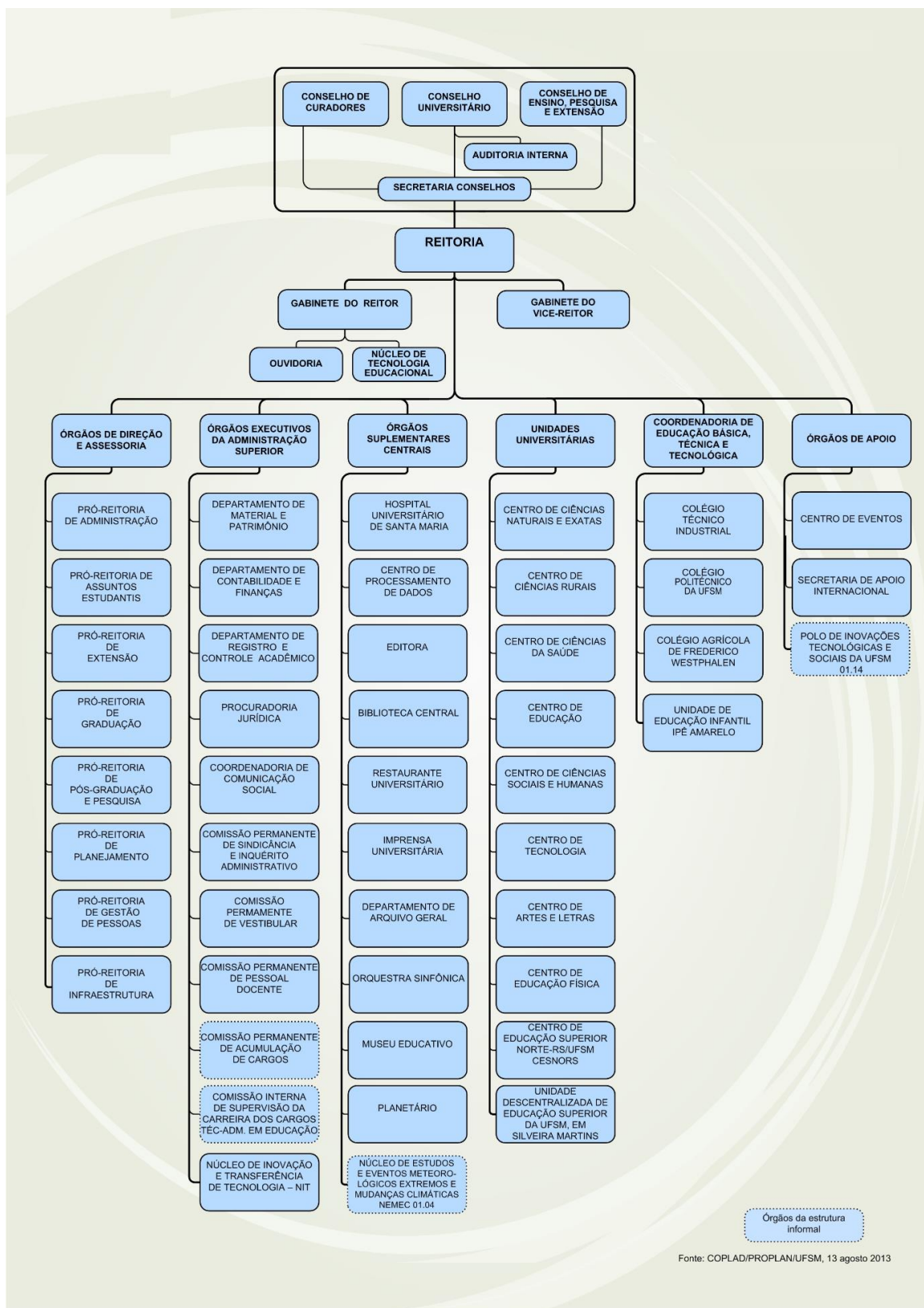
ZHU, J. Quantitative models for performance evaluation and benchmarking: data envelopment analysis with spreadsheets. 2 ed. **New York: Springer**, 2009.

ZUCCHI, P. Funcionários por leito: estudo em alguns hospitais públicos e privados. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 3, p. 65-76, 1998.

ANEXO 1 – ORGANOGRAMA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – 1990



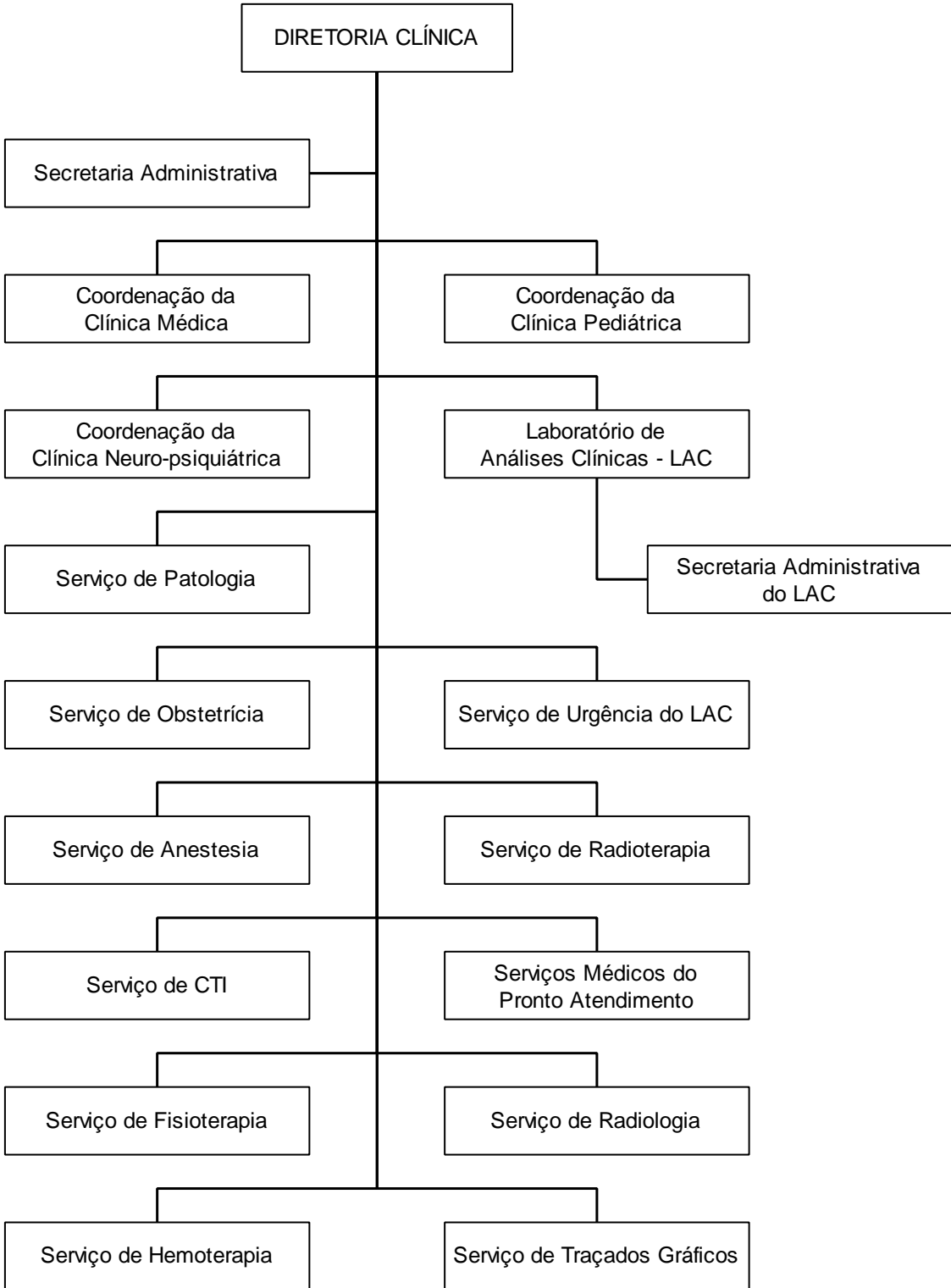
ANEXO 2 – ORGANOGRAMA DA UFSM - 2013



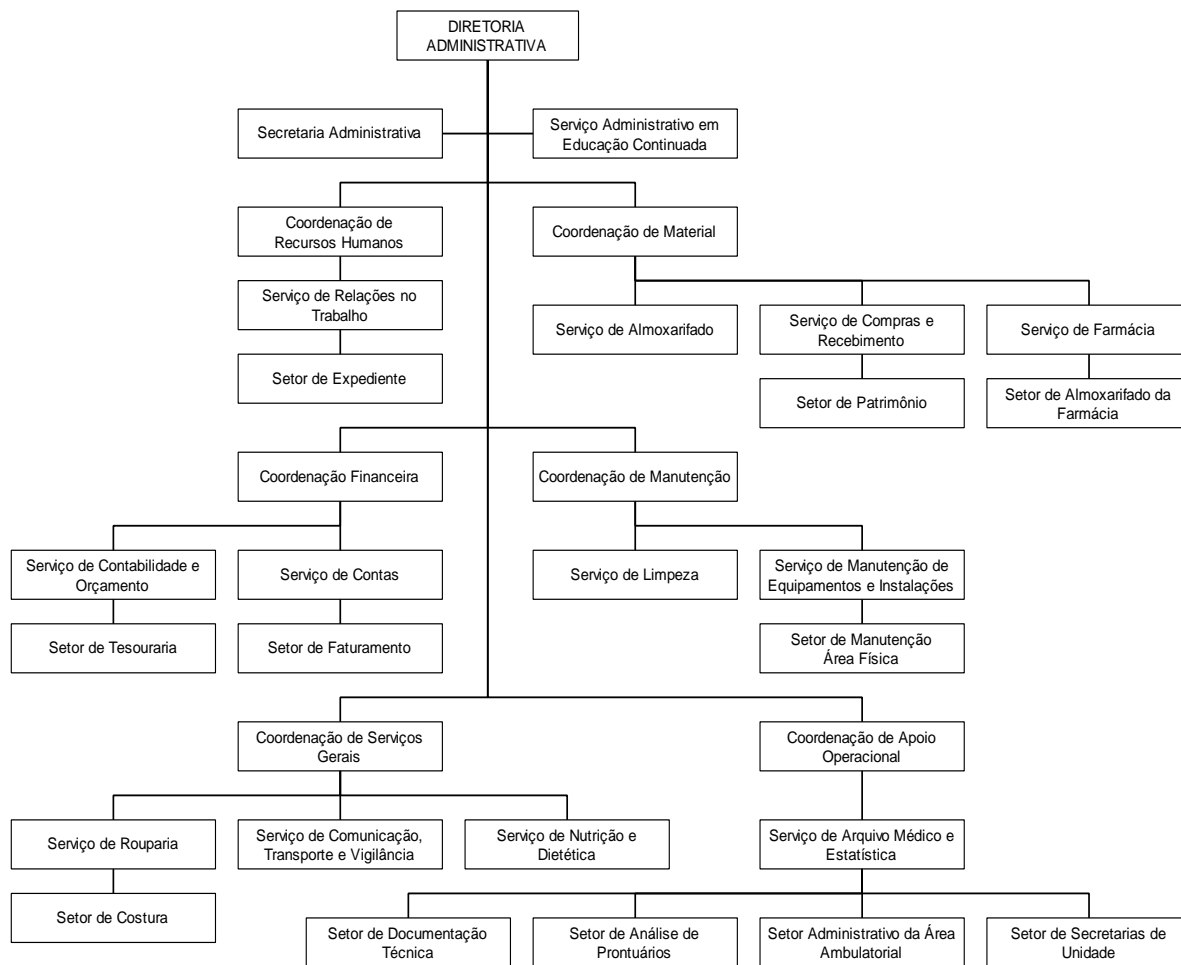
Fonte: COPLAD/PROPLAN/UFSM, 13 agosto 2013

Fonte: Coordenadoria de Planejamento Administrativo da UFSM.

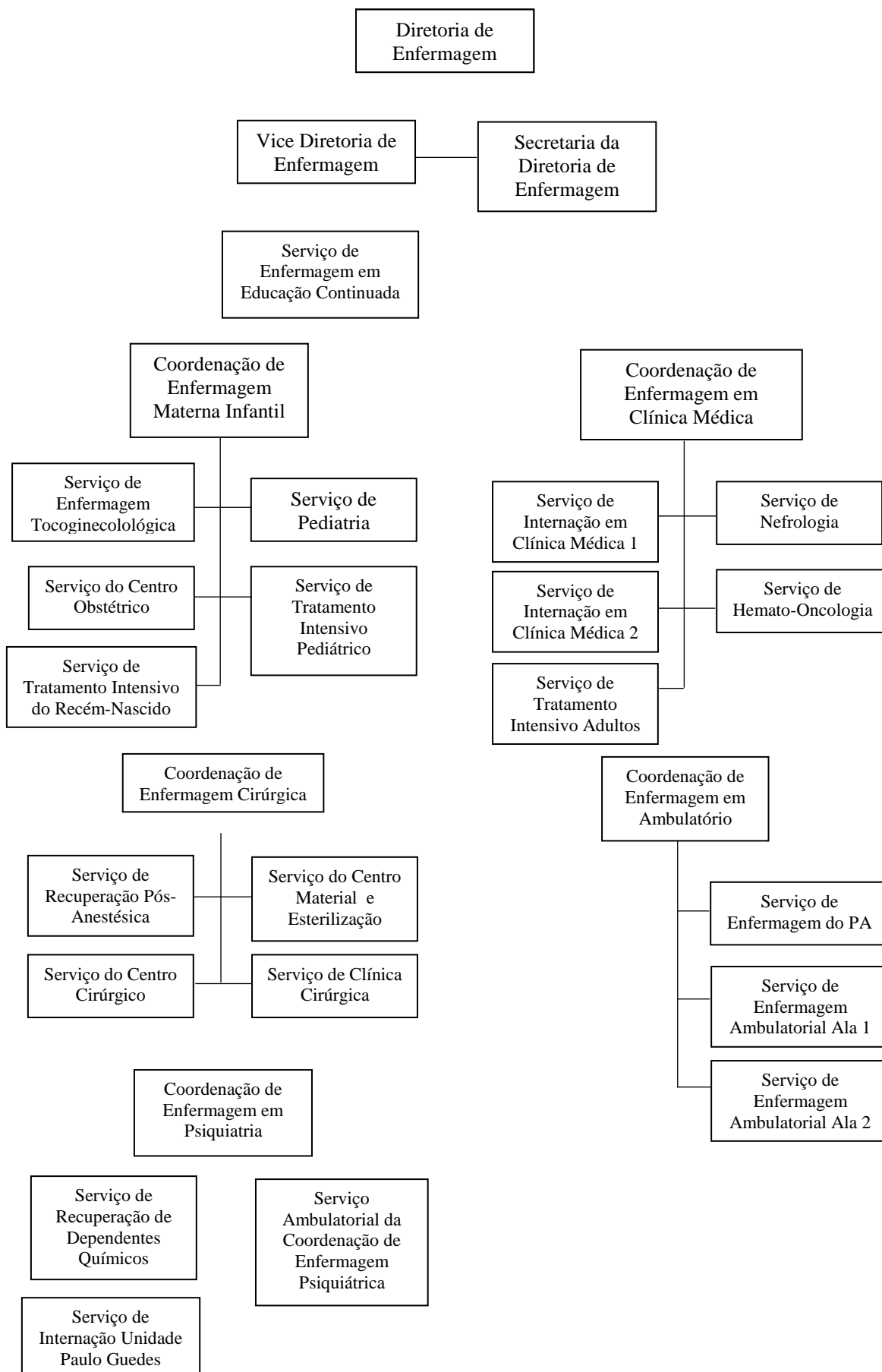
ANEXO 3 – ORGANOGRAMA DA DIRETORIA CLÍNICA



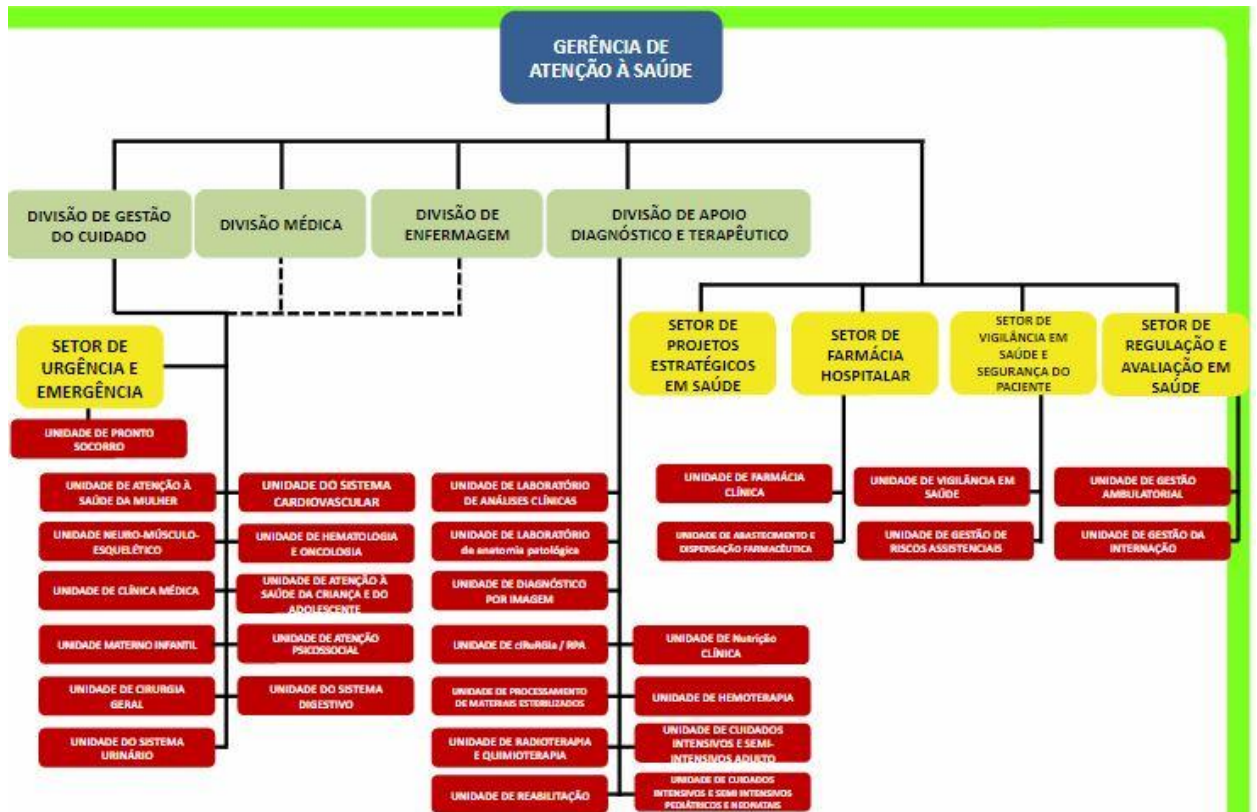
ANEXO 4 – ORGANOGRAMA DA DIRETORIA ADMINISTRATIVA



ANEXO 5 – ORGANOGRAMA DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM



ANEXO 6 – GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE



ANEXO 7 – GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA

ANEXO 8 – TABELA RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS DO HUSM NAS GESTÕES UFISM/HUSM E EBSEH/HUSM

Órgão de Origem	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	2016*
Ministério Educação	59.025.490,08	125.112.557,61	124.176.892,08	149.955.735,36	158.654.720,47	166.566.832,95	181.754.451,20	197.828.325,39	207.823.837,88
Ministério Saúde	30.960.267,76	33.646.350,41	43.576.390,57	61.655.949,39	72.270.505,36	61.489.724,34	68.923.279,59	65.083.381,35	65.554.139,64
Total	89.985.757,84	158.758.908,02	167.753.282,65	211.611.684,75	230.925.225,83	228.056.557,29	250.667.730,79	262.911.706,74	273.377.977,52

Fonte: Elaborado pela autora com base nos Balancetes de Verificação do SIAFI e Relatório do Tesouro Gerencial.

Nota: *Nos anos de 2015 e 2016 é apresentado o somatório dos saldos de materiais permanentes das UGs 153610 e 155125

A tabela apresenta valores não corrigidos pela inflação.

ANEXO 9 – TABELA RECEITA DA CONTRATUALIZAÇÃO NAS GESTÕES UFSM/HUSM E EBSERH/HUSM

Receita	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	2016*
Valor Produzido	25.218.926,97	27.458.419,20	36.080.934,24	35.034.874,71	33.956.405,81	35.374.236,16	37.424.602,61	40.671.928,13	42.959.802,51	44.562.920,53
Valor Aprovado	25.173.559,54	25.927.406,17	32.108.949,84	32.916.855,60	31.367.269,51	30.123.481,28	28.761.114,02	33.400.390,86	37.771.654,18	41.285.427,80
Diferenças	45.367,43	1.531.013,03	3.971.984,40	2.118.019,11	2.589.136,30	5.250.754,88	8.663.488,59	7.271.537,27	5.188.148,33	3.277.492,73

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Relatório do Setor de Estatística do HUSM.

Nota: Foi considerada a produtividade anual em Internações e Serviços Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade, conforme Tabelas SIH/SUS e SIA/SUS (Receita da Contratualização Parte Variável).

Gestão UFSM/HUSM: nos anos de 2007 a 2014 e Gestão EBSERH/HUSM nos anos de 2015 e 2016. A tabela apresenta valores não corrigidos pela inflação.

**ANEXO 10 – TABELA SALDO ANUAL DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DE USO PERMANENTE DO HUSM NAS GESTÕES
UFSM/HUSM E EBSERH/HUSM**

Material	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	2016*
Mobiliário	1.736.868,46	1.736.868,46	1.754.142,46	1.754.142,46	1.889.623,04	4.138.594,52	4.421.383,33	4.555.195,17	4.907.085,07
Equip.Médicos, Odont., Lab. e Hospitalares	11.171.189,75	13.404.310,13	19.106.612,46	19.731.698,49	21.933.889,04	26.755.522,62	28.819.055,29	32.176.542,29	33.457.730,61
Equip. de Tecnologia de Informação e Comunicação	1.508.434,86	1.711.322,50	2.032.156,50	2.036.123,50	2.107.683,70	2.588.411,70	2.635.982,12	2.736.282,12	2.736.282,12
Outros Equip.	1.524.132,85	2.552.654,62	2.959.899,83	2.969.202,55	4.653.860,21	5.894.241,70	6.352.273,58	6.799.406,99	6.799.406,99
Total	15.940.625,92	19.405.155,71	25.852.811,25	26.491.167,00	30.585.055,99	39.376.770,54	42.228.694,32	46.267.426,57	47.900.504,79

Fonte: Elaborado pela autora com base nos Balancetes de Verificação do SIAFI e Relatório do Tesouro Gerencial.

Nota: *Nos anos de 2015 e 2016 apresenta-se o somatório dos saldos de bens permanentes nas UGs 153610 e 155125

A tabela apresenta valores não corrigidos pela inflação.

ANEXO 12 – TABELA SALDO ANUAL DE ESTOQUES DO HUSM NAS GESTÕES UFSM/HUSM E EBSERH/HUSM

Material	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	2016*
M. Farmac.	1.637.314,55	1.413.924,80	1.580.452,14	4.052.301,32	5.298.423,42	7.006.156,92	5.186.739,11	197.838,59	3.095,32
M. Hospitalar	1.405.436,33	1.628.974,84	1.605.271,10	2.133.914,60	3.130.713,02	4.041.268,40	3.898.419,05	1.524.272,09	80.178,06
Outros Materiais	1.436.082,55	1.216.550,12	1.072.831,07	1.388.880,72	1.601.172,14	2.306.691,31	2.337.573,60	2.200.774,48	1.779.388,78
Total	4.478.833,43	4.259.449,76	4.258.554,31	7.575.096,64	10.030.308,58	13.354.116,63	11.422.731,76	3.922.885,16	1.862.661,73

Fonte: Elaborado pela autora com base nos Balancetes de Verificação do SIAFI e Relatório do Tesouro Gerencial.

Nota: *Nos anos de 2015 e 2016 apresenta-se o somatório dos saldos de estoques das UGs 153610 e 155125

A tabela apresenta valores não corrigidos pela inflação.

**ANEXO 13 – TABELA DESPESAS DO HUSM POR GRUPO DE NATUREZA DA DESPESA NAS GESTÕES UFSM/HUSM E
EBSERH/HUSM**

Unidade Gestora/Despesa	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Pessoal e Encargos	46.514.797,65	48.662.335,24	73.053.016,66	79.135.621,17	120.506.688,54	124.083.502,60	137.328.111,54	152.739.809,69	157.272.320,14	168.814.339,00
153610 Outras D. Correntes	34.496.414,30	37.555.229,85	44.434.970,77	43.926.115,55	56.430.270,64	60.282.684,90	88.095.807,29	95.763.356,94	48.864.184,67	22.905.536,91
HUSM Investimentos	535.232,26	237.630,88	3.738.517,74	1.927.334,99	1.592.261,53	20.523.285,79	11.130.045,93	1.521.423,98	3.681.034,91	285.522,91
Total	81.546.444,21	86.455.195,97	121.226.505,07	124.979.071,71	178.529.220,71	204.889.473,29	236.553.964,76	250.024.590,61	209.817.539,72	192.005.398,82
Pessoal e Encargos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
155125 Outras D. Correntes	-	-	-	-	-	-	-	-	43.661.952,53	75.054.179,58
EBSERH Investimentos	-	-	-	-	-	-	-	-	837.199,00	1.782.518,25
Total	-	-	-	-	-	-	-	-	44.499.151,53	76.836.697,83
Total	81.546.444,21	86.455.195,97	121.226.505,07	124.979.071,71	178.529.220,71	204.889.473,29	236.553.964,76	250.024.590,61	254.316.691,25	268.842.096,65

Fonte: Fonte: Elaborado pela autora a partir do Quadro III do Relatório TC 017.936/2009-1, para informações dos anos de 2007 e 2008 (TCU, 2009), e consulta em Gastos Diretos Por Órgão Executor para o período de 2009 a 2016 no Portal de Transparência do Governo Federal.

Nota: A tabela apresenta valores não corrigidos pela inflação.