



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“O Processo de Intervenção Federal no Município do Rio de Janeiro: possibilidades de inovação na gestão e a condição dos recursos humanos nos hospitais refederalizados”

por

Adriana Maiarotti Justo

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de
Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa

Rio de Janeiro, agosto de 2008.

Esta dissertação, intitulada

***“O Processo de Intervenção Federal no Município do Rio de Janeiro:
possibilidades de inovação na gestão e a condição dos recursos humanos nos
hospitais refederalizados”***

apresentada por

Adriana Maiarotti Justo

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Eliana Claudia de Otero Ribeiro

Prof.^a Dr.^a Maria Inês Carsalade Martins

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 12 de agosto de 2008.

FICHA CATALOGRÁFICA

J96p Justo, Adriana Maiarotti
O processo de intervenção federal no Município do Rio de Janeiro: possibilidades de inovação na gestão e a condição dos recursos humanos nos hospitais refederalizados. / Adriana Maiarotti Justo. Rio de Janeiro: s.n., 2008.
156 p.

Orientador: Costa, Nilson do Rosário
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

1. Intervenção Legal. 2. Administração de Recursos Humanos em Hospitais. 3. Administração Pública. 4. Unidades Hospitalares. 5. Modernização do Setor Público. I. Título.

CDD - 22.ed. – 658.15932

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao meu marido Fábio.

Obrigada pelo carinho, companheirismo,

pelas palavras de incentivo, pelos

momentos únicos e por “ter nos

braços” o melhor lugar

do mundo.

*Justo quando a lagarta achava que o mundo tinha acabado,
ela virou uma borboleta.*

Lamartine Babo

AGRADECIMENTOS

À Deus, minha guia e seus mensageiros pelas oportunidades, aprendizados e por estarem sempre por perto irradiando luz e energia.

Ao meu orientador Nilson do Rosário Costa pela compreensão e por me conduzir na elaboração desse estudo, estimulando questionamentos fundamentais que enriqueceram esse trabalho e a minha trajetória profissional.

À Maria Inês Martins, Eliana Claudia Otero, Tânia Celeste Nunes e José Mendes Ribeiro pela atenção, cuidado e disponibilidade em receber o meu trabalho.

À querida Tânia Celeste, em especial, por estar ao meu lado, dar a mão, oferecer suporte e pela oportunidade profissional. Sem mencionar os “trabalhos cobertos com muito açúcar”.

Aos profissionais do DGH que tão gentilmente disponibilizaram dados importantes para elaboração desse trabalho, pela compreensão, cuidado e profissionalismo com que conduzem suas atividades.

Ao professor Victor Grabois pela atenção e carinho.

Aos diretores e profissionais dos hospitais estudados pela disponibilidade na coleta de informações e na aplicação do questionário.

Aos profissionais da Escola de Governo da ENSP em especial ao grupo REGESUS: Tânia Celeste, Francisco Salazar, Rosangela Carvalho, Inácio Motta, Roberta Gondim e Gustavo Zoio pelo cuidado com que sempre cuidaram de mim, pela confiança e aprendizado.

Aos professores José Inácio Motta e Marina Noronha, coordenadores do curso de Especialização em Saúde Pública da ENSP, únicos responsáveis, com tamanha maestria, pela minha inserção de forma tão especial no campo da saúde pública.

À Mônica Reis e Maria Emília Duarte pelo apoio indispensável e pela constante porta aberta.

Aos professores e colegas da ENSP, em especial à turma do Curso de Especialização em Saúde Pública de 2005, principalmente à Alice Pereira, Gustavo Zoio e Estevão Scheydegger.

À Rosana Caiado e Priscilla Barna pelas correções desse trabalho.

Ao meu marido Fábio Justo pelo amor e compreensão nos momentos de elaboração desse trabalho.

Aos meus pais Lucia Maiarotti e Eduardo Maiarotti, e meu irmão Rodrigo Maiarotti por serem tão especiais e por me ensinarem honestidade, simplicidade, confiança e principalmente que cada caminho deve ser direcionado pelas batidas do coração.

À minha Dinda Regina Marconi por solucionar falácias, pela ajuda nesse trabalho e por me mandar ir ao supermercado.

À toda minha família, avó, tios e primos, hoje ampliada, pelo espaço de divertimento, crescimento e aprendizado.

À Alessandra Justo, Bruno Justo e Raquel Justo que tão especialmente me ajudaram nesse trabalho, me deram a oportunidade de ser madrinha e me apresentaram a margarida mais linda de todos os jardins.

À Vanda Justo e José Roberto Justo por fazerem parte da minha vida e por estarem sempre por perto com muito carinho.

À querida prima Fernanda Lima que carinhosamente apresentou sua “terra” e dividiu a ansiedade de finalização do mestrado.

À amiga e irmã Patrícia Bruce pela amizade desde o bebedouro da escolinha e pela ajuda na finalização desse trabalho.

À teacher Isabel Castanho por ser tão especial em minha vida e pela disponibilidade em cuidar de mim e do meu trabalho.

À amiga Ana Maria Franqueira pelo carinho, apoio e cuidado com que sempre esteve ao meu lado e cuidou de mim desde o dia em que nos conhecemos.

Ao meu eterno amigo Jorge Pastor por se fazer sempre tão presente na minha caminhada profissional, saudades.

Aos Amigos Márcio Domingues e Andrea Martins por me acolherem no início da minha caminhada profissional e por me ensinarem o valor do companheirismo.

Às amigas Juliana Lauria e Mirella Louise pela amizade que ultrapassa distância e tempo.

À amiga Loise Vasconcellos pelo carinho, companheirismo, confiança e incessante cuidado comigo.

Aos meus pacientes pela compreensão e carinho.

À todos os pacientes dos hospitais estudados pela coragem com que seguem suas vidas, sendo para vocês o objetivo maior e final de elaboração desse estudo.

RESUMO

Em 2005, o município do Rio de Janeiro passou por um processo de intervenção federal que atuou sobre quatro hospitais municipalizados e dois hospitais de propriedade desse município. Algumas das justificativas se direcionavam para a insuficiência de medicamentos, equipamentos e principalmente de recursos humanos. O presente estudo investigou em que medida a intervenção federal disponibilizou ferramentas de gestão de recursos humanos às quatro unidades que foram refederalizadas, ou se apenas se deteve à estratégias emergenciais necessárias, como o decreto de calamidade, mas não propositivas de agendas inovadoras político-administrativas. Foi realizada uma aproximação à teoria dos custos de transação e sua relação com a administração pública vigente no país, calcada no viés burocrático. As unidades hospitalares foram apresentadas com base em documentos do DGH e a análise da composição e vinculação dos recursos humanos, iluminada pela precarização e instabilidade dos vínculos trabalhistas que marcaram os anos 90, demonstrou uma composição híbrida de vínculos representada pelo mosaico federal-municipal-temporário, apontando instabilidade na governabilidade federal. A aplicação do questionário informou que a gestão dos recursos humanos ainda é incipiente, pois os hospitais não possuem autonomia para definir remuneração, benefícios, incentivos, admissão, demissão e capacitação. Por fim, um novo embate político, no período de finalização desse trabalho, entre os entes federal e municipal foi marcado pela convocação realizada pela prefeitura dos profissionais municipais que atuavam nas unidades refederalizadas, e pela convocação federal dos profissionais que trabalhavam em unidades municipais, remontando o cenário político da intervenção federal que enfraquece as alianças entre os entes federativos, o debate de reforma do Estado e principalmente a oferta de atendimento qualificado e humanizado às demandas da população.

Palavras-Chave: Intervenção Legal, Administração de recursos humanos em hospitais, administração pública, unidades hospitalares, modernização do setor público.

ABSTRACT

In 2005 the municipality of Rio de Janeiro underwent a federal intervention process on four of its municipalized hospitals and two of its municipal hospitals. Some of the reasons for such intervention were due to the lack of medications, equipment and human resources. The present study investigated in what ways the federal intervention provided management tools of human resources to the four units that were refederalized, or if it only detained itself to the necessary emergency strategies, as decree of calamity, but not to the purposes of innovative political-administrative agendas. An approximation to the theory of transactional costs was made and its relation to the present public administration in the country, based on bureaucratic formalities. The hospital units were presented based on DGH documents and the analysis of the composition and bonds of human resources, highlighted by the weakness and instability of work bonds that mark the 1990s, demonstrated a hybrid composition of connections based upon the federal-municipal- temporary mosaic, showing instability on behalf of the federal government. The application of the questionnaire informed that the management of human resources is still incipient, once the hospitals do not have autonomy to define remuneration, to provide benefits, incentives, to admit, dismiss and equip personnel. Finally, a new political conflict, at the end of this project, between municipal and federal entities was marked by the municipality's convocation of municipal employees that worked in the refederalized units, and by the convocation of federal employees that worked in the municipal units, rebuilding the political scenario of federal intervention which weakens allegiances between federal entities, the State reform debate and principally the supply of qualified and humane services to attend population demands.

Key words: Legal Intervention, human resources administration in hospitals, public administration, hospitals, public modernization.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CBC	Colégio Brasileiro de Cirurgiões
CGU	Controladoria Geral da União
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DASP	Departamento Administrativo do Serviço público
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DGH	Departamento de Gestão Hospitalar
HA	Hospital do Andaraí
HI	Hospital de Ipanema
HJ	Hospital de Jacarepaguá
HL	Hospital da Lagoa
HUMANIZASUS	Humanização da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde
IAPC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes
IAPB	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MD	Ministério da Desburocratização
NERJ	Núcleo do Estado do Rio de Janeiro
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PG	Prontuário Gerencial
PGHA	Prontuário Gerencial do Hospital do Andaraí
PGHI	Prontuário Gerencial do Hospital de Ipanema
PGHJ	Prontuário Gerencial do Hospital de Jacarepaguá
PGHL	Prontuário Gerencial do Hospital da Lagoa
PNH	Política Nacional de Humanização
PrND	Programa Nacional de Desburocratização
QUALISUS	Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial

SIH	Sistema de Informações Hospitalar
SEMOR	Secretaria de Modernização
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TMGH	Taxa de Mortalidade Geral Hospitalar
TMP	Tempo Médio de Permanência
TOH	Taxa de Ocupação Hospitalar
UFF	Universidade Federal Fluminense

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADROS

Quadro I - Autonomia e limites para a tomada de decisão nos hospitais de administração pública direta no Brasil - 1990.....	16
Quadro II - Comparação entre a administração pública burocrática e gerencial.....	22
Quadro III - Comparação entre os setores do Estado e as formas de administração pública burocrática e gerencial.....	36
Quadro IV - Síntese das principais informações dos quatro hospitais refederalizados.....	65
Quadro V - Síntese das informações sobre a gestão nos hospitais refederalizados.....	127
Quadro VI - Síntese das informações sobre a gestão de recursos humanos nos hospitais refederalizados.....	130

TABELAS

Tabela I – Recursos Humanos do Hospital do Andaraí.....	45
Tabela II – Recursos Humanos da emergência do Hospital do Andaraí.....	47
Tabela III – Recursos Humanos do Hospital de Ipanema.....	52
Tabela IV – Recursos Humanos do Hospital de Jacarepaguá.....	57
Tabela V – Recursos Humanos do Hospital da Lagoa.....	63
Tabela VI – Percentual de profissionais por nível de formação - HA.....	74
Tabela VII - Percentual por categoria e vínculo de trabalho - HA.....	75
Tabela VIII - Comparação por categoria e vínculo federal com a soma dos vínculos municipais e temporários - HA.....	76
Tabela IX – Percentual de profissionais por nível de formação - HI.....	78
Tabela X – Percentual por categoria e vínculo de trabalho - HI.....	79
Tabela XI - Comparação por categoria e vínculo federal com a soma dos vínculos municipais e temporários - HI.....	80
Tabela XII – Percentual de profissionais por nível de formação - HJ.....	82
Tabela XIII - Percentual por categoria e vínculo de trabalho - HJ.....	83
Tabela XIV - Comparação por categoria e vínculo federal com a soma dos vínculos municipais e temporários - HJ.....	84
Tabela XV - Percentual de profissionais por nível de formação - HL.....	85
Tabela XVI – Percentual por categoria e vínculo - HL.....	86
Tabela XVII - Comparação por categoria e vínculo federal com a soma dos vínculos municipais e temporários - HL.....	87
Tabela XVIII - Síntese das quatro unidades hospitalares por categoria e vínculo de trabalho.....	90

SUMÁRIO

Resumo	ix
Abstract	x
Lista de siglas e abreviaturas	xi
Lista de quadros e tabelas	xiii
Sumário	xiv
Introdução	1
Objetivo, Problema e Contexto	1
Metodologia	11
Desenho de estudo e recursos utilizados	17
Capítulo 1 Da Crise ao Processo de Reforma do Estado	19
1.1- Histórico da Administração Pública Burocrática e Gerencial Brasileira	23
1.2 - A Crise do Estado Brasileiro	26
1.3 - Governança e Governabilidade: Conceitos Essenciais	27
1.4 - A Administração Pública na Constituição Federal de 1988 e as Propostas Recentes de Reforma do Estado	30
Capítulo 2 As Unidades Hospitalares Refederalizadas	38
2.1 - O Hospital Geral do Andaraí	39
2.2 - O Hospital Geral de Ipanema	48
2.3 – O Hospital Geral de Jacarepaguá	53
2.4 - O Hospital Geral da Lagoa	59
Capítulo 3 Os Recursos Humanos e o Mosaico dos Vínculos de Trabalho nas Quatro Unidades Refederalizadas	70
3.1 - Os Recursos Humanos nos Hospitais Refederalizados: Quantitativo e Vínculos de Trabalho com a Unidade	73
3.2 - O mosaico dos vínculos de trabalho e a insustentabilidade da representação federal	88
Capítulo 4 A Investigação de Campo nas Quatro Unidades Refederalizadas	94
4.1 – A entrevista no Hospital do Andaraí	97
4.2 – A entrevista no Hospital de Ipanema	109
4.3 - A entrevista no Hospital de Jacarepaguá	117
4.4 - A entrevista Informal	121
4.5 - Síntese dos Dados Coletados dos Hospitais Refederalizados	125
Considerações Finais	131
Bibliografia	136
Anexo I	141
Anexo II	144
Anexo III	160

INTRODUÇÃO

OBJETIVO, PROBLEMA E CONTEXTO

O presente estudo possui como objetivo investigar o processo de intervenção federal realizado em 2005 no município do Rio de Janeiro, buscando identificar as inovações de gestão disponibilizadas às quatro unidades refederalizadas.

Dentre as ferramentas gerenciais que possam ter sido disponibilizadas a essas unidades hospitalares, esse estudo destaca os instrumentos de gestão de recursos humanos como o principal viés de análise.

Diante de tal objetivo, a investigação questiona em que medida o processo de intervenção federal no município do Rio de Janeiro se constituiu como movimento disparador de inovações na gestão dos recursos humanos, ou se apenas esteve comprometido em estabelecer movimentos de caráter emergencial e temporário.

O processo de intervenção federal decorreu da definição de crise observada na rede pública hospitalar. A situação de crise já vinha sendo divulgada na mídia e debatida por profissionais do campo da saúde. Contudo, esta se agravou no final de fevereiro de 2005, quando a prefeitura do município do Rio de Janeiro suspendeu o atendimento de emergência em dois de seus hospitais, o Hospital Geral de Jacarepaguá e o Hospital Geral do Andaraí (Folha de São Paulo On line, 20/04/2005).

A principal justificativa apontada pela prefeitura do município foi a insuficiência dos repasses financeiros do Ministério da Saúde para o custeio das unidades que

havam sido municipalizadas em 1999, sendo o fechamento de suas emergências a única solução encontrada pela prefeitura (Folha de São Paulo On line, 20/04/2005).

As discussões e impasses políticos já permeavam as relações entre os dois entes federativos, municipal e federal, antes do fechamento das emergências dos Hospitais do Andaraí e Jacarepaguá. No entanto, diante da crise no sistema hospitalar público daquele município, o embate político envolvendo o Ministério da Saúde, representado na época pelo Ministro Humberto Costa, e a Prefeitura do Rio de Janeiro, representada pelo prefeito César Maia foi intensificado (Jornal O Globo, 29/01/2005).

Para justificar a precariedade nas unidades hospitalares municipalizadas, como a falta de aparelhos e de medicamentos, além do atraso no pagamento dos fornecedores com diversos contratos vencidos, o prefeito César Maia declarava que o Ministério da Saúde havia municipalizado o Hospital Geral do Andaraí, o Hospital Geral de Ipanema, o Hospital Geral de Jacarepaguá e o Hospital Geral da Lagoa. Contudo, não havia repasse financeiro mensal suficiente para a manutenção dessas unidades (Jornal O Globo, 29/01/2005).

O Ministério da Saúde respondia as acusações declarando que a prefeitura não havia conseguido demonstrar tecnicamente a necessidade de maiores aportes de recursos financeiros para investimentos nos hospitais que haviam sido municipalizados (Jornal O Globo, 29/01/2005).

O mesmo jornal descrevia que o então presidente do sindicato dos médicos, Jorge Darze, e a presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, Márcia Rosa de Araújo, apontavam a precariedade das unidades hospitalares da rede municipal, incluindo os hospitais que haviam sido municipalizados, e solicitavam

ao Ministro da Saúde uma intervenção federal nesse município (Jornal O Globo, 29/01/2005).

A situação de crise instalada nas unidades hospitalares do município ainda gerava maiores preocupações com a proximidade do feriado do carnaval, momento em que, de modo geral, os hospitais recebem maior número de pacientes. As notícias mostravam que a falta de materiais básicos e de equipamentos para assistência nas emergências dos hospitais municipais ameaçavam o atendimento à população (Jornal do Brasil, 01/02/2005).

O secretário municipal de saúde na época, Ronaldo Cezar Coelho, pedia desculpas à população e aos servidores que estariam trabalhando de forma heróica e esclarecia ainda que as negociações entre a Prefeitura e Ministério da Saúde seriam homologadas na justiça para que os responsáveis pudessem ser cobrados pelos cidadãos (Jornal O Globo, 03/02/2005).

O jornal também informava que o município do Rio de Janeiro teria deixado de receber repasses financeiros do Ministério da Saúde, uma vez que não havia investido em programas de saúde bucal, saúde da família e agente comunitário. Nessa oportunidade, o ministro da saúde Humberto Costa declarava que estava aberto a negociações e revisão dos valores repassados ao município, desde que a prefeitura investisse em programas essenciais pactuados com a esfera federal (Jornal O Globo, 03/02/2005).

Durante todo o mês de fevereiro e início do mês de março de 2005, os jornais noticiaram a precariedade das condições dos hospitais da rede municipal do Rio de Janeiro, incluindo principalmente aqueles que haviam sido municipalizados em 1999.

Inúmeras acusações de ambas as instâncias federativas, municipal e federal, foram difundidas na imprensa, apresentando um embate político que decidiria o futuro da gestão da rede pública hospitalar no município do Rio de Janeiro.

Dessa forma, o que de fato pode ser percebido durante o período que antecipou a efetiva instauração do processo de intervenção federal no município do Rio de Janeiro para além de discussões relevantes quanto à assistência que vinha sendo oferecida à população foi um embate/debate político predominantemente marcado por uma disputa de convencimento e poder, entre o Ministério da Saúde e a Prefeitura do Rio de Janeiro.

Diante dessa perspectiva, no dia 10 de março de 2005, foi promulgado o processo de intervenção federal no município do Rio de Janeiro por meio do decreto presidencial 5.392 (Anexo I), sob a alegação de que estava caracterizado estado de calamidade pública no Sistema Único de Saúde (SUS) desse município.

O processo de intervenção federal atuou em hospitais que haviam sido municipalizados, e ainda em dois hospitais que pertenciam à rede assistencial de saúde de propriedade do município do Rio de Janeiro, sendo estes o Hospital Municipal Souza Aguiar e Hospital Municipal Miguel Couto.

O texto do decreto 5.392 descreve que o estado de calamidade no setor hospitalar do município do Rio de Janeiro podia ser evidenciado pela deficiência das ações e serviços de saúde, chegando a uma configuração dramática com notório prejuízo do atendimento na rede hospitalar e nas unidades de saúde, promovendo grave risco à preservação da vida humana.

Diante dessa configuração, considerando que o Estado do Rio de Janeiro estava habilitado na gestão plena do sistema de saúde, que a necessidade de ações

para atendimento emergencial em saúde se faziam necessárias naquele município, e que tal conjuntura impunha ao governo federal a adoção de medidas urgentes e especiais, o artigo 1º do decreto 5.392 de 2005 formaliza o estado de calamidade no setor hospitalar do SUS do município do Rio de Janeiro.

O artigo 2º desse decreto determina que, enquanto perdurar o estado de calamidade, os bens, os serviços e os servidores do Hospital Geral do Andaraí, do Hospital Geral de Ipanema, do Hospital Geral de Jacarepaguá, do Hospital Geral da Lagoa, do Hospital Municipal Souza Aguiar e do Hospital Municipal Miguel Couto ficam sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, que pode ainda requisitar outros serviços de saúde públicos ou privados e recursos financeiros relacionados à gestão das unidades, com vistas a normalizar o atendimento nesses hospitais.

Como uma das especificidades principais desse decreto, o artigo 3º autoriza o Ministério da Saúde a realizar compras emergenciais de equipamentos, medicamentos, insumos e suprimentos com dispensa de licitação conforme disposto no artigo 24º, inciso IV da lei 8.666 de 21 de junho de 1993, que dispõe sobre as normas para licitação e contratos da administração pública entre outras providências.

“É dispensável a licitação nos casos de emergência ou calamidade pública, quando caracterizada urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares, e somente para os bens necessários ao atendimento da situação emergencial ou calamitosa e para as parcelas de serviços que possam ser concluídas no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos e ininterruptos, contados da ocorrência da emergência ou calamidade, vedada a prorrogação dos respectivos contratos” (Lei 8.666, 1993).

Outra especificidade do decreto é encontrada no artigo 5º que autoriza o Ministério da Saúde, durante o período que perdurar o estado de calamidade, a

contratar profissionais por vinculação temporária, conforme a lei 8.745 de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público (Decreto 5.392, 2005).

O artigo 2º, inciso I da lei 8.745, descreve que as situações de calamidade podem ser consideradas como necessidades temporárias de excepcional interesse público (Lei 8.745, 1993).

A premissa de uma situação de calamidade na rede hospitalar do município do Rio de Janeiro teve elevada aceitação na opinião pública, diante da percepção generalizada da baixa qualidade e ineficiência da assistência hospitalar oferecida aos cidadãos (Costa, 2005a).

Segundo Costa, a situação de crise em que se encontravam as quatro unidades hospitalares promovia uma desorganização importante no sistema de saúde do município, uma vez que se destinam a atendimentos de média e alta complexidade e ao suporte de cuidados emergenciais à população (Costa, 2005a).

A condição de calamidade pública foi caracterizada principalmente pela escassez de recursos humanos e de medicamentos nas farmácias das unidades, pela falta ou pelas péssimas condições de uso dos equipamentos para o atendimento hospitalar e por um sistema de atenção básica mal estruturado, acarretando maior demanda de pacientes para os centros de emergência hospitalares (Costa, 2005a).

Dentre as providências estabelecidas pelo processo de intervenção, pode ser citado o processo seletivo simplificado para a contratação rápida de profissionais de saúde, além da ampliação do número de atendimentos dos ambulatórios e do SAMU,

a organização de hospitais de campanha, o abastecimento de medicamentos nas farmácias dos hospitais sob intervenção e a recuperação de equipamentos necessários à rotina dessas unidades (Costa, 2005a).

Dentre algumas das ações, segundo Costa, do processo de intervenção federal nos hospitais do município do Rio de Janeiro é possível apontar:

“a- permitiu aos interventores federais realizar compras emergenciais com dispensa de licitação e contratação temporária de pessoal sem concurso público; b- impôs a requisição, para atender ao denominado ‘estado de calamidade’, de quatro hospitais municipalizados (Hospital da Lagoa, Hospital do Andaraí, Hospital de Jacarepaguá - Cardoso Fontes - e Hospital de Ipanema) e de dois dos principais hospitais de propriedade municipal (Hospital Souza Aguiar e Hospital Miguel Couto), incluindo bens, serviços e servidores; c- levou a desabilitação da gestão plena do sistema de saúde municipal, passando a gestão para a responsabilidade do Estado do Rio de Janeiro” (Costa, 2005a, p.1).

O processo de intervenção federal durou quarenta e dois dias, quando em 20 de abril de 2005 os ministros do Supremo Tribunal Federal (STF) consideraram inconstitucional, por unanimidade, a intervenção do governo federal nos dois hospitais municipais, Souza Aguiar e Miguel Couto.

O plenário concedeu relevância e consistência ao mandado de segurança impetrado pela prefeitura do município do Rio de Janeiro, aceitando a alegação de violação constitucional quanto à autonomia federativa da capital fluminense, uma vez que esses dois hospitais sempre pertenceram à rede municipal de saúde, ao contrário das outras unidades hospitalares que haviam sido cedidas à administração municipal.

Nesse sentido, o decreto foi declarado inconstitucional em seu artigo 2º, parágrafos 1 e 2, na medida em que autorizavam a requisição pelo Ministério da Saúde de serviços e recursos financeiros de propriedade do município.

“Artigo 2º, enquanto perdurar o estado de calamidade referido, ficam requisitados pelo Ministério da Saúde, os bens, serviços e servidores afetos aos seguintes hospitais:...V- Hospital Municipal Souza Aguiar, VI- Hospital Municipal Miguel Couto. ∞1º Se necessário, o Ministério da Saúde poderá também requisitar outros serviços públicos e privados disponíveis, com vistas ao restabelecimento da normalidade dos atendimentos. ∞2º O Ministro de Estado da Saúde poderá requisitar, ainda, todos os recursos financeiros afetos à gestão de serviços e ações que se fizerem necessárias aos hospitais a que se refere este artigo” (Decreto 5.392, 2005).

Os parágrafos do artigo 2º foram considerados inconstitucionais na medida em que feriam o artigo 30º da Constituição Federal em seu inciso III, que dispõe sobre as competências dos municípios, dentre elas: *“Instituir e arrecadar os tributos de sua competência, bem como aplicar suas rendas, sem prejuízo da obrigatoriedade de prestar contas e publicar balancetes nos prazos fixados em lei”*. Tais parágrafos ainda desconsideravam a diretriz de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, regulamentada pelo artigo 198 inciso I, também da Constituição Federal (Constituição Federal, 1988).

A diretriz da descentralização desconsiderada pelo referido decreto possui relevância significativa para o SUS, na medida em que trouxe importantes avanços para a redistribuição de funções entre os entes federativos. Tal processo redefiniu o papel de cada esfera de governo, visando, dessa forma, que a qualidade da assistência e o estabelecimento das prioridades fossem facilitados quanto mais a gestão estivesse próxima do processo (Costa, 2005b).

Através da descentralização, os municípios ganharam maior autonomia para, como previsto na lei 8080 de 19 de setembro de 1990, artigo 18º, incisos I e II, *“planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, e gerir e executar os serviços públicos de saúde”*, além de *“participar do planejamento,*

programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual” (Lei 8080, 1990).

Nessa perspectiva, sendo a descentralização uma das diretrizes fundamentais da Constituição Federal, a União não poderia, tendo em vista o princípio da autonomia federativa, se apossar de serviços ou bens de outro ente público, mesmo subsidiada por um decreto presidencial.

Diante da inconstitucionalidade do artigo 2º do decreto 5.392, os quatro hospitais antes municipalizados retornaram em definitivo para a administração federal por um processo de refederalização, e os dois hospitais municipais mantiveram-se sob a gestão do município do Rio de Janeiro.

Entretanto, apesar de o STF ter considerado relevante e consistente o mandado de segurança da prefeitura é importante ressaltar que apenas o artigo 2º desse decreto foi considerado inconstitucional, mantendo-se os demais artigos e disposições do decreto presidencial 5.392 vigentes até os dias atuais.

Diante da manutenção desse decreto, pretende-se estabelecer ao longo deste estudo um balanço das lições que a intervenção trouxe para o aperfeiçoamento da gestão de recursos humanos nos hospitais públicos brasileiros.

Costa apresenta alguns fatores que podem ser apontados como entraves para uma discussão mais ampliada quanto às ferramentas de gestão disponibilizadas às unidades hospitalares pelo processo de intervenção federal.

“A - A falta de uma agenda de reforma nos governos federal e municipal do Rio de Janeiro para a gestão dos hospitais. Portanto, em nenhuma das instâncias em disputa existia, no momento do conflito, a adesão clara a qualquer agenda inovadora de gestão dos hospitais públicos. B - A ampla aceitação do modelo de governança burocrática como o arranjo organizacional possível e desejável para os hospitais públicos do Rio de Janeiro. Essa restrição organizacional deve-se ao

elevado 'custo de transação' que seria para o governo municipal e federal a formulação de qualquer outra agenda alternativa diante do veto dos sindicatos, corporações profissionais e dos funcionários públicos. C- A inexistência de uma agenda de reforma administrativa nos governo municipal e na gestão federal ” (Costa, 2005a, p.3).

A falta de uma agenda efetiva de reforma da administração pública, apesar das recentes propostas de redefinição do papel do Estado como a descentralização e as propostas apresentadas pela reforma administrativa de 1995, mantém uma administração pública ainda calcada no viés enrijecido e verticalizado da administração burocrática.

A administração burocrática favorece uma estrutura de governo rígida, verticalizada, hierarquizada, com servidores em regime de estabilidade em suas funções e pouca disponibilização de instrumentos gerenciais efetivos aos profissionais que ocupam funções de direção nas unidades de saúde.

A vigência ainda nos dias atuais do decreto presidencial de 10 de março de 2005, após passados três anos do estado de calamidade pública, permite aos hospitais refederalizados, por exemplo, flexibilidade e autonomia na contratação de profissionais por vinculação temporária.

A manutenção das flexibilidades pelo decreto 5.392 motiva a investigação quanto aos possíveis instrumentos gerenciais disponibilizados pelo processo de intervenção federal às unidades hospitalares, buscando identificar em que medida inovações nos modelos de gestão dos recursos humanos foram apresentadas, ou se apenas ferramentas extraordinárias que superam a burocracia, rigidez, hierarquização e verticalização da vigente administração pública burocrática no país, como o decreto 5.392, foram disponibilizadas.

METODOLOGIA

O enfoque metodológico desse estudo se orienta a partir da teoria dos custos de transação com o objetivo de pensar os modelos administrativos. Essa teoria embasa as decisões na escolha pela governança que será estabelecida pelo governo, dimensionando as relações com os diversos tipos de entidades prestadoras de serviço no âmbito das instâncias federal, estadual e municipal.

A teoria dos custos de transação pode ser compreendida como decorrente dos movimentos de monitoramento, avaliação ou acompanhamento de ações descentralizadas para outras entidades ou instâncias que não a administração central (Epstein e O'Halloran, 1999).

Os custos de transação devem considerar qualquer forma de custo relativo a pagamento, ordem bancária, financiamento, contratações, regulações, negociações, elaboração de contratos que busquem configurar diretrizes específicas almeçadas, e ainda o monitoramento de entidades prestadoras de serviço (Epstein e O'Halloran, 1999).

Mudanças na estrutura de governança promovem implicações e modificações significativas para que os custos transacionais das operações sejam minimizados ou maximizados. Estruturas de governança calcadas em sistemas verticalizados, ou seja, claramente estruturados e hierarquizados diminuem os custos de transação de suas operações, sendo essa forma de governança prioritariamente escolhida pela administração pública como forma de minimizar os custos em cada uma das transações (Epstein e O'Halloran, 1999).

Assim, um estudo que se ocupa dos custos transacionais possibilita a compreensão acerca da teoria de delegação política, na medida em que a análise dos custos de transação encontra sua aplicação mais importante quando referenciada à escolha de determinada governança, verticalizada ou não, e ainda na decisão de make-or-buy (fazer ou comprar). A dinâmica política de um país possui comportamento similar ao da decisão de make-or-buy quando no desenvolvimento e elaboração de políticas públicas, uma vez que é necessário decidir quais responsabilidades ainda serão mantidas sob a sua guarda, e quais serão delegadas a outras entidades ou instâncias federativas (Epstein e O'Halloran, 1999).

A teoria dos custos de transação possibilita, segundo North, uma discussão importante quanto ao viés subjetivo que permeia as escolhas e os processos, apontando a relevância em considerar o comportamento subjetivo dos atores envolvidos (North, 1990a).

Nesse sentido, a teoria dos custos transacionais deve ser combinada à teoria do comportamento humano, uma vez que essa combinação permite compreender de forma mais ampla a existência das instituições e suas principais funções sociais (North, 1990b).

North estabelece ainda a relação entre a teoria dos custos de transação e a dinâmica econômica do país, e relata que muitos economistas ao estudarem as teorias econômicas o faziam sem se ocupar dos custos relativos aos processos de troca, deixando de lado os custos das transações em cada uma das situações econômicas. Contudo, ressalta a necessidade de ser estabelecida uma cuidadosa observação acerca dos custos de transação, pois estes promovem relevantes

implicações na reconstrução e desempenho da organização política e econômica do país (North, 1990b).

Epstein et O'Halloran apontam dois fatores que devem ser examinados com atenção na relação entre os custos transacionais e suas repercussões para a dinâmica econômica de um país: as teorias econômicas adotadas pela administração e a existência de contratos incompletos ou imperfeitos (Epstein et O'Halloran, 1999).

Em um mundo de contratos completos ou perfeitos, toda provisão relevante para a transação deve ser escrita e discutida pelas partes que estabelecem esse contrato. Isso não quer dizer que no momento de sua assinatura as partes possuam o conhecimento de quais eventos irão ocorrer no futuro. No entanto, todas as possibilidades percebidas devem ser consideradas, e o referido contrato deve conter as possibilidades de eventos futuros, fator que proporcionaria a minimização dos custos transacionais (Epstein et O'Halloran, 1999).

Uma situação hipotética, em que informações e tecnologias estariam disponíveis aos diversos atores de forma simétrica, poderia ser caracterizada como um processo contratual perfeito, com custos transacionais efetivamente baixos (Epstein et O'Halloran, 1999).

Todavia, no mundo real onde processos e trocas econômicas são estabelecidos, os indivíduos não se deparam com informações completas, sendo suas decisões baseadas nas informações que dispõem ou possam imaginar, calcadas em uma racionalidade utilitária e incompleta (Epstein et O'Halloran, 1999).

Assim, quando significativos custos transacionais se fazem presentes e os indivíduos possuem uma racionalidade limitada quanto aos eventos atuais e futuros, ou seja, as previsões são escassas, os contratos são denominados incompletos ou

imperfeitos - o que significa que faltam provisões e cláusulas ambíguas se fazem presentes, fatores que elevam os custos de transação.

Quando os contratos são incompletos ou imperfeitos, o processo de negociação nunca realmente é finalizado: as partes se mantêm continuamente ajustando suas ações em virtude das mudanças circunstanciais, estabelecendo mediante as negociações o aumento efetivo e contínuo dos custos transacionais.

A relação entre a teoria dos custos transacionais e os contratos incompletos ou imperfeitos também é referenciada por North. O autor descreve que a assimetria de informações nos processos de troca eleva significativamente os custos transacionais, uma vez que, na tentativa de obter maiores informações, um indivíduo tende a dispendir tempo, energia e recursos na busca de informações relativas ao processo de troca no qual se encontra envolvido (North, 1990a).

O autor ainda aponta que, mesmo que todos os indivíduos envolvidos no processo de troca possuam o mesmo objetivo, as transações efetuadas possuem algum custo, sendo este referido à aquisição de informações necessárias quanto aos níveis de atributos de cada unidade de troca (North, 1990a).

Dessa forma, na medida em que uma das partes durante o processo de negociação possui maiores informações quanto ao processo em curso, ela tenderá a estabelecer ganhos através de seu conhecimento, buscando disponibilizar, de forma a ser beneficiada, as informações ante retidas para as demais partes envolvidas, fator que também favorece o crescimento dos custos transacionais.

Nessa perspectiva, a dinâmica de delegação política que determina o tipo de governança estabelecida pela administração de um país irá informar o quão flexível será a administração pública e em que medida a preocupação com a detenção de

poder e com os custos de transação se sobreporá à eficiência e cuidado com a população.

Quando uma governança verticalizada é priorizada, uma das questões relevantes a ser considerada é a motivação dos profissionais, uma vez que a verticalização desfavorece a oferta de incentivos por desempenho, fator que promove em muitos casos a desmotivação dos funcionários (Epstein et O'Halloran, 1999).

O caráter verticalizado e hierarquizado que favorece a minimização dos custos transacionais pode ser encontrado na administração pública burocrática vigente no Brasil. Assim, a escolha na adoção de tal forma de governo não se direciona apenas a suplantando o patrimonialismo ainda presente em muitas transações, como descrevem alguns autores, mas também se justifica na medida em que baixos custos transacionais favorecem a dinâmica econômica do país.

Entretanto, a preocupação com a minimização de custos transacionais e a manutenção de uma administração pública verticalizada e hierarquizada promovem importantes implicações nas organizações que compõem o sistema público de saúde do país, implicações estas que se direcionam principalmente para a baixa autonomia dos dirigentes.

A baixa autonomia e a conseqüente rigidez administrativa nas organizações de saúde vinculadas à administração burocrática podem ser observadas no quadro I. As informações descrevem as possibilidades de autonomia e limites para a tomada de decisão quanto à gestão dos recursos humanos em hospitais de administração pública direta no Brasil nos anos 1990 (Costa e Ribeiro, 2004).

Quadro I - Autonomia e limites para a tomada de decisão nos hospitais de administração pública direta no Brasil - 1990	
Definir e contratar de acordo com a necessidade da organização	não
Definir quadro de pessoal (quantitativo e cargos)	não
Definir critérios, regras e processos de admissão e demissão de pessoal	não
Definir níveis de remuneração, benefícios e vantagens	não
Definir incentivos diferenciados para premiar desempenho	não
Definir critérios para progressão e capacitação	não
Adotar sistema informatizado próprio de RH (inclusive pagamento)	não

Fonte: Costa, N.R. e Ribeiro, J.M. Estudo Comparativo dos Hospitais em Regime de Organização Social. Banco Mundial. Julho de 2004.

Entretanto, a baixa autonomia e as restrições no arranjo organizacional são contrabalançadas pela indisponibilidade de informações consistentes quanto ao seu desempenho e eficiência, fazendo com que as unidades hospitalares não sejam avaliadas por qualquer forma de mensuração de resultados, ou percam posições de status e financiamento, no caso desse estudo no sistema de saúde público do país (Costa, 2005a).

Dessa forma, na medida em que as decisões são elaboradas em instância hierarquicamente superior, tais organizações além de estarem isentas de críticas dos cidadãos, sendo estas atribuídas aos entes superiores, inserem-se no sistema de saúde com baixa autonomia decisória, mas também com baixo monitoramento de desempenho, fator que minimiza significativamente os custos transacionais para a administração pública (Costa, 2005a).

A indisponibilidade e inconsistência das informações sobre o desempenho das unidades hospitalares são descritas como alguns dos fatores mais preocupantes na crise vivenciada pelo setor hospitalar público do município do Rio de Janeiro em

2005, uma vez que nem a opinião pública ou os especialistas possuíam informações válidas e confiáveis sobre as unidades hospitalares que passaram pelo processo de intervenção federal (Costa, 2005b).

DESENHO DE ESTUDO E RECURSOS UTILIZADOS

Este estudo desenvolveu uma pesquisa de natureza transversal, buscando gerar evidências sobre os instrumentos de gestão relacionados aos recursos humanos nos quatro hospitais refederalizados pelo processo de intervenção federal no município do Rio de Janeiro em 2005.

Em estudos transversais, as causas e efeitos são observados de forma simultânea e, a partir da análise dos dados, é possível a identificação dos blocos de interesses para a pesquisa. As vantagens principais desse delineamento de estudo podem ser descritas pela agilidade de sua aplicação, pela facilidade em obter amostras representativas da população, pelo baixo custo e pelo alto potencial descritivo, o qual favorece subsídios ao planejamento das ações em saúde (Pereira, 1995a).

Além da revisão bibliográfica na literatura do campo da saúde e em documentos do Ministério da Saúde, este estudo contempla em sua pesquisa de campo a aplicação de um questionário aos dirigentes principais dessas unidades, elaborado com base em dois instrumentos anteriormente utilizados por estudos que também se ocupavam da investigação das possibilidades gerenciais em unidades hospitalares.

Dessa forma, o questionário aplicado foi elaborado com base nos instrumentos de investigação de campo dos seguintes estudos: “Estudo de Novos Modelos de Gerência de Unidades Hospitalares”, desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ realizado em 2001, e “Brazil Enhancing Performance in Brazil’s Health Sector-Lessons From Innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba” – realizado pelo Banco Mundial em 2006.

A escolha por elaborar o questionário buscando como referência os trabalhos anteriormente descritos se justifica na medida em que estes se ocuparam da investigação do campo da gestão em unidades hospitalares, sendo o instrumento do segundo estudo direcionado fortemente para a gestão dos recursos humanos, além de possuírem validade considerável uma vez que já haviam sido utilizados como ferramentas de coleta de informações.

O questionário (Anexo II) se apresenta dividido em cinco grandes blocos de investigação, sendo eles: identificação do hospital e do respondente, perfil do hospital, planejamento e gestão, gestão de recursos humanos e direitos dos usuários. A aplicação desse instrumento favoreceu a coleta de informações quanto à gestão da unidade e sua caracterização. Contudo, a exploração dos dados coletados foi iluminada pelas ferramentas gerenciais direcionadas aos recursos humanos, principal marcador de inovação na gestão escolhido por esse estudo.

CAPÍTULO 1

DA CRISE AO PROCESSO DE REFORMA DO ESTADO

Esse capítulo busca apresentar um panorama da administração pública brasileira, atualmente referenciada pelo viés burocrático da administração. Uma revisão das especificidades dessa forma de administração e das inúmeras tentativas de reforma do Estado ocorridas ao longo dos anos pode oferecer subsídios importantes para a compreensão das dificuldades e possibilidades que se colocam para a gestão dos recursos humanos nas quatro unidades hospitalares refederalizadas.

A administração pública burocrática ou direta se caracteriza por uma forma de combater o nepotismo patrimonialista e a corrupção presentes na administração clássica. Seus princípios baseam-se no desenvolvimento da profissionalização, idéia de carreira, impessoalidade, hierarquia funcional e formalismo. Nesse sentido, a administração pública burocrática *“(...) parte de uma desconfiança prévia nos administradores públicos e nos cidadãos que a eles dirigem demandas. Por isso são sempre necessários controles rígidos dos processos”* (PDRAE, 1995, p.15).

Dessa forma, na administração burocrática pode ser evidenciada a efetividade no controle dos abusos, porém, como ponto frágil, pode-se apontar a ineficiência e a incapacidade de cuidar dos cidadãos como clientes (PDRAE, 1995).

Na administração pública burocrática:

“(...) surge a organização burocrática baseada na centralização das decisões, na hierarquia traduzida no princípio da unidade de comando, na estrutura piramidal do poder, nas rotinas rígidas, no controle passo a passo dos processos administrativos, em uma

burocracia estatal formada por administradores profissionais especialmente recrutados e treinados, que respondem de forma neutra aos políticos” (Bresser Pereira. 1999, p.23).

Entretanto, ao longo dos anos, foi possível perceber que os custos pelos movimentos de defesa da administração burocrática se sobrepujam aos benefícios que o controle poderia oferecer. Assim, as práticas burocráticas foram postas em questionamento, surgindo a agenda da administração pública gerencial ou indireta. Essa nova perspectiva busca o fortalecimento das funções do Estado quanto à regulação e coordenação das atividades, e a progressiva descentralização de algumas funções executivas federais aos estados e municípios (PDRAE, 1995).

A administração pública gerencial apresentava um rompimento importante quando comparada com a administração burocrática. Tal rompimento se caracteriza pela passagem de uma administração rígida, verticalizada, hierarquizada, voltada para si e para o constante controle dos processos para uma administração mais flexível e autônoma, direcionada para as necessidades dos cidadãos (PDRAE, 1995).

No entanto, é importante ressaltar que a administração gerencial que surge como possibilidade de mudança significativa na administração pública do país, não rompe totalmente com os preceitos da vigente administração burocrática. Desta, a nova administração mantém, embora de forma mais flexível, a admissão segundo critérios rígidos de mérito, a existência de um sistema estruturado e universal de remuneração, as carreiras, a avaliação constante de desempenho e o treinamento sistemático dos profissionais (PDRAE, 1995).

A diferença fundamental entre as duas formas de administração, a burocrática e a gerencial, se direciona fundamentalmente para a maneira como o controle do Estado é estabelecido (PDRAE, 1995).

Na administração pública gerencial:

“A estratégia volta-se (1) para a definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir em sua unidade, (2) para a garantia da autonomia do administrador na gestão de recursos humanos, materiais e financeiros que lhe forem colocados à disposição para que possa atingir os objetivos contratados, e (3) para o controle ou cobrança a posteriori dos resultados” (PDRAE 1995, p.16).

Na administração pública gerencial os processos administrativos não são considerados bons porque são seguros ou porque estão sob total controle, como determina a administração burocrática, mas são considerados eficientes uma vez que suprem as necessidades e demandas da população (PDRAE, 1995).

Uma comparação entre as duas formas de administração pública pode ser estabelecida na medida em que a administração pública gerencial está baseada na concepção de Estado e sociedade democráticos, e a administração pública burocrática se baseia em um sistema centralizador e autoritário (Bresser Pereira, 1999).

O quadro II, elaborado a partir das revisões bibliográficas realizadas por esse estudo, estabelece uma comparação entre as duas formas de administração pública, apontando suas divergências quanto aos recursos humanos, orçamento, incentivos, avaliação da qualidade dos serviços, autonomia dos dirigentes, regime jurídico e aposentadoria.

Quadro II - Comparação entre a administração pública burocrática e gerencial		
	Adm. Burocrática - Direta	Adm. Gerencial - Indireta
Recursos Humanos	Regime estatutário, estabilidade rígida	CLT, flexibilização da estabilidade
Orçamento (recursos humanos, tecnologia, medicamentos, serviços)	Inercial e prévio baseado em série histórica	Atualizado ao tempo e necessidades
Incentivos (recursos humanos e dirigentes)	Baixos	Valorizados
Avaliação da qualidade dos serviços prestados e da atuação dos recursos humanos	Não há instrumentos de avaliação da qualidade dos serviços e recursos humanos que embasem possíveis incentivos ou punições	Formulação de instrumentos de avaliação da qualidade dos serviços e recursos humanos que embasem possíveis incentivos ou punições
Autonomia dos dirigentes	Baixa	Favorecida
Regime Jurídico	Instituiu regime jurídico único	Fim do regime jurídico único
Aposentadorias	Remuneração integral, aposentadorias especiais e acumulação de aposentadorias.	Modificação do sistema de aposentadoria (aumento do tempo de serviço, idade mínima, tempo mínimo no serviço público e proporcional à contribuição)

Fonte: Dados coletados na revisão bibliográfica dos documentos: "PDRAE, 1995" e "Bresser Pereira, 1999".

1.1- HISTÓRICO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BUROCRÁTICA E GERENCIAL BRASILEIRA

Os princípios da administração pública burocrática clássica foram introduzidos no país em 1936 com a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP). A administração pública sofreu, nessa época, influência da administração científica de Taylor, a qual tende à racionalização utilizando-se da simplificação, padronização, aquisição racional de material e métodos de definição de procedimentos (PDRAE, 1995).

Quanto à administração dos recursos humanos, o DASP se encontrava embasado nos moldes weberianos, que privilegiam o princípio de mérito profissional. Porém, mesmo sendo instituído o concurso público e o treinamento dos profissionais, nesta época não se chegou a adotar uma política consistente de recursos humanos, que de fato atendesse às necessidades do Estado. O patrimonialismo, contra o qual a administração burocrática se estabelece, ainda que em processo de transformação, mantinha sua força no quadro político do país (PDRAE, 1995).

A administração burocrática implantada a partir dos anos 30 sofreu sucessivas tentativas de reforma. Dentre tais se torna importante dar ênfase à criação de órgãos e estruturas que buscavam flexibilizar a rigidez burocrática da administração vigente (PDRAE, 1995).

No Governo de Juscelino Kubitschek foram criadas comissões especiais como a Comissão de Estudos e Projetos Administrativos, e a Comissão de Simplificação Burocrática, as quais buscavam estratégias de simplificação dos processos administrativos e a elaboração de projetos direcionados a reformas de descentralização dos serviços (PDRAE, 1995).

No entanto, a primeira tentativa efetiva de reforma gerencial da administração pública brasileira aconteceu somente no final dos anos 1960, mais precisamente em 1967, por meio do Decreto-Lei 200. Esse decreto buscava, através da flexibilização e superação da rigidez burocrática da administração, uma maior eficiência nos serviços e nas atividades econômicas do Estado. O Decreto-Lei 200 iniciava uma tentativa importante de reforma na administração pública no país:

“A reforma iniciada pelo Decreto-Lei 200 foi uma tentativa de superação da rigidez burocrática, podendo ser considerada como um primeiro momento da administração gerencial no Brasil. Toda a ênfase foi dada à descentralização mediante a autonomia da administração indireta, a partir do pressuposto da rigidez da administração direta e da maior eficiência da administração descentralizada” (Bresser Pereira, 1999, p.26).

Mediante a promulgação do Decreto-lei foi realizada a transferência de responsabilidades para autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista. Buscava-se com tais ações mais dinamismo operacional através da descentralização das ações, orientando a expansão da administração gerencial pelo país (PDRAE, 1995).

Entretanto, as reformas operadas pelo Decreto-Lei 200 não propiciaram mudanças na administração burocrática central, coexistindo assim núcleos de administração gerencial e formas antigas de administração burocrática.

Em meados dos anos 70, novas tentativas surgiram, visando a modernização da administração pública do país. Com esse intuito, há a criação da Secretaria de Modernização (SEMOR), a qual buscava implantar novas técnicas de gestão particularmente direcionadas para a administração dos recursos humanos (PDRAE, 1995).

Nos anos 80, novas tentativas de reformas da administração burocrática foram realizadas, como a criação do Ministério da Desburocratização (MD) e do Programa Nacional de Desburocratização (PrND), os quais objetivavam reformular a organização do Estado, a descentralização da autoridade, a melhoria e simplificação dos processos administrativos e a busca pela eficiência (PDRAE, 1995).

A transição democrática ocorrida com a eleição de Tancredo Neves e a sucessiva posse de José Sarney em 1985 não significaria boas perspectivas de reforma para a administração pública (Bresser Pereira, 1999).

No plano administrativo, a referida gestão direcionou suas ações para a volta aos ideais burocráticos dos anos 30, e no plano político apresentou uma tentativa de retorno ao populismo dos anos 50. Assim, as ações rumo à administração pública gerencial foram paralisadas na transição democrática de 1985, a qual representou uma grande vitória democrática, porém promoveu implicações inconvenientes para a administração pública no país (PDRAE, 1995).

Dentre tais implicações é possível apontar o loteamento dos cargos públicos da administração indireta e dos ministérios por parte dos políticos dos partidos vitoriosos, e da acusação recebida pela alta burocracia, principalmente pelas forças conservadoras, de ser culpada pela crise do Estado, uma vez que estaria favorecendo o seu crescimento excessivo (PDRAE, 1995).

A resultante dessas forças contraditórias, segundo o PDRAE, leva a um “retrocesso” burocrático no capítulo da administração pública na Constituição Federal de 1988. Este “retrocesso” pode ser caracterizado, em parte, como uma reação ao clientelismo e populismo que dominavam o país naqueles anos, e também como

uma reação da alta burguesia, que, se sentindo acusada e acuada, buscou se defender das acusações dirigidas a ela (PDRAE, 1995).

1.2 - A CRISE DO ESTADO BRASILEIRO

Segundo Bresser Pereira, a crise do Estado brasileiro que se manifestou claramente a partir de meados dos anos 1970 pode ser dividida em quatro grandes blocos, sendo eles: Crise Política, Crise Fiscal, Crise do Modo de Intervenção e Crise da Forma Burocrática de Administrar (Bresser Pereira, 1999).

A Crise Política se apresentou em três momentos: 1977 e 1985 – regime militar; 1985 e 1986 – tentativa de retorno aos anos 50 com o populismo ou também chamada de “crise de adaptação ao regime burocrático”; e, nos anos 90, uma crise moral que desembocou no impeachment do então presidente Fernando Collor de Mello.

A Crise Fiscal caracterizou-se pela perda do crédito público e por uma poupança pública negativa. A perda de crédito público não deve ser confundida com a credibilidade do governo, sendo esta última entendida como perda de crédito por parte dos investidores no Estado.

Já a Crise do Modelo de Intervenção, influenciada pelo crescente processo de globalização, se configurou pelo esgotamento do modelo protecionista de substituição de importações, o qual havia obtido êxito entre os anos 30 e 50, quando se engajou em promover a industrialização.

A Crise da Forma Burocrática de Administrar, que se torna ponto fundamental na discussão que se pretende estabelecer nesse estudo, tem seu início ainda no

regime militar, não somente pela incapacidade deste regime avançar no combate ao patrimonialismo presente no cenário do país, mas principalmente porque não consolidou um serviço civil profissional brasileiro. No entanto, foi a partir da Constituição de 1988 que essa crise se agravou e a administração pública brasileira passou a sofrer um “enrijecimento” burocrático (Bresser Pereira, 1999).

A tentativa efetiva de reforma administrativa só viria a se tornar tema central no Brasil em 1995, após a eleição e posse do presidente Fernando Henrique Cardoso. Nessa ocasião tal reforma se apresentava essencial ao país, na medida em que buscava a consolidação do ajuste fiscal e a existência de um serviço público profissional, eficiente e moderno, embasado no atendimento das necessidades da população (Bresser Pereira, 1999).

A resposta social as quatro formas de crise do Estado citadas foram acontecendo ao longo dos anos e em momentos políticos bastante diferenciados. Como exemplo de algumas das respostas sociais relacionadas ao campo político, pode ser citada a transição democrática atravessada pelo país em 1985, a qual possibilitou a construção de bases mais concretas de elaboração e consolidação da Constituição Federal de 1988 (Bresser Pereira, 1999).

1.3 - GOVERNANÇA E GOVERNABILIDADE: CONCEITOS ESSENCIAIS

As discussões que atualmente vêm integrando o processo de Reforma do Estado buscam nos conceitos de governança e governabilidade a fundamentação teórica às modificações no campo da administração pública do país.

Os termos governança e governabilidade, embora tenham suas origens no surgimento dos Estados modernos no século XIX, somente em tempos mais recentes começaram a permear as discussões acerca do ambiente político e de reforma do Estado (Araujo, 2002).

Foi somente após a crise do Estado nos anos 70 e o processo de integração e internacionalização das economias, ou seja, a globalização, que esses conceitos passaram a permear as discussões nos meios políticos e acadêmicos de forma mais vigorosa. A definição de tais conceitos não se torna simples na medida em que governabilidade e governança ainda são termos em processo de definição e frequentemente confundidos (Bresser Pereira, 1998a).

No entanto, o conceito de governança pode ser compreendido como a *“capacidade financeira e administrativa, em sentido amplo, de um governo implementar políticas e de agregar interesses”* (Bresser Pereira, 1998a, p.33).

A governança está relacionada à capacidade de implementar as transformações necessárias, sendo imprescindível para tal atuação condições técnicas, administrativas e financeiras favoráveis, que ofereçam suporte para esta atividade (Marini, 1996).

Dessa forma, governança seria, de forma mais geral, a capacidade que um determinado governo possui para formular e implementar suas políticas, apontando como desafio importante à gestão, a capacidade financeira, gerencial e técnica (Araujo, 2002).

Por outro lado, a governabilidade pode ser descrita como as condições substantivas ou materiais de exercício do poder e legitimidade do Estado e do

governo frente à sociedade civil e ao mercado, ou seja, *“apoio obtido pelo Estado às suas políticas e à sua capacidade de articular alianças e coalizões/pactos entre os diferentes grupos sócio-políticos para viabilizar o projeto de Estado e sociedade a ser implementado”* (Araujo, 2002, p.6).

Assim, a fonte principal da governabilidade são os próprios cidadãos e a sociedade organizada como um todo, ou seja, é a partir destes que surgem as condições favoráveis ou não para as formulações, articulações e implantações de políticas do Estado.

A governabilidade determina as condições de legitimidade de um governo para empreender as transformações necessárias ao seu crescimento. A legitimidade advinda de um processo de governabilidade favorecido permite ao Estado apoio às suas políticas e possibilidade de articulação de diferentes alianças entre grupos sociais e políticos diversos, objetivando o favorecimento da implantação e apoio às suas estratégias (Marini, 1996).

A governabilidade pode então ser conceituada como a *“capacidade política de governar derivada da relação de legitimidade do Estado e do Governo com a sociedade”* (Bresser Pereira, 1998a, p.33).

Diante desse entendimento, os conceitos de governança e governabilidade são fundamentais na implantação de programas que visem mudanças nos campos da administração pública, atualmente enrijecida pelo paradigma burocrático (Marini, 1996).

1.4 - A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E AS PROPOSTAS

RECENTES DE REFORMA DO ESTADO

Tendo sido a Constituição Federal elaborada em um período permeado pelos conflitos anteriormente descritos, ou seja, pela insegurança da alta burguesia e pelo crescente clientelismo e populismo no país, o capítulo da administração pública nesse documento irá “sacramentar”, para alguns autores, os princípios de uma administração centralizada, hierarquizada, rígida e burocrática, na qual a prioridade seria direcionada à administração direta ao invés da indireta, reivindicada até então por diversos movimentos de reforma administrativa no país.

Dessa forma, não foram levadas em consideração as formas mais flexíveis e descentralizadas de administração consagradas pelo Decreto-Lei 200, as quais se apresentavam como resposta às necessidades de reforma do Estado em prol de uma administração pública mais flexível.

Nesse sentido, algumas das características da administração pública apresentadas pela Constituição Federal são:

“1-(...) instauração de ‘regime jurídico único’ para todos os servidores públicos civis da administração pública direta e das autarquias e fundações... 2- por meio de uma estabilidade rígida, inviabilizar a cobrança de trabalho dos funcionários relapsos ou excedentes... 3- por meio de um sistema de concursos público ainda mais rígido, inviabilizar a abertura de uma parte das novas vagas para funcionários já existentes. 4-...eliminar toda a autonomia das autarquias e das fundações públicas 5-...criar um sistema de rigorosos privilégios para a aposentadoria dos servidores públicos e para seus pensionistas” (Bresser Pereira, 1999, p.28).

O capítulo da administração pública na Constituição Federal de 1988 permitiu a concessão e consolidação de uma série de privilégios, em que os atores

sociais se apresentaram mais como defensores de interesses individuais do que preocupados em reivindicar as necessidades da população (Bresser Pereira, 1999).

Dentre alguns dos privilégios regulamentados pela Constituição Federal, pode-se apontar a criação de um sistema de aposentadoria com remuneração integral, sem nenhuma relação com o tempo de serviço prestado ao Estado, elevando o custo do sistema previdenciário, e o benefício concedido a inúmeros funcionários celetistas que prestavam serviços nas fundações e autarquias para que fossem incorporados ao sistema em regime estatutário, possuindo assim o direito à estabilidade e aposentadoria integral. Instituiu ainda a obrigatoriedade de regime jurídico único para os servidores das três esferas de governo, e retirou da administração pública o viés flexível da administração gerencial (Bresser Pereira, 1999).

Segundo Bresser Pereira, o “retrocesso” presente na Constituição de 1988 não pode ser atribuído a um suposto fracasso da descentralização ou da flexibilização da administração pública instituída pelo Decreto-Lei 200, embora muitos exageros tenham sido cometidos pelo patrimonialismo nas autarquias e fundações, onde não era exigido concurso público para a admissão de pessoal (Bresser Pereira, 1999).

Entretanto, torna-se relevante apontar que, em um ambiente de transição democrático, a escolha por uma governança mais vertical, favorecida pelos pressupostos da administração burocrática, pode ser compreendida como caminho prudente a ser percorrido, na medida em que a decisão pelo tipo de governança que seria adotada estava inserida em um cenário de discussões com baixo consenso,

sendo a discussão acerca da forma de governança mais apropriada, vertical ou horizontal, ainda incipiente na administração pública brasileira.

No entanto, a partir de 1995, com o governo de Fernando Henrique Cardoso, surge uma nova oportunidade para a reforma do Estado, com particular destaque para o ajuste fiscal e a reordenação dos recursos humanos, buscando estabelecer compromisso com uma administração pública renovada, embasada nos moldes da administração gerencial (Bresser Pereira, 1999).

O ajuste fiscal seria realizado pela exoneração de funcionários por excesso de quadros, pela definição clara de teto remuneratório, pela modificação do sistema de aposentadorias (aumentando o tempo de serviço e a idade mínima, exigindo tempo mínimo no serviço público e tornando-a proporcional à contribuição), e ainda pela revisão das estruturas que mantêm os funcionários em regime estatutário (Bresser Pereira, 1999).

A agenda de reforma de 1995 também considerou os quatro setores pertencentes ao Estado: o núcleo estratégico do Estado, as atividades exclusivas de Estado, os serviços não-exclusivos ou competitivos e a produção de bens e serviços para o mercado.

O núcleo estratégico pode ser descrito como:

“O setor que define as leis e as políticas públicas, e cobra o seu cumprimento. É, portanto o setor onde as decisões estratégicas são tomadas. Corresponde aos Poderes Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público, e no poder executivo, ao Presidente da República, aos ministros e aos seus auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas” (PDRAE, 1995, p.41).

As atividades exclusivas do Estado se referem ao seu poder de legislar e tributar, incluindo a polícia, as forças armadas, os órgãos de fiscalização e de regulamentação, e os órgãos responsáveis pelas transferências de recursos para as áreas sociais e científicas.

“É o setor em que são prestados serviços que só o Estado pode realizar. São serviços em que se exerce o poder do Estado - o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar. Como exemplo temos: a cobrança e fiscalização dos impostos, a polícia, a previdência social básica, o serviço de desemprego, a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, o serviço de trânsito, a compra de serviços de saúde pelo Estado, o controle do meio ambiente, o subsídio à educação básica, o serviço de emissão de passaportes, etc” (PDRAE, 1995, p.41).

Os serviços não exclusivos ou competitivos do Estado são aqueles que embora não envolvendo o poder do Estado, ele executa e/ou subsidia porque os percebe com alta relevância social ou porque se referem a economias externas.

“Corresponde o setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder de Estado. Este, entretanto, está presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem ‘economias externas’ relevantes, na medida em que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços através do mercado. As economias produzidas imediatamente se espalham para o resto da sociedade, não podendo ser transformadas em lucros. São exemplos deste setor: as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus” (PDRAE, 1995, p.41).

A produção de bens e serviços para o mercado é realizada pelo Estado através das empresas de economia mista, as quais abrangem setores de serviços públicos e/ou considerados estratégicos.

“Corresponde à área de atuação das empresas. É caracterizado pelas atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda permanecem no aparelho do Estado como, por exemplo, as do setor de infra-estrutura. Estão no Estado seja porque faltou capital ao setor privado para realizar o investimento, seja porque são atividades

naturalmente monopolistas, nas quais o controle via mercado não é possível, tornando-se necessário no caso de privatização, a regulamentação rígida” (PDRAE, 1995, p.42).

Cada um desses quatro setores do Estado apresenta características peculiares e que precisam ser respeitadas, tanto no que se refere às prioridades quanto aos princípios administrativos que devem ser adotados (PDRAE, 1995).

O núcleo estratégico requer decisões bem estruturadas e efetivamente elaboradas e cumpridas. O importante a ser avaliado é se as decisões tomadas pelo governo correspondem aos objetivos mais amplos da sociedade brasileira, e se, de fato, suas demandas estão sendo contempladas.

Quanto às atividades exclusivas, os serviços não-exclusivos e à produção de bens e serviços, o que de fato se torna relevante observar é a oferta de atendimentos com boa qualidade e custos relativamente baixos aos cidadãos.

Dessa forma, quando comparados os quatro setores principais do Estado às possibilidades de administração pública, burocrática ou gerencial, torna-se relevante demarcar que a primeira, apesar de demonstrar formalismo e ênfase no controle dos processos, apresenta como vantagens importantes, principalmente em relação ao núcleo estratégico, a segurança e a efetividade das decisões, enquanto a segunda se fundamenta na eficiência da assistência prestada e na flexibilidade dos processos administrativos (PDRAE, 1995).

O núcleo estratégico do Estado necessita a incorporação de uma administração híbrida que contemple o formalismo da administração burocrática e a eficiência da administração gerencial:

“Nestes termos, no núcleo estratégico, em que o essencial é a correção das decisões tomadas e o princípio administrativo fundamental é o da efetividade, entendido como a capacidade de ver obedecida e implementadas com segurança as decisões tomadas, é mais adequado que haja um misto de administração pública burocrática e gerencial” (PDRAE, 1995, p.43).

Nos setores de atividades exclusivas, serviços competitivos ou não exclusivos e produção de bens e serviços para o mercado, os fatores mais relevantes são a qualidade e o baixo custo dos serviços prestados. O princípio que os rege é o da eficiência, ou seja, a ótima relação entre qualidade e custo. Nesse sentido, a administração gerencial se apresenta como estratégia mais apropriada, ocorrendo o mesmo para a produção de bens e serviços para o mercado.

O quadro III apresenta a discussão acima, buscando apresentar para cada um dos setores do Estado a forma de administração pública mais adequada.

Quadro III – Comparação entre os setores do Estado e as formas de administração pública burocrática e gerencial					
	Estatal	Pública não- estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
Núcleo Estratégico (legislativo, judiciário, presidência, cúpula dos ministérios, ministério público)	●			→ ●	
Atividades Exclusivas (regulamentação, fiscalização, fomento, segurança pública, seguridade social básica)	●				●
Serviços não-exclusivos (universidades, hospitais, centros de pesquisa, museus)		Publicização ●			●
Produção para o mercado (empresas estatais)			Privatização ●		●

Fonte: Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília, 1995.

Nesse sentido, é importante ressaltar que as propostas de reforma do Estado de 1995 privilegiam, quando observado seu núcleo estratégico, uma administração burocrática em parceria com a administração gerencial.

As propostas encontradas no PDRAE, elaborado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado e aprovado em setembro de 1995 pela Câmara de Reforma do Estado, não puderam até abril de 1997 ser votadas, dadas as inúmeras dificuldades enfrentadas pelo governo e o baixo consenso quanto ao

tema da governança a ser adotada pela administração pública brasileira. A não implementação, até os dias atuais, de tais propostas deixou um vazio de formulação e expectativas quanto ao rumo da administração pública no país.

As propostas sugeridas pelo processo de reforma iniciado em 1995 podem ser descritas como:

- “- Aumentar a governança do Estado, ou seja, sua capacidade administrativa de governar com efetividade e eficiência, voltando a ação dos serviços do Estado para o atendimento dos cidadãos.*
- Limitar a ação do Estado àquelas funções que lhe são próprias, reservando, em princípio, os serviços não-exclusivos para a propriedade pública não-estatal, e a produção de bens e serviços para o mercado para a iniciativa privada.*
- Transferir da união para os estados e municípios as ações de caráter local: só em casos de emergência cabe a ação direta da união.*
- Transferir parcialmente da união para os estados as ações de caráter regional, de forma a permitir uma maior parceria entre os estados e a união” (PDRAE, 1995, p.45).*

CAPÍTULO 2

AS UNIDADES HOSPITALARES REFEDERALIZADAS

O presente capítulo possui como objetivo principal descrever os quatro hospitais refederalizados pelo processo de intervenção federal. A apresentação do Hospital Geral do Andaraí, do Hospital Geral de Ipanema, do Hospital Geral de Jacarepaguá e do Hospital Geral da Lagoa será baseada nos dados apresentados pelo documento Prontuário Gerencial (PG), aplicado em cada uma das unidades hospitalares refederalizadas pelo Departamento de Gestão Hospitalar (DGH) do Ministério da Saúde.

O DGH foi criado após o período de intervenção federal no município do Rio de Janeiro como uma estratégia do Ministério da Saúde de aproximação às unidades hospitalares refederalizadas. Os documentos – Prontuário Gerencial – produzidos por esse departamento em 2007 abrangem diversas informações com detalhamentos significativos para os diversos setores dos hospitais, sendo a sua utilização justificada uma vez que são documentos oficiais produzidos por departamento do próprio Ministério da Saúde.

Para efeito desse estudo, mediante o grande volume de informações nesses documentos, somente alguns elementos significativos de apresentação mais geral das unidades serão descritos, sendo os dados relacionados aos recursos humanos detalhados de forma mais específica.

Na apresentação dos hospitais, deve ser considerado o momento em que os instrumentos foram aplicados, bem como a percepção daqueles que o aplicaram e

responderam, não sendo este um panorama definitivo ou determinante de tais unidades hospitalares.

2.1 - O HOSPITAL GERAL DO ANDARAÍ

O Prontuário Gerencial no Hospital do Andaraí (PGHA) foi aplicado entre os dias 16 de novembro de 2006 e 3 de Julho de 2007, sob a coordenação de dois profissionais do DGH.

Essa unidade foi fundada em 1945 como uma clínica intitulada Clínica São Jorge. A passagem para uma unidade de assistência hospitalar somente aconteceu em 1955, sendo nomeado como Hospital dos Marítimos.

Em 1967, o hospital passou a fazer parte da rede de assistência médico-hospitalar do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). No entanto, foi a partir de 1993 com a promulgação da lei 8.689, a qual dispunha sobre a extinção desse instituto, que o hospital passou a integrar a rede de assistência à saúde pública do Ministério da Saúde. Em 2000, com as propostas de municipalização da assistência, o hospital passa a ser gerenciado pela prefeitura do Rio de Janeiro. Com o processo de intervenção federal em 2005, momento histórico recortado por esse estudo, o hospital é refederalizado.

No entanto, a formalização da refederalização somente aconteceu em 08 de setembro de 2006, quando o Ministério da Saúde e a prefeitura do Rio de Janeiro assinaram acordo formalizando a retomada desses hospitais à esfera federal.

O hospital possui um conselho de gestão participativa composto de 30 membros, dentre eles, cinco usuários. Contudo, o documento não apresenta detalhadamente informações sobre os membros do conselho. Alguns desses membros também participam do conselho distrital, estabelecendo um intercâmbio com outros serviços de saúde. Pelo regimento interno do Hospital do Andaraí, o conselho de gestão participativa deveria se reunir bimestralmente, mas as reuniões têm ocorrido mensalmente.

Os conselhos de gestão participativa foram criados em conformidade com os princípios e diretrizes dispostos na Constituição Federal e nas leis 8080/90 e 8142/90, com a finalidade de assegurar a participação da população no acompanhamento e fiscalização da execução das políticas públicas e ações de saúde.

Quanto à composição e qualificação da estrutura gerencial, o PGHA informa que o regimento interno do hospital encontra-se em fase de elaboração e o organograma está sendo avaliado por uma equipe do Ministério da Saúde. A equipe de gestão hospitalar possui formação específica para a área, porém não são descritas quais seriam suas formações.

O hospital está em fase de elaboração de um plano diretor e realizou planejamento estratégico nos últimos cinco anos, sendo este elaborado em oficina de duração de apenas um dia realizada pelo DGH.

Sem tomar posse das discussões ocorridas nessa oficina ou dos trabalhos da comissão de planejamento, a qual não é abordada com maiores detalhes pelo documento, é relevante investigar o conteúdo desse planejamento realizado em uma

oficina de breve duração. O Hospital do Andaraí não possui contrato de gestão com instâncias superiores ou mesmo uma comissão para sua implantação.

Quanto à gestão da informação, a unidade contempla nos prontuários dos pacientes os registros fundamentais referenciados pelos conselhos de classes, e estes estão adequadamente acondicionados e disponíveis para a equipe multiprofissional.

A unidade informa mensalmente a produção ambulatorial (SIA), a produção de internação (SIH), mantém atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES), notifica doenças e agravos previstos pela vigilância sanitária, emite as declarações de nascidos vivos e encaminha para a Secretaria Estadual de Saúde, informa solicitações dos órgãos de controle e auditoria, notifica tentativas de suicídio e os suicídios, casos de maus tratos e/ou abusos sexuais contra crianças e adolescentes e ainda casos de violência contra a mulher.

O Hospital do Andaraí possui como áreas assistenciais de destaque o atendimento a queimados, cirurgia plástica, neurocirurgia, cirurgia vascular e oncologia de média e alta complexidade.

Dentre os demais serviços assistenciais pode-se descrever: anatomia patológica, anestesiologia, banco de sangue, cardiologia, cirurgias geral, plástica e vascular, clínica médica, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, neonatologia, neurocirurgia, nutrição, obstetrícia, odontologia, oftalmologia (somente na emergência), oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, patologia clínica, pediatria, pneumologia, psicologia, psiquiatria,

serviço de imagem, serviço social, terapia ocupacional, traumatologia, unidade coronariana, unidade de queimados, unidade transfusional, urologia e UTI de adulto.

Quanto aos protocolos gerenciais e assistenciais, o documento descreve que protocolos gerenciais, normas e procedimentos, são aplicados somente a alguns setores e estão em fase de elaboração. Os protocolos assistenciais também são parcialmente aplicados, uma vez que a unidade não dispõe, segundo o documento, de recursos humanos suficientes para a função e de um núcleo interno de regulação.

Quanto à participação e ao desenvolvimento de políticas prioritárias do SUS, a unidade está comprometida com a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), Política Nacional de atenção às urgências (QualiSUS), de medicamentos, saúde da mulher (possuindo no serviço de ginecologia um pólo de mama sob a supervisão do ONCORIO), política de atenção HIV / DST / AIDS e ainda possui um serviço de atenção domiciliar (SAD).

Uma situação preocupante se apresenta quanto aos direitos dos usuários no Hospital do Andaraí, na medida em que pacientes e seus familiares, em diversas clínicas do hospital, não recebem esclarecimento quanto ao adoecimento, ao plano terapêutico adotado ou mesmo quanto aos cuidados que devem ser administrados após a alta. O documento esclarece que apenas algumas clínicas realizam esses esclarecimentos, inferindo ser esta uma decisão individualizada de cada setor e não uma diretriz geral para a unidade.

A participação ativa dos usuários e seus familiares no cuidado à saúde deve se constituir em diretriz prioritária na unidade, valorando o acesso a informações relevantes quanto ao tratamento e restabelecimento dos pacientes.

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual todas as unidades afirmaram estar comprometidas como uma das diretrizes prioritárias do SUS, as ações em saúde devem estar comprometidas com: *“Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromisso / responsabilização”* (PNH, 2004, p.9).

Diante dessa diretriz, informação à saúde é direito do cidadão e informação quanto ao cuidado, principalmente após o período de alta, é possibilidade efetiva de melhora na saúde dos pacientes egressos, além de favorecer o comprometimento dos pacientes em seu cuidado, e dos profissionais com uma atenção qualificada e humanizada às demandas da população.

Como fato positivo, a carta de direitos dos usuários do SUS encontra-se disponível e existem estratégias para a sua divulgação. O serviço de ouvidoria se encontra estruturado e os relatórios servem de base para a gestão da unidade.

Foram solicitados pelo DGH ao Hospital do Andaraí indicadores como capacidade operacional, percentual de leitos reservados para a emergência, taxa de ocupação, tempo médio de permanência e coeficiente de mortalidade. Segundo o documento, houve muita dificuldade na identificação e coleta dos indicadores acima relacionados.

“Foram muitas as dificuldades para serem obtidos os indicadores hospitalares anteriormente relacionados já que este hospital não dispõe de um Núcleo de Planejamento e/ou de Informações que agreguem todas estas informações. Para a realização desta tarefa, foram sugeridos pela direção geral, dois profissionais – um diretamente ligado à Direção Administrativa e outro que atua com o Faturamento. E justamente por terem tido problemas em levantar os dados de produção no próprio hospital, precisaram buscar estas

informações na base de dados da Secretaria Estadual de Saúde” (PGHA, 2007, p.30).

Quanto à gestão dos recursos humanos, o PGHA descreve que a seleção dos profissionais para a unidade ocorre prioritariamente por concurso público. Não existe plano de capacitação funcional, educação permanente ou qualquer forma de avaliação e/ou desempenho dos recursos humanos que trabalham na unidade.

O hospital não possui plano próprio de cargos, carreira, remuneração salarial, benefícios ou incentivos por desempenho, estando tais atribuições sujeitas às decisões de organismo hierarquicamente superior na administração pública. Não existe também qualquer participação dos profissionais no plano de gestão de seus trabalhos.

Quanto ao cuidado dos trabalhadores, o documento informa que vem sendo elaborado pela unidade um estatuto de saúde do trabalhador, bem como um programa de promoção de saúde e qualidade de vida para os profissionais.

A tabela I apresenta os profissionais, por categoria e vínculo de trabalho, que compõem o quadro de pessoal do Hospital do Andaraí (PGHA, 2007, p.19).

Tabela I – Recursos Humanos do Hospital do Andaraí

Categorias Profissionais que Compõem o Quadro de Trabalhadores - HA	MS	Cedidos			Terc.	Contrato Temp.	Total
		SMS RJ	SES	SMS outras			
Administrador Hospitalar	05						14
Agente Administrativo	59	43					102
Assistente Social	04	03				25	32
Auxiliar de Enfermagem / Técnico de Enfermagem	257	293				230	780
Auxiliar de Serviços Operacionais (maqueiro, mensageiro, etc)	79	22			44		145
Biólogo						01	01
Enfermeiro	78	105				77	260
Farmacêutico	04	13				14	31
Fisioterapeuta		12				19	31
Fonoaudiólogo		01				02	03
Médico	265	163		01		163	592
Nutricionista	01	14				32	47
Odontólogo	11	13					24
Psicólogo						05	05
Terapeuta Ocupacional		08					08
Técnico de Laboratório	14	29	01			17	61
Técnico de Radiologia	23	11				33	67

Fonte: PGHA – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

O PGHA ressalta que não existe no quadro de cargos do Ministério da Saúde ou da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro o cargo de administrador

hospitalar. Entretanto, o Hospital do Andaraí, conforme apresentado pela tabela I, possui cinco administradores.

Além desses cinco profissionais, apesar da tabela não apresentar, a unidade possui ainda sete administradores júnior e dois administradores trainees terceirizados pelo Ministério da Saúde. Essa ressalva explica o total de administradores apresentado na tabela, ou seja, cinco profissionais do Ministério da Saúde e mais nove terceirizados, somando assim 14 profissionais de administração hospitalar.

Na categoria de auxiliares de serviços operacionais, foram somados agentes de portaria, agentes de serviços complementares, agentes de telecomunicação e eletricidade, agentes de vigilância, artifices de marcenaria e carpintaria, ascensoristas, auxiliares de serviços de saúde, maqueiros, motoristas oficiais e roupeiras. Segundo o documento, mais de cem residentes atuam no Hospital do Andaraí, sendo a clínica médica o setor de maior concentração desses profissionais.

Quanto à vinculação dos profissionais à unidade, considerações importantes podem ser feitas: alguns cargos possuem representantes somente vinculados à unidade através de contrato temporário, como os biólogos e psicólogos; os terapeutas ocupacionais possuem vinculação apenas com a Secretaria Municipal de Saúde; os fisioterapeutas e fonoaudiólogos somente são representados por profissionais com vinculação temporária e municipal, não havendo nessa unidade, quanto aos cargos citados, profissionais vinculados à esfera federal.

Quanto aos cargos que possuem representantes do Ministério da Saúde, é relevante considerar que uma expressiva quantidade de assistentes sociais, nutricionistas e farmacêuticos possuem vinculação temporária e/ou municipal.

No serviço de emergência dessa unidade pode-se apontar como questão relevante, apresentada pela tabela II, a expressiva prevalência de profissionais com contratos temporários e municipais nesse setor (PGHA, 2007, p.36).

Tabela II – Recursos Humanos da emergência do Hospital do Andaraí				
Dia da Semana	Contrato federal	Contrato municipal - RJ	Contrato temporário	Total equipe
Segunda-feira (nº)	15	04	06	25
Terça-feira (nº)	08	06	14	28
Quarta-feira (nº)	10	04	08	22
Quinta-feira (nº)	12	08	05	25
Sexta-feira (nº)	06	08	09	23
Sábado (nº)	05	02	18	25
Domingo (nº)	02	07	17	26
Total (nº)	58	39	77	174
Total (%)	33,33	22,41	44,26	100

Fonte: PGHA – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

A análise da tabela II demonstra que no serviço de emergência do Hospital do Andaraí quase metade dos recursos humanos, ou seja, 44,26% da força de trabalho desse setor encontra-se vinculada a contratos temporários, e 22,41% a contratos municipais.

Na maior parte dos dias da semana (terça-feira, sexta-feira, sábado e domingo), há prevalência de profissionais contratados por vinculação temporária, prestando serviço na emergência do hospital. Às quartas e na quintas-feira, apesar de uma maior representação por profissionais federais, a soma dos temporários aos municipais supera aqueles com vínculo federal.

Uma discussão mais detalhada quanto aos recursos humanos e à faceta híbrida de vínculos de trabalho que compõem o quadro de pessoal das unidades refederalizadas será realizada no capítulo 3 desse estudo.

2.2 - O HOSPITAL GERAL DE IPANEMA

O Prontuário Gerencial no Hospital de Ipanema (PGHI) foi aplicado entre os dias 16 de novembro de 2006 e 14 de agosto de 2007, sob a coordenação de dois profissionais do DGH.

O hospital foi fundado em 30 de outubro de 1955 pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (IAPC), apresentando desde a sua fundação vocação para procedimentos cirúrgicos.

Em 1967, após a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, passa a ser denominado Hospital de Ipanema, passando a estar vinculado à assistência médica do INPS. Em março de 1994, o hospital passa à gestão federal por intermédio do Núcleo do Estado do Rio de Janeiro (NERJ). Em Janeiro de 2000, é municipalizado, e em março de 2005, pelo processo de intervenção federal o hospital, retorna mais uma vez à gestão do Ministério da Saúde.

Segundo o PGHI, a unidade possui conselho de gestão participativa com reuniões semanais, nas quais há participação de gestor externo e dos usuários. Porém, o documento não informa a composição do conselho. A unidade participa ainda, mensalmente, do conselho distrital de saúde.

Quanto à composição e qualificação da estrutura gerencial, o documento descreve que o regimento interno e o organograma estão sendo elaborados. A equipe que integra a gestão da unidade possui formação específica para atuação, mas esta não é apresentada. A unidade não possui plano diretor ou mesmo planejamento estratégico e também não há contrato de gestão ou comissão designada para sua implantação.

Quanto à gestão das informações, a unidade contempla em seus prontuários os registros fundamentais solicitados pelos conselhos de classes e os disponibiliza para a equipe multiprofissional. No entanto, os prontuários não se encontram devidamente acondicionados, o documento não faz referência à dificuldade no acondicionamento destes, mas aponta tal situação.

O hospital informa mensalmente a produção ambulatorial (SIA), a produção de internação (SIH), mantém atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), notifica doenças e agravos previstos pela vigilância sanitária, informa com presteza as solicitações dos órgãos de controle e auditoria, notifica tentativas e casos confirmados de suicídio e de violência contra a mulher.

O Hospital de Ipanema é uma unidade primordialmente cirúrgica de média e alta complexidade em diversas especialidades, tendo como destaque: cirurgia geral, bariátrica, minimamente invasivas em ginecologia, oftalmológica (inclusive com

transplante de córnea), ortopédica, plástica reparadora, colo-proctológica, endourológica, neurocirurgia e cirurgia oncológica.

Dentre os demais serviços e suportes assistenciais, pode-se encontrar nessa unidade: anatomia patológica, anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, clínica médica, enfermagem, endoscopia digestiva, farmácia, fisioterapia, ginecologia, nefrologia, neurocirurgia, nutrição, oftalmologia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, patologia clínica, pneumologia, psiquiatria, serviço de imagem, serviço social, unidade transfusional, urologia e UTI para adultos.

Quanto aos protocolos gerenciais e assistenciais, o documento aponta que protocolos gerenciais, quanto à normas e procedimentos, são aplicados, enquanto os assistenciais não possuem aplicação.

Quanto à participação e desenvolvimento de políticas prioritárias do SUS, o hospital se encontra comprometido com a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) e com a Política de Atenção HIV/DST/AIDS. A unidade possui ainda um projeto específico direcionado à saúde da mulher.

Quanto aos direitos dos usuários, a unidade esclarece os pacientes e seus familiares sobre o adoecimento e a continuidade dos cuidados após o período de internação. Já o esclarecimento quanto ao plano terapêutico somente acontece em algumas clínicas do hospital e a carta de direitos dos usuários do SUS não está disponível.

O serviço de ouvidoria se encontra estruturado e as sugestões são direcionadas à gestão do hospital, porém o documento não informa em que medida as sugestões são utilizadas como ferramentas gerenciais.

Assim como no Hospital do Andaraí, foram solicitados ao Hospital de Ipanema indicadores como capacidade operacional, taxa de ocupação, tempo médio de permanência e taxa de mortalidade. No entanto, apesar de solicitar tais informações e de o Hospital de Ipanema disponibilizar os dados, o documento não estabelece qualquer avaliação sobre esses indicadores.

Quanto à gestão dos recursos humanos, o documento descreve que a forma predominante de contratação é o concurso público e que a unidade possui um plano de gerenciamento de pessoal que permite apenas o acompanhamento dos absenteísmos.

Não existe plano de capacitação funcional e educação permanente para os profissionais, com ressalva para os profissionais de enfermagem. A unidade também não dispõe de mecanismos de avaliação de desempenho dos recursos humanos que compõem a sua força de trabalho.

A unidade hospitalar de Ipanema não possui plano próprio de cargos, carreira, remuneração salarial, benefícios ou incentivos por desempenho, estando tais atribuições sujeitas às decisões de organismo hierarquicamente superior na administração pública. Não existe também qualquer participação dos profissionais no plano de gestão de seus trabalhos.

Quanto ao plano de cuidados aos trabalhadores, uma comissão de saúde do trabalhador iniciou suas atividades solicitando exames periódicos. Nesse hospital não existe avaliação da satisfação dos profissionais, mas um programa de promoção de saúde e qualidade de vida para os trabalhadores está em processo de implantação.

A tabela III apresenta os profissionais que compõem o quadro de pessoal do Hospital de Ipanema (PGHI, 2007, p.19).

Tabela III – Recursos Humanos do Hospital de Ipanema							
Categorias Profissionais que Compõem o Quadro de Trabalhadores - HI	MS	Cedidos			Terc.	Contrato Temp.	Total
		SMS RJ	SES	SMS outras			
Administrador Hospitalar					05		05
Agente Administrativo	38	22			20		80
Assistente Social	05					05	10
Auxiliar de Enfermagem /Técnico de Enfermagem	131	90	03			82	306
Auxiliar de Serviços Operacionais (maqueiro, mensageiro, etc)						11	11
Biólogo						02	02
Enfermeiro	50	29				44	123
Farmacêutico	05	04		02		02	13
Fisioterapeuta		01				14	15
Médico	198	23	12	01		53	287
Nutricionista	04	01				15	20
Técnico de Hemoterapia						01	01
Técnico de Laboratório	11		01			03	15
Técnico de Radiologia	13	01				12	26

Fonte: PGHI – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

A análise da tabela III permite observar que os cargos de administrador hospitalar, auxiliar de serviços operacionais, biólogo, fisioterapeuta e técnico em hemoterapia somente são representados por profissionais com vinculação

temporária, municipal ou terceirizada, não havendo vínculo federal para esses cargos na unidade.

Quanto aos profissionais com vínculos federais pode ser observado que os auxiliares/técnicos de enfermagem com vinculação temporária, estadual ou municipal, quando somados, formam mais da metade da força total de trabalho em suas categorias. A mesma situação se coloca para os enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas.

Os técnicos de radiologia e assistentes sociais, quando somados os de vínculos temporários aos municipais, representam metade da força de trabalho desses profissionais na unidade.

2.3 – O HOSPITAL GERAL DE JACAREPAGUÁ

O Prontuário Gerencial no Hospital de Jacarepaguá (PGHJ) foi aplicado entre os dias 16 de novembro de 2006 e 10 de julho de 2007, sob a coordenação de cinco profissionais do DGH.

Fundado em 2 de maio de 1945 como Departamento de Benefício Sanitário Cardoso Fontes, foi originalmente destinado ao tratamento de doenças do aparelho respiratório, sobretudo ao tratamento da tuberculose. Seu nome foi uma homenagem ao grande cientista de Manguinhos, Professor Antônio Cardoso Fontes.

Nas décadas de 40 e 50, foi referência, como mencionado, para o tratamento de doenças pulmonares, principalmente por estar em uma área cercada de muito verde, da Mata Atlântica da Tijuca, sendo desde a sua origem caracterizada como uma unidade de assistência, mas também de docência.

Integrou a rede de assistência médica do INPS, sendo em 1993 transferido à gestão federal, passando a pertencer à rede de assistência pública do SUS. Em 10 de junho de 1999 foi municipalizado, nomeado a partir dessa época, Hospital Municipal Cardoso Fontes. Em março de 2005, pelo processo de intervenção federal, retorna à gestão federal.

O Hospital de Jacarepaguá possui conselho de gestão participativa, mas este apenas possui ações consultivas e não deliberativas. As reuniões são abertas a todos os interessados e ocorrem mensalmente. O PGHJ não informa a composição do conselho, apenas que há representação da comunidade. A unidade participa ainda do conselho distrital.

Quanto à composição e qualificação da estrutura gerencial, o documento informa que o regimento interno e o organograma estão em fase de elaboração, e que a equipe responsável pela gestão da unidade encontra-se em processo de formação específica para atividades gerenciais.

A unidade não possui plano diretor e não realizou planejamento estratégico nos últimos cinco anos, mas uma comissão para tal atividade já foi conformada. O hospital também não possui contrato de gestão.

Quanto à gestão da informação, os prontuários dos pacientes contemplam os registros fundamentais solicitados pelos conselhos de classe, mas não são acondicionados adequadamente ou disponibilizados oportunamente para a equipe multiprofissional. O documento não informa o motivo de tais dificuldades.

A unidade informa mensalmente a produção ambulatorial (SIA), a produção de internação (SIH) e notifica doenças e agravos previstos pela vigilância sanitária.

Contudo, não mantém atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O hospital informa com presteza as solicitações dos órgãos de controle e auditoria, notifica casos de maus tratos e/ou abuso sexual contra crianças e adolescentes ao Conselho Tutelar e ao Ministério da Saúde, notifica ainda casos de violência contra a mulher. No entanto, não notifica as tentativas e casos de suicídios.

O Hospital de Jacarepaguá possui como algumas de suas especialidades a cirurgia geral, urológica, proctológica, ginecológica, vascular, torácica, pediátrica e oftalmológica.

Dentre os demais serviços assistenciais pode-se apontar: anatomia patológica, anestesiologia, banco de sangue, cardiologia, cirurgia geral, pediátrica e vascular, clínica médica, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, nefrologia, neurologia, nutrição, odontologia, odontologia para pacientes especiais, oftalmologia, oncologia, otorrinolaringologia, patologia clínica, pediatria, pneumologia, psicologia, serviço de imagem, serviço social, terapia ocupacional, unidade coronariana e transfusional, urologia, UTI adulto e pediátrica.

Quanto aos protocolos gerenciais e assistenciais, o documento aponta que protocolos gerenciais, normas e procedimentos são aplicados informalmente, assim como os protocolos assistenciais.

Em relação à participação e desenvolvimento nas políticas prioritárias do SUS, o hospital se encontra comprometido apenas com a Política Nacional de

Humanização (HumanizaSUS), não havendo no documento nenhuma justificativa para o não envolvimento com as demais políticas.

Segundo o PGHJ, os pacientes e familiares são esclarecidos sobre o adoecimento; no entanto, não são oferecidas informações quanto ao plano terapêutico ou continuidade dos cuidados necessários após o período internação.

A carta de direito dos usuários do SUS encontra-se disponível para trabalhadores e usuários e existem ações para sua divulgação. O serviço de ouvidoria se encontra estruturado e os relatórios servem de base para estratégias de gestão da unidade.

Assim como nas outras unidades, foram solicitados indicadores como taxa de ocupação, tempo médio de permanência, número de leitos existentes e em operação. O documento não estabelece qualquer forma específica de análise desses dados, mas estes foram disponibilizados aos profissionais do DGH.

Quanto à gestão dos recursos humanos, o modo predominante de contratação de profissionais é por concurso público. Um plano de gerenciamento de pessoal que contempla movimentação e absenteísmo está sendo elaborado.

A unidade informa que possui plano de capacitação funcional e educação permanente para seus profissionais, mas o documento não descreve como esta atividade é realizada, seu conteúdo ou mesmo se é subsidiada pelo próprio hospital ou em oportunidades oferecidas pelo SUS.

O Hospital de Jacarepaguá não possui plano próprio de cargos, carreira, remuneração salarial, benefícios ou incentivos por desempenho, estando tais atribuições sujeitas às decisões de organismo hierarquicamente superior na

administração pública. Porém, os profissionais participam do plano de gestão de seu trabalho.

Um programa de promoção de saúde e qualidade de vida para os trabalhadores vem sendo elaborado pela área de medicina e saúde do trabalhador, que está sistematizando indicadores para o acompanhamento dos profissionais. Entretanto, a unidade ainda não possui um sistema ou plano de avaliação da satisfação de seus trabalhadores.

A tabela IV mostra o quadro de profissionais do Hospital de Jacarepaguá (PGHJ, 2007, p.16).

Tabela IV – Recursos Humanos do Hospital de Jacarepaguá							
Categorias Profissionais que Compõem o Quadro de Trabalhadores - HJ	MS	Cedidos			Terc.	Contrato Temp.	Total
		SMS RJ	SES	SMS outras			
Administrador Hospitalar	01						01
Administrador Nível 5					01		01
Administrador Nível 4					01		01
Agente Administrativo	55						55
Agente de Administração		15					15
Assistente Administrativo					03		03
Assistente Social	06					16	22
Auxiliar Administrativo					37		37
Auxiliar de Enfermagem	177	249				55	481
Auxiliar de Laboratório		07					07
Auxiliar de Necropsia		01					01

Auxiliar de Radiologia						06	06
Bibliotecário	01						01
Enfermeiro	50	56				57	163
Farmacêutico	06	04				04	14
Fisioterapeuta	01	08					09
Fisioterapeuta Respiratório						15	15
Fonoaudiólogo		02					02
Histotécnico						01	01
Laboratorista	01						01
Médico	239	65				182	486
Nutricionista	01	13				14	28
Odontólogo	10	02				02	14
Psicólogo	01					10	11
Técnico de Contabilidade	01						01
Técnico de Enfermagem	01					135	136
Técnico de Laboratório	28	06				23	57
Técnico em Patologia						03	03
Técnico em Radiologia	20					23	43
Terapeuta Ocupacional	01						01

Fonte: PGHJ – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

A análise da tabela IV permite observar que os fisioterapeutas respiratórios, histotécnicos, técnicos em patologia e auxiliares de radiologia estão vinculados à unidade apenas por contrato temporário. Os fonoaudiólogos, auxiliares de laboratório e de necropsia e agentes de administração estão apenas vinculados à Secretaria Municipal de Saúde.

Os assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, farmacêuticos, médicos, técnicos de laboratório e técnicos de radiologia, quando somados os vínculos temporários e municipais, constituem mais da metade da força de trabalho dessas categorias no Hospital de Jacarepaguá.

Os fisioterapeutas municipais superam a vinculação feral em oito vezes, os psicólogos temporários em dez vezes, e a soma dos vínculos municipais e temporários dos nutricionistas é representativa de quase a totalidade desses profissionais na unidade.

2.4 - O HOSPITAL GERAL DA LAGOA

O Prontuário Gerencial no Hospital da Lagoa (PGHL) foi aplicado entre os dias 3 de novembro de 2006 e 27 de julho de 2007, sob a coordenação de três profissionais do DGH.

Essa unidade hospitalar foi construída por iniciativa da Fundação Larragoiti para o atendimento dos funcionários do Grupo Sul América. O projeto arquitetônico coube a Oscar Niemeyer e Helio Uchoa e o local escolhido foi a antiga favela da hípica, às margens da Lagoa Rodrigo de Freitas.

O Hospital Sul América demorou oito anos para ser construído e, ao ficar pronto, foi posto à venda, sendo nessa oportunidade adquirido pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB), sendo inaugurado em 1962 com o nome de Hospital dos Bancários.

Em 1967, com a unificação dos Institutos de Previdência, passou a ser chamado de Hospital da Lagoa, sendo transferido para o INPS e posteriormente para

o Ministério da Saúde. Em 1999, foi municipalizado, e em 2005 refederalizado pelo processo de intervenção federal no município do Rio de Janeiro.

O Hospital da Lagoa possui conselho de gestão participativa composto por representantes dos usuários, funcionários e da direção da unidade, sendo suas reuniões realizadas mensalmente. A unidade participa ainda do conselho distrital de saúde.

Quanto à composição e qualificação da estrutura gerencial, o documento informa que não há regimento interno em vigor, e que existe organograma contemplando os níveis de diretoria e gerências. A equipe de gestão possui formação específica, mas o documento não apresenta informações detalhadas sobre as formações.

A unidade possui plano diretor, mas não realizou planejamento estratégico nos últimos cinco anos. Não existe também contrato de gestão ou mesmo uma comissão responsável pela sua implantação.

Quanto à gestão da informação, o PGHL descreve que a unidade contempla nos prontuários dos pacientes os registros fundamentais solicitados pelos conselhos de classes, estando adequadamente acondicionados e disponíveis para a equipe multiprofissional.

A unidade informa mensalmente a produção ambulatorial (SIA), a produção de internação (SIH), mantém atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES) e notifica doenças e agravos previstos pela vigilância sanitária.

O hospital informa as solicitações dos órgãos de controle e auditoria, notifica tentativas de suicídio e os suicídios, casos de maus tratos e/ou abusos sexuais contra crianças e adolescentes e casos de violência contra a mulher.

O Hospital da Lagoa é uma unidade de referência para cirurgias pediátricas, com especial destaque para a UTI adulta e pediátrica, cirurgia oncológica, retinografia, fotocoagulação retiniana e implante de marcapasso cardíaco.

Dentre os demais serviços assistências podem-se encontrar: anatomia patológica, anestesiologia, cardiologia, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgias gerais, plásticas, vasculares, médicas, de mãos e neonatais, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, hospital-dia, medicina do trabalho, nefrologia, neonatologia, neurocirurgia, neurologia, nutrição, odontologia, oftalmologia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, patologia clínica, pediatria e suas especialidades, pneumologia, psicologia, psiquiatria, quimioterapia, radioterapia, serviço de imagem, serviço social, terapia ocupacional, unidade coronária, transfusional, urologia, UTI neonatal, cirúrgica e pediátrica.

Quanto aos protocolos gerencias e assistenciais, o documento informa que estão em fase de elaboração. A unidade se encontra comprometida com a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), Política de Atenção ao Idoso, Política Nacional de Medicamentos, de Saúde da Mulher, de Saúde Mental, de Atenção à HIV/DST/AIDS e Política Nacional de Cirurgias Eletivas.

Quanto aos direitos dos usuários, a unidade hospitalar esclarece os pacientes e seus familiares quanto ao processo de adoecimento e os orienta quanto à continuidade do cuidado após o período de internação. Contudo, enquanto internados não recebem esclarecimentos quanto ao plano terapêutico adotado. A

carta de direitos dos usuários do SUS se encontra disponível para usuários e profissionais e existem ações para sua divulgação.

Assim como para os demais hospitais apresentados, foram solicitados à unidade indicadores como capacidade operacional, percentual de leitos reservados para a emergência, taxa de ocupação, tempo médio de permanência e taxa de mortalidade. No entanto, apesar da unidade disponibilizar tais informações ao DGH, não há no PGHL qualquer forma de avaliação ou consideração sobre os indicadores solicitados.

Quanto à gestão dos recursos humanos, o documento informa que a seleção dos profissionais é realizada prioritariamente através de concursos público, realizado por instância superior ao hospital.

A unidade afirma existir plano de capacitação funcional e educação permanente para os profissionais, porém o PGHL não apresenta como este é processado ou se ocorre somente em oportunidades ofertadas pelo SUS.

O hospital não possui plano próprio de cargos, carreira, remuneração salarial, benefícios ou incentivos por desempenho, estando tais atribuições sujeitas às decisões de organismo hierarquicamente superior na administração pública. No entanto, os profissionais participam do plano de gestão de seu trabalho através de comitês e colegiados gestores.

Atividades de promoção de saúde e qualidade de vida vêm sendo elaboradas pelo serviço de medicina e saúde do trabalhador da unidade, porém ainda não foi aplicada qualquer avaliação da satisfação dos profissionais desse hospital.

A tabela V apresenta os recursos humanos do Hospital da Lagoa por categoria e vínculo com a unidade (PGHL, 2007, p.17).

Tabela V – Recursos Humanos do Hospital da Lagoa							
Categorias Profissionais que Compõem o Quadro de Trabalhadores - HL	MS	Cedidos			Terc.	Contrato Temp.	Total
		SMS RJ	SES	SMS outras			
Administrador Sênior - Nível VI					06		06
Administrador Junior - Nível V					05		
Administrador Trainee - Nível IV					02		02
Agente Administrativo	32	37					69
Assistente Social	03					07	10
Auxiliar de Enfermagem	236	392				02	630
Auxiliar de Laboratório	01	11					12
Biólogo						02	02
Cirurgião Dentista		05					05
Enfermeiro	77	96				39	212
Engenheiro					02		02
Engenheiro Clínico					01		01
Farmacêutico	01	18				13	32
Farmacêutico Bioquímico	03					02	05
Fisioterapeuta		13				15	28
Fonoaudióloga	04	08					12
Histotécnico						02	02
Laboratorista	05						05
Médicos	345	81		08		131	565

Nutricionista	01	20			06	09	36
Odontólogo	09						09
Psicólogo	03					06	09
Técnico de Laboratório	12	16				13	41
Técnico de Nutrição					02		02
Técnico de Radiologia	31	06				19	56
Técnico em Enfermagem					02	75	77
Técnico em Higiene Dental		01					01
Terapeuta Ocupacional	02						02

Fonte: PGHL – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

A análise da tabela V permite afirmar que os biólogos, cirurgiões dentistas, fisioterapeutas e histotécnicos somente encontram-se vinculados a contratos temporários ou à secretaria municipal de saúde. Os enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, fonoaudiólogos, técnicos de laboratório e psicólogos, quando somados os de vínculos municipais aos temporários, constituem mais da metade da força de trabalho dessas categorias na unidade.

Os farmacêuticos são representados somente por um profissional federal e 31 profissionais quando somados os de contratos temporários e municipais. Tal situação também ocorre com os auxiliares de laboratório, representados por 11 profissionais municipais, e com os nutricionistas, representados por 35 profissionais quando somados os contratos temporários, municipais e com a secretaria estadual de saúde.

O quadro IV permite observar uma síntese das apresentações das quatro unidades hospitalares refederalizadas.

Quadro IV - Síntese das principais informações dos quatro hospitais refederalizados				
	Hospital do Andaraí	Hospital de Ipanema	Hospital de Jacarepaguá	Hospital da Lagoa
Ano de fundação	1945	1955	1945	1962
Participação da rede assistencial da Previdência	Sim	Sim	Sim	Sim
Ano de municipalização	2000	2000	1999	1999
Ano de refederalização	2005	2005	2005	2005
Possui conselho de gestão participativa	Sim	Sim	Sim	Sim
Possui regimento interno	Em Elaboração	Em Elaboração	Em Elaboração	Não
Possui organograma	Em Elaboração	Em Elaboração	Em Elaboração	Sim
A equipe de gestão possui capacitação específica	sim	Sim	Em Capacitação	Sim
Realizou planejamento estratégico nos últimos 5 anos	Sim	Não	Não	Não
Possui contrato de gestão	Não	Não	Não	Não
Possui emergência	Sim	Não	Sim	Não
Cirurgias e Clínicas exclusivas em cada um dos hospitais	Traumatologia e unidade de queimados	Cirurgia bariátrica e ortopédica	Odontologia para pacientes especiais e cirurgia torácica	Cirurgia de cabeça e pescoço, mãos, neonatal, quimioterapia, radiologia, fotocoagulação retiniana, hospital-dia, retinografia, medicina do trabalho e UTI Neonatal
Cirurgias e clínicas superpostas em cada um dos hospitais	Cir. Plati., geral, neuro., vascl. oncol. Anato. patológica,	Cirg.,geral, gineco., oftalmo.,plast., neuro., colo-procto.,	Cirg.,geral, urol., procto., gineco.,vascl., ped., e oftalmo. Anato.	Cirg.,ped.,oncol., bucomaxilofacial, neuro., plast., vascl., implante

	anestes.,banco de sangue, cardiol., cl.médica, enfermagem, farmácia, fisiot.,fono., gastro., gineco., hemato.,neonato nutrição,obstetrícia, odonto., oftalmo., ortopedia., otorrino., pat.cl.,pediatria, pneumo.,psico., psiqui.,imagem., serviço social, ter.ocup., unidade coronariana., urologia, UTI adulto.	endo-uro., oncol. Anato. patológica, anest., cardiol., cl. Médica, enfermagem, endo.,digestiva, farmácia, fisiot., gineco., nefro., nutrição, oftalmo., oncol., ortopedia, otorrino., pat. clínica, pneumo., psiqui., imagem, serviço social, unidade transfusional, urologia e UTI para adultos.	patológica, anest.,banco de sangue, cardiol., cl. médica, enfermagem, farmácia, fisiot.,fono., gastro.,gineco., hemato., nefro., neuro., nutrição, odonto., oftalmo.,oncol., otorrino., pat. clínica, ped., pneumo.,psico. imagem, serviço social, ter. ocup., unidade coronariana e transfus., urol., UTI adulto e pediátrica.	de marcapasso. Anato. patológica, anest., cardiol., enfermagem, farmácia, fisiot., fono., gastro., gineco., hemato., nefro., neonato., neurol., nutrição, odonto., oftalmo., oncol., ortop., otorrino., ped., pat. clínica, pneumo., psico., psiqui.,imagem, serviço social, ter. ocup., unidade coronariana transfus., urol., UTI adulta e ped.
Possui serviço de ouvidoria	Sim	Sim	Sim	Sim
Realiza acompanhamento de indicadores de qualidade	Não	Sim – Mas não os utiliza como ferramenta de gestão	Sim – Mas não os utiliza como ferramenta de gestão	Sim – Mas não os utiliza como ferramenta de gestão
Possui plano próprio de gestão de RH (benefícios, remuneração, avaliação, capacitação e incentivos)	Não	Não	Não	Não

Fonte: PGHA, PGHI, PGHJ, PGHL – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

A análise do quadro IV permite concluir que o Hospital do Andaraí e de Jacarepaguá são os mais antigos, sendo o Hospital da Lagoa o projeto mais recente. Todas essas unidades fizeram parte da rede de saúde assistencial da Previdência, o que demonstra a relevância e referência dessas unidades na história do cuidado hospitalar no país.

Os quatro hospitais passaram por um processo de municipalização entre 1999 e 2000, sendo todos refederalizados pelo processo de intervenção federal em 2005.

A existência de conselhos de gestão participativa demonstra a interação propositiva dessas unidades com as diretrizes do SUS, na medida em que pactua com a participação comunitária e com o controle social.

A existência de regimento interno ainda se apresenta incipiente, uma vez que em três hospitais este ainda se encontra em elaboração, e em um deles não existem iniciativas de sua formulação.

Situação semelhante pode ser encontrada na investigação quanto à existência de organograma nas unidades. Somente o Hospital da Lagoa o possui de forma estruturada e aplicada, estando os demais em fase de sua elaboração. Todas as unidades afirmam que seus profissionais responsáveis pela gestão são qualificados para tal atividade, porém nenhum dos Prontuários Gerenciais apresenta informações sobre as suas capacitações para a atividade gerencial.

Nenhuma das unidades possui contrato de gestão, situação que inviabiliza o acompanhamento e estabelecimento de metas ou objetivos pela instância federal, sendo que somente o Hospital do Andaraí realizou algum tipo de planejamento estratégico nos últimos cinco anos. Como fator positivo, todas as unidades possuem serviço de ouvidoria estruturado, favorecendo dessa forma a vocalização dos cidadãos.

Um problema relevante a ser destacado se refere aos indicadores de mensuração do desempenho hospitalar, uma vez que as unidades não realizam o seu acompanhamento ou, quando o fazem, esse não é utilizado, segundo o DGH, para subsidiar as atividades de gestão. A ausência de monitoramento desses

indicadores inviabiliza uma análise mais aproximada da qualidade da assistência prestada.

Na observação das clínicas ou cirurgias de oferta exclusiva em cada uma das unidades, é possível identificar que o atendimento exclusivo se restringe apenas a poucas clínicas ou serviços cirúrgicos.

A análise dessa característica pode ser apresentada a partir de duas interpretações: a primeira compreende que as clínicas e serviços cirúrgicos possuem boa distribuição entre as unidades hospitalares, sendo ofertadas de forma homogênea à população dos diferentes bairros do município, motivo pelo qual há sobreposição de serviços ofertados pelos hospitais; a segunda interpretação direciona a análise para uma possível competição entre as clínicas e serviços oferecidos pelos hospitais, situação na qual poderia estar sendo ofertada maior quantidade de serviços do que a demanda dos cuidados de saúde da população.

Uma discussão mais aprofundada sobre esse assunto necessita de uma análise quanto às necessidades de saúde da população adstrita dos bairros prioritariamente atendidos por esses hospitais, visando identificar suas principais demandas.

A informação mais relevante a ser destacada no quadro IV se refere à inexistência, em todas as unidades estudadas, de um plano próprio de gestão de recursos humanos. A falta de uma política pró-ativa de recursos humanos aliada à composição híbrida dos vínculos de trabalho gera uma problemática importante nas unidades refederalizadas, promovendo um mosaico de vinculações que em muitos casos desfavorece a governabilidade federal nesses hospitais. Um estudo mais

detalhado da força de trabalho nas unidades refederalizadas será apresentado no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 3

OS RECURSOS HUMANOS E O MOSAICO DOS VÍNCULOS DE TRABALHO NAS QUATRO UNIDADES REFEDERALIZADAS

Esse capítulo objetiva apresentar e problematizar a composição dos vínculos de trabalho dos recursos humanos, nas quatro unidades hospitalares refederalizadas, com vistas a analisar evidências quanto à governabilidade federal nesses hospitais.

Uma análise quanto à governabilidade em hospitais que passaram pelo processo de municipalização e retornaram à gestão federal deve ser norteada pela diretriz da descentralização presente na Constituição Federal de 1988, e pela flexibilização e precarização dos vínculos de trabalho que permearam os anos 90.

A Constituição Federal de 1988 introduziu a diretriz da descentralização na organização e gestão do sistema de saúde do país, sendo escolhida como a melhor alternativa para a baixa qualidade da assistência que vinha sendo prestada à população, ampliando dessa forma a autonomia das autoridades públicas locais (Costa e Silva, 2002). O processo de descentralização objetivava que a gestão se aproximasse da assistência, proximidade que favoreceria a identificação das necessidades e demandas dos cidadãos atendidos pelo sistema de saúde.

A descentralização através da redistribuição da capacidade decisória e de recursos foi marcada pela definição de novas atribuições, sendo direcionada à gestão municipal, quase em sua totalidade, à prestação de serviços de saúde aos cidadãos (Costa e Silva, 2002).

As competências da esfera municipal na prestação de serviços de saúde foram reinteradas pela lei 8080 de 1990, artigo 18º, incisos I e II que atribuíram à esfera municipal a responsabilidade em *“planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, e gerir e executar os serviços públicos de saúde”*, além de *“participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual”* (Lei 8080, 1990).

As mudanças nas responsabilidades dos entes federativos quanto à gestão do sistema induziram o crescimento das ações realizadas pelos governos locais e a progressiva diminuição das responsabilidades federais na prestação dos serviços de saúde. Segundo dados apresentados por Costa e Silva, a autonomia na gestão administrativa e financeira local representou uma passagem quase total da gestão dos serviços de saúde para os municípios, sendo sua evolução entre os anos 1981 e 1992 de 22% para 69% (Costa e Silva, 2002).

Ainda segundo os autores, em 1999 a responsabilidade na prestação direta por serviços de saúde pela esfera federal e estadual era quase residual, sendo o município responsável por 92% da gestão dos serviços de saúde, ficando o governo federal com 2% e o estadual com 6% (Costa e Silva, 2002).

Os dados apresentados por esses pesquisadores ainda revelam que o crescimento global do emprego em saúde no setor público do SUS foi prioritariamente caracterizado por um crescimento significativo do emprego municipal, tendo este apresentado um crescimento entre os anos de 1992 e 1999 de 85,5% (Costa e Silva, 2002).

A ampliação das responsabilidades da gestão do sistema de saúde municipal não foi direcionada apenas para os serviços de atenção básica, na medida em que, nas unidades de saúde hospitalares, os gestores adotaram formas complementares ou alternativas ao regime estatutário para a contratação de profissionais (Costa e Silva, 2002).

Nessa perspectiva, o aumento de profissionais de saúde vinculados à esfera municipal pode ser compreendido como resposta à diretriz de descentralização que direcionou majoritariamente a prestação de serviços de saúde para a gestão local, promovendo um importante viés disparador de vínculos de trabalho flexíveis e precários, que marcaram a contratação de profissionais na década de 90 (Costa e Silva, 2002).

Durante a segunda metade dos anos 90, os estudos que se ocupavam da força de trabalho no campo da saúde tiveram que se confrontar com uma nova ordem social, marcadamente referenciada pela informalidade nos vínculos de trabalho (Nogueira, 2002).

A necessidade de ampliação dos quadros de recursos humanos, a flexibilização e precariedade das relações de trabalho e a diferenciação dos contratos estabelecidos entre os serviços de saúde compuseram um mosaico de vínculos de trabalho nas unidades de saúde municipais.

Com esse entendimento, a apresentação da força de trabalho e de suas formas de vinculação às quatro unidades refederalizadas deverá ser norteada pela compreensão de que estes hospitais passaram por um processo de municipalização no final da década de 90, sendo sua gestão atravessada pela diretriz da descentralização e pela necessidade de ampliação do seu quadro de recursos

humanos, situação que favoreceu formas alternativas e complementares de contratação de profissionais.

3.1 - OS RECURSOS HUMANOS NOS HOSPITAIS REFEDERALIZADOS: QUANTITATIVO E VÍNCULOS DE TRABALHO COM A UNIDADE

HOSPITAL GERAL DO ANDARAÍ

A tabela VI apresenta o quantitativo de profissionais por vínculo e nível de formação superior, nível de formação médio, e demais níveis de formação profissional no Hospital do Andaraí.

Pode-se destacar que os profissionais dessa unidade estão vinculados ao hospital a partir de três vínculos principais, sendo estes com o Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e por contratos temporários, tendo uma representação pequena de profissionais de outras secretarias municipais, secretaria estadual de saúde e contratos terceirizados.

Segundo a tabela VI pode-se perceber que somente 36,31% do total dos profissionais que atuam na unidade possuem vinculação federal, sendo a vinculação municipal representada por 33,14% e os contratos temporários por 28,05%.

Entretanto, ao compararmos os profissionais com vínculo federal com a soma dos profissionais com contrato temporário e municipal, é possível perceber que 61,19% da força de trabalho total dessa unidade hospitalar está principalmente referenciada ao município e aos contratos temporários.

Tal situação se torna fonte de ameaça à sustentabilidade dessa unidade de saúde, na medida em que os profissionais com vínculo municipal retornarão à Secretaria Municipal de Saúde e os profissionais com vínculo temporário tenderão a ter finalizados seus contratos de trabalho, de modo que uma análise de recomposição da força de trabalho no Hospital do Andaraí deverá ser considerada.

Tabela VI – Percentual de profissionais por nível de formação - HA							
Vínculo	MS	SMS RJ	SMS - Outros Munic.	SES	Terc.	Contr. Temp.	Total Geral
Nível Superior (%)	16,70	15,07	0	0,05	0,41	15,34	47,57
Nível Médio (%)	16,02	17,07	0,05	0	0	12,71	45,85
Demais Profissionais (%)	3,59	1	0	0	1,99	0	6,58
Total (%)	36,31	33,14	0,05	0,05	2,40	28,05	100
MS (%)				SMS - RJ + Contr. Temp. (%)			
36,31				61,19			

Fonte: Dados para o cálculo percentual retirados do PGHA – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

Quanto a análise do quantitativo e das fontes de vinculação com a unidade, referente às categorias de médicos, enfermeiros e demais categorias de nível superior, além de auxiliares/técnicos de enfermagem, a preocupação acima também se faz relevante, conforme pode ser observado na tabela VII.

Tabela VII - Percentual por categoria e vínculo de trabalho - HA							
Categoria/ Vínculo	MS	SMS RJ	SMS - Outros Munic.	SES	Terc.	Contr. Temp.	Total Geral
Nº Médico (%)	44,76	27,53	0	0,18	0	27,53	100
Nº Enfermeiro (%)	30	40,38	0	0	0	29,62	100
Nº Demais Categ. (%)	12,76	32,65	0	0	4,59	50	100
Nº Aux. / Tec. Enfermagem (%)	32,95	37,56	0	0	0	29,49	100

Fonte: Dados para o cálculo percentual retirados do PGHA – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

A análise dessa tabela mostra que na unidade hospitalar do Andaraí o percentual de médicos (44,76%) vinculados ao Ministério da Saúde supera as demais formas de vinculação, sendo a Secretaria Municipal de Saúde e os contratos temporários representados por 27,53% cada um.

No entanto, os profissionais de enfermagem são representados em sua maioria por vínculos municipais (40,38%), enquanto a vinculação federal e a temporária se apresentam bastante aproximadas, sendo respectivamente 30% e 29,62%.

Quanto as demais categorias profissionais de nível superior, a tabela demonstra que 50% destas categorias são ocupados por vinculação temporária, 32,65% por vinculação municipal e apenas 12,76% por profissionais de vínculo federal.

Os auxiliares/técnicos de enfermagem também não são maioria representativa de profissionais com vinculação federal, estando estes

majoritariamente representados pelos profissionais municipais (37,56%), sendo acompanhados de 32,95% de vinculação federal e 29,49% daqueles relacionados à contratação temporária.

A tabela VIII mostra que, quando somados os profissionais com vinculação municipal aos temporários e comparadas aos profissionais com vínculo federal, em todas as categorias analisadas, o quantitativo de profissionais com vinculação federal é inferior aos demais tipos de contratos no Hospital do Andaraí.

Os profissionais de enfermagem com vínculo municipal ou temporário superam o dobro de profissionais dessa área com vinculação federal. O mesmo ocorre com os profissionais auxiliares/técnicos de enfermagem. Já os profissionais das demais categorias de nível superior superam em seis vezes os de vinculação federal. Os profissionais médicos com vínculo municipal e temporário representam mais da metade da força de trabalho dessa categoria nesse hospital.

Tabela VIII - Comparação por categoria e vínculo federal com a soma dos vínculos municipais e temporários - HA		
Vínculo	MS	(SMS – RJ + Contr. Temp.)
Nº Médico (%)	44,76	55,06
Nº Enfermeiro (%)	30	70
Nº Demais Categ. (%)	12,76	82,65
Nº Aux. / Tec. Enfermagem (%)	32,95	67,05

Fonte: Dados para o cálculo percentual retirados do PGHA – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

HOSPITAL GERAL DE IPANEMA

A tabela IX apresenta o quantitativo de profissionais por vínculo e nível de formação superior, nível de formação médio, e demais níveis de formação profissional, caracterizando a força de trabalho do Hospital de Ipanema.

Como no Hospital do Andaraí, é possível perceber que, do total geral de profissionais dessa unidade, a maioria é vinculada ao hospital a partir de três vínculos principais: com o Ministério da Saúde, com a secretaria municipal de saúde e através de contratos temporários. Há uma representação pequena de profissionais de outras secretarias municipais de saúde, secretaria estadual de saúde e de contratos terceirizados.

A tabela IX mostra que 49,79% do total dos profissionais que atuam na unidade possuem vinculação federal, sendo a vinculação municipal representada por 18,71% e a contratação de temporários, 26,68%. Nessa unidade, o percentual de profissionais de vinculação federal supera bastante os profissionais com vinculação municipal e temporária.

Contudo, ao compararmos aqueles com vínculo federal com a soma de profissionais com contrato temporário e municipal, é possível perceber que 45,39% da força total de trabalho dessa unidade hospitalar está vinculada a contratos temporários e com a Secretaria Municipal de Saúde.

Essa observação aponta que quase metade do total de recursos humanos do Hospital de Ipanema está vinculado à unidade através de contratos municipais ou temporários, tendo o Ministério da Saúde 49,79% de representação profissional

nesse hospital. Esses dados demonstram, como análise realizada para o Hospital do Andaraí, que a sustentabilidade federal nessa unidade também se apresenta fragilizada, sendo necessária a formulação de estratégias para a recomposição do quadro de profissionais federais.

Tabela IX – Percentual de profissionais por nível de formação - HI							
Vínculo	MS	SMS RJ	SMS - Outros Munic.	SES	Terc.	Contr. Temp.	Total Geral
Nível Superior (%)	28,67	6,35	1,31	0,33	0,55	14,77	51,98
Nível Médio (%)	21,12	12,36	0,44	0	2,19	10,71	46,82
Demais Profissionais (%)	0	0	0	0	0	1,20	1,20
Total (%)	49,79	18,71	1,75	0,33	2,74	26,68	100
MS (%)				SMS - RJ + Contr. Temp. (%)			
49,79				45,39			

Fonte: Dados para o cálculo percentual retirados do PGHI – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

A tabela X apresenta o quantitativo das categorias de médicos, enfermeiros e demais categorias de nível superior, além de auxiliares/técnicos de enfermagem na unidade hospitalar de Ipanema.

Tabela X – Percentual por categoria e vínculo de trabalho - HI							
Categoria/ Vínculo	MS	SMS RJ	SMS - Outros Munic.	SES	Terc.	Contr. Temp.	Total Geral
Nº Médico (%)	68,99	8,01	4,18	0,35	0	18,47	100
Nº Enfermeiro (%)	40,65	23,58	0	0	0	35,77	100
Nº Demais Categ. (%)	21,54	9,23	0	3,08	7,69	58,46	100
Nº Aux. / Tec. Enfermagem (%)	42,81	29,41	0,98	0	0	26,80	100

Fonte: Dados para o cálculo percentual retirados do PGHI – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

A análise dessa tabela demonstra que no Hospital de Ipanema o percentual de médicos (68,99%) vinculados ao Ministério da Saúde supera expressivamente as demais formas de vinculação dessa categoria, sendo a Secretaria Municipal de Saúde representada por apenas 8,01% e os contratos temporários por 18,47%.

Situação semelhante ocorre com os profissionais de enfermagem, porém com menor concentração quando comparados com os de vínculos municipais e temporários, sendo os de vínculos federais representados por 40,65%, os municipais por 23,58% e os temporários por 35,77%. Todavia vale ressaltar que é de apenas 4,88% a diferença entre contratos temporários e vínculos federais.

Quanto as demais categorias profissionais de nível superior a tabela X demonstra que os contratos temporários (58,46%) superam o dobro dos profissionais dessas categorias com vínculos federais (21,54%).

Os auxiliares/técnicos de enfermagem estão em sua maioria representados por vínculos federais (42,81%), sendo 29,41% de profissionais municipais e 26,80% de profissionais dessa área com vínculo temporário.

No entanto, quando somados os profissionais com vinculação municipal aos de contratos temporários e comparados àqueles com vínculo federal, como demonstra a tabela XI, em todas as categorias analisadas, excetuando-se os profissionais médicos, a vinculação federal se apresenta inferior aos outros dois tipos de contrato.

O peso dos vínculos não federais é expressivo entre os profissionais das demais categorias de nível superior (67,69%), representando mais do que o triplo dos profissionais dessas categorias com vinculação federal.

Em relação aos profissionais de enfermagem e auxiliares/técnicos de enfermagem, os vínculos municipais e temporários somados constituem mais da metade da força de trabalho em suas categorias. A vinculação federal entre os médicos ainda é expressiva quando comparada aos de vínculos municipais e temporários somados.

Tabela XI - Comparação por categoria e vínculo federal com a soma dos vínculos municipais e temporários - HI		
Vínculo	MS	(SMS – RJ + Contr.Temp.)
Nº Médico (%)	68,99	26,48
Nº Enfermeiro (%)	40,65	59,35
Nº Demais Categ. (%)	21,54	67,69
Nº Aux. / Tec. Enfermagem (%)	42,81	56,21

Fonte: Dados para o cálculo percentual retirados do PGHI – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

A tabela XII apresenta o quantitativo de profissionais do Hospital de Jacarepaguá distribuídos por vínculo e nível de formação superior, nível de formação médio e demais níveis de formação profissional, assim como já apresentado para as outras unidades.

Pode-se apontar, como nos outros dois hospitais analisados, que do total geral de profissionais dessa unidade, a maioria encontra-se vinculada ao hospital a partir de três vínculos principais, sendo estes com o Ministério da Saúde, com a secretaria municipal de saúde e através de contratos temporários, não havendo representantes de outras secretarias municipais ou da secretaria estadual de saúde, e apenas uma representação pequena de profissionais por contratos terceirizados.

Segundo a tabela XII, os profissionais com vínculo federal chegam a representar 40,65% do total da força de trabalho dessa unidade, sendo os de vinculação municipal representados por 24,75%, e os profissionais com vinculação por contratos temporários por 30,03%. A unidade, assim, possui como característica um maior número de recursos humanos vinculados ao Ministério da Saúde.

No entanto, ao comparar os profissionais com vínculo federal à soma daqueles com vinculação municipal e temporária, é possível perceber que mais da metade da força total de trabalho que compõe o total do quadro de recursos humanos dessa unidade, ou seja, 54,78% possui vínculo municipal ou temporário.

Tabela XII – Percentual de profissionais por nível de formação - HJ							
Vínculo	MS	SMS RJ	SMS - Outros Munic.	SES	Terc.	Contr. Temp.	Total Geral
Nível Superior (%)	17,43	8,25	0	0	0,11	16,50	42,29
Nível Médio (%)	15,95	14,85	0	0	2,20	13,20	46,20
Demais Profissionais (%)	7,27	1,65	0	0	2,26	0,33	11,51
Total (%)	40,65	24,75	0	0	4,57	30,03	100
MS (%)				SMS - RJ + Contr. Temp. (%)			
40,65				54,78			

Fonte: Dados para o cálculo percentual retirados do PGHJ – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

Quanto ao quantitativo de recursos humanos por categoria profissional, a tabela XIII mostra que, na unidade hospitalar de Jacarepaguá, a quantidade de médicos vinculados à esfera federal (49,18%) supera a dos demais profissionais dessa categoria com vínculo municipal (13,37%) e temporário (37,45%).

Os profissionais de enfermagem estão majoritariamente representados por trabalhadores com vínculo municipal (34,36%) e temporário (34,97%), de modo que o vínculo federal (30,67%) é minoritário na unidade.

Quanto as demais categorias profissionais de nível superior, a tabela XIII demonstra que 50,83%, ou seja, a metade da força de trabalho dessas categorias é ocupada por vinculação temporária, sendo os outros 24,17% representados por vinculação municipal e 23,33% por profissionais de vínculo federal.

Os auxiliares/técnicos de enfermagem também não são maioria representativa de profissionais com vinculação federal, estando estes em sua maioria

vinculados à esfera municipal (40,36%), seguidos de 30,79% desses profissionais com vínculo temporário e apenas 28,85% com vinculação ao Ministério da Saúde.

Tabela XIII - Percentual por categoria e vínculo de trabalho - HJ							
Categoria/ Vínculo	MS	SMS RJ	SMS - Outros Munic.	SES	Terc.	Contr. Temp.	Total Geral
Nº Médico (%)	49,18	13,37	0	0	0	37,45	100
Nº Enfermeiro (%)	30,67	34,36	0	0	0	34,97	100
Nº Demais Categ. (%)	23,33	24,17	0	0	1,67	50,83	100
Nº Aux. / Tec. Enfermagem (%)	28,85	40,36	0	0	0	30,79	100

Fonte: Dados para o cálculo percentual retirados do PGHJ – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

A tabela XIV mostra que a soma de profissionais com vínculo municipal e temporário em todas as categorias analisadas é superior quando comparada com profissionais de suas categorias que possuem vinculação federal.

Tal situação denota que a quantidade de profissionais nas categorias citadas nessa unidade hospitalar são prioritariamente representados por trabalhadores de vinculação municipal e temporária.

Os médicos, quando comparadas as vinculações federais e a soma das vinculações municipais e temporárias, se caracterizam como metade da força de trabalho em cada um dos casos analisados, ou seja, 49,18% com vínculo federal e 50,82% somados os vínculos municipais e temporários.

Os profissionais de enfermagem com vínculo municipal ou temporário superam em o dobro o número de profissionais dessa área com vinculação federal, ocorrendo a mesma situação no caso dos profissionais auxiliares/técnicos de

enfermagem. Quanto as demais categorias de nível superior, seus profissionais superam o triplo dos trabalhadores dessa área com vínculo federal.

Tabela XIV - Comparação por categoria e vínculo federal com a soma dos vínculos municipais e temporários - HJ		
Vínculo	MS	(SMS – RJ + Contr.Temp.)
Nº Médico (%)	49,18	50,82
Nº Enfermeiro (%)	30,67	69,33
Nº Demais Categ. (%)	23,33	75
Nº Aux. / Tec. Enfermagem (%)	28,85	71,15

Fonte: Dados para o cálculo percentual retirados do PGHJ – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

HOSPITAL GERAL DA LAGOA

A tabela XV demonstra o quantitativo de profissionais do Hospital da Lagoa distribuídos por vínculo e nível de formação superior, nível de formação médio e demais níveis de formação profissional.

Diante dos dados dessa tabela é possível perceber que, do total geral de profissionais dessa unidade, a maioria, como nas demais unidades apresentadas, encontra-se vinculada ao hospital a partir de três vínculos principais: com o Ministério da Saúde, com a secretaria municipal de saúde e através de contratos temporários, tendo uma representação pequena de profissionais da secretaria estadual de saúde, apontando nesse caso um quantitativo relevante de profissionais com vínculo terceirizado.

A análise dessa tabela permite observar que somente 37,06% do total de profissionais que atuam na unidade possuem vinculação federal, sendo a vinculação municipal representada por 31,17% e a contratação de temporários, 14,42%. O percentual de profissionais com vinculação federal supera ligeiramente os profissionais com vinculação municipal e se apresenta maior do que o dobro quando comparado com o de vínculo temporário.

Entretanto, a comparação entre os trabalhadores com vínculo federal com a soma de profissionais por contrato temporário e municipal demonstra que 45,59% do total da força de trabalho dessa unidade hospitalar é de profissionais municipais e temporários.

Tabela XV - Percentual de profissionais por nível de formação - HL							
Vínculo	MS	SMS RJ	SMS - Outros Munic.	SES	Terc.	Contr. Temp.	Total Geral
Nível Superior (%)	19,41	10,37	0	0,35	1,46	9,64	41,23
Nível Médio (%)	14,55	20,32	0	0	9,90	4,78	49,55
Demais Profissionais (%)	3,10	0,48	0	0	5,64	0	9,22
Total (%)	37,06	31,17	0	0,35	17	14,42	100
MS (%)				SMS - RJ + Contr. Temp. (%)			
37,06				45,59			

Fonte: Dados para o cálculo percentual retirados do PGHL – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

A tabela XVI, que apresenta os dados quanto à vinculação por categoria profissional, permite descrever que na unidade hospitalar da Lagoa o percentual de médicos (61,06%) vinculados à esfera federal supera os das demais formas de

vinculação, estando a Secretaria Municipal de Saúde com 14,34%, a Secretaria Estadual de Saúde com 1,41% e os contratos temporários com 23,19%.

Todavia, os profissionais são em sua maioria vinculados à esfera municipal (45,28%), estando os profissionais com vinculação federal representados por 36,32% e os temporários por 18,40% da força de trabalho dessa categoria.

Quanto as demais categorias profissionais de nível superior, a tabela XVI mostra que 35,36% destas categorias são ocupadas por vínculos municipais, 29,83% por vínculos temporários e apenas 16,02% por profissionais com vínculo federal.

Os auxiliares/técnicos de enfermagem também não são maioria representativa de profissionais com vinculação federal, sendo majoritariamente representados pelos profissionais municipais (55,45%), seguidos de 33,38% de profissionais vinculados ao Ministério da Saúde e apenas 10,89% com vínculo temporário.

Tabela XVI – Percentual por categoria e vínculo - HL							
Categoria/ Vínculo	MS	SMS RJ	SMS - Outros Munic.	SES	Terc.	Contr. Temp.	Total Geral
Nº Médico (%)	61,06	14,34	0	1,41	0	23,19	100
Enfermeiro (%)	36,32	45,28	0	0	0	18,40	100
Demais Categ. (%)	16,02	35,36	0	0	18,79	29,83	100
Aux. / Tec. Enfermagem (%)	33,38	55,45	0	0	0,28	10,89	100

Fonte: Dados para o cálculo percentual retirados do PGHL – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

A tabela XVII informa que, quando somados os profissionais com vinculação municipal aos temporários e comparados àqueles com vínculo federal, excetuando

os profissionais médicos, em todas as categorias analisadas, a vinculação federal se apresenta inferior aos outros dois tipos de contrato somados.

Os médicos com vinculação federal se apresentam como mais da metade do quantitativo dessa categoria na unidade. Entretanto, situação inversa pode ser observada na análise dos enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem uma vez que, quando somadas as vinculações municipais e temporárias, essas formas de vinculação representam mais da metade da força de trabalho dessas categorias.

Quanto as demais categorias de profissionais de nível superior no Hospital da Lagoa, quando somados os vínculos municipais e temporários, estes chegam a superar o quádruplo de profissionais dessas categorias com vínculo federal.

Tabela XVII - Comparação por categoria e vínculo federal com a soma dos vínculos municipais e temporários - HL		
Vínculo	MS	(SMS – RJ + Contr.Temp.)
Nº Médico (%)	61,06	37,53
Nº Enfermeiro (%)	36,32	63,38
Nº Demais Categ. (%)	16,02	65,19
Nº Aux. / Tec. Enfermagem (%)	33,38	66,34

Fonte: Dados para o cálculo percentual retirados do PGHL – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

3.2 - O MOSAICO DOS VÍNCULOS DE TRABALHO E A INSUSTENTABILIDADE DA REPRESENTAÇÃO FEDERAL

A tabela XVIII apresenta uma comparação entre as quatro unidades hospitalares refederalizadas, observando as diferentes categorias profissionais, sua vinculação com a esfera federal e a soma dos vínculos municipais e temporários.

Pode-se perceber com os dados apresentados que os médicos, quando somadas as quatro unidades hospitalares, possuem maior representatividade por vínculo federal (54,25%), sendo 44,61% desses profissionais vinculados à Secretaria Municipal de Saúde ou a contratos temporários. Tal situação, apesar de favorável à esfera federal, demonstra que quase metade dos médicos que atuam nessas unidades está vinculada a contratos não federais.

Quanto à categoria de enfermagem, o peso de profissionais com vinculação municipal ou temporária quando somados (66,36%) se apresenta expressivo em relação àqueles vinculados à esfera federal (33,64%), sendo representativo de mais da metade do quantitativo dessa categoria na soma das quatro unidades hospitalares. Situação bastante semelhante pode ser encontrada na categoria dos auxiliares/técnico de enfermagem, uma vez que a vinculação municipal e temporária somadas (66,51%) representam mais da metade dos profissionais dessa categoria nas unidades estudadas, sendo a esfera federal representada apenas por 33,28% desses profissionais.

Entretanto, uma situação ainda mais preocupante pode ser observada quando analisados os profissionais das demais categorias de profissionais de nível

superior, uma vez que somados os vínculos municipais e temporários nas quatro unidades hospitalares (73,67%), estes chegam a superar o quádruplo dos profissionais vinculados à esfera federal (17,08%).

Na análise apresentada pela construção da tabela XVIII, vale ressaltar que não foram considerados, dentre as categorias analisadas, aqueles vinculados as demais secretarias municipais de saúde que não a do Rio de Janeiro (12 médicos e três auxiliares/técnicos de enfermagem no Hospital de Ipanema), secretaria estadual de saúde (um médico no Hospital do Andaraí, um médico e dois profissionais de demais categorias de nível superior no Hospital de Ipanema, e oito médicos no Hospital da Lagoa) e profissionais terceirizados (nove profissionais de demais categorias de nível superior no Hospital do Andaraí, cinco no Hospital de Ipanema, dois no Hospital de Jacarepaguá, 34 no Hospital da Lagoa, e dois auxiliares/técnicos de enfermagem nessa unidade).

Tabela XVIII - Síntese das quatro unidades hospitalares por categoria e vínculo de trabalho			
Médicos e seus percentuais na soma dos hospitais			
Unidade / Vínculo	MS	(SMS – RJ +Contr.Temp.)	Total Geral na Unidade
Hospital do Andaraí (nº)	265	326	592
Hospital de Ipanema (nº)	198	76	287
Hospital de Jacarepaguá (nº)	239	247	486
Hospital da Lagoa (nº)	345	212	565
Total geral das Unidades (nº)	1047	861	1930 (100%)
Percentual (%)	54,25	44,61	98,86
Enfermeiros e seus percentuais na soma dos hospitais			
Unidade / Vínculo	MS	(SMS – RJ +Contr.Temp.)	Total Geral na Unidade
Hospital do Andaraí (nº)	78	182	260
Hospital de Ipanema (nº)	50	73	123
Hospital de Jacarepaguá (nº)	50	113	163
Hospital da Lagoa (nº)	77	135	212
Total geral das Unidades (nº)	255	503	758 (100%)
Percentual (%)	33,64	66,36	100
Demais Categorias e seus percentuais na soma dos hospitais			
Unidade / Vínculo	MS	(SMS – RJ +Contr.Temp.)	Total Geral na Unidade
Hospital do Andaraí (nº)	25	162	196
Hospital de Ipanema (nº)	14	44	65
Hospital de Jacarepaguá (nº)	28	90	120
Hospital da Lagoa (nº)	29	118	181
Total geral das Unidades (nº)	96	414	562 (100%)
Percentual (%)	17,08	73,67	90,75
Auxiliar / Técnico de enfermagem e seus percentuais na soma dos hospitais			
Unidade / Vínculo	MS	(SMS – RJ +Contr.Temp.)	Total Geral na Unidade
Hospital do Andaraí (nº)	257	523	780
Hospital de Ipanema (nº)	131	172	306
Hospital de Jacarepaguá (nº)	178	439	617
Hospital da Lagoa (nº)	236	469	707
Total geral das Unidades (nº)	802	1603	2410 (100%)
Percentual (%)	33,28	66,51	99,79

Fonte: Dados para o cálculo percentual retirados de PGHA, PGHI, PGHJ, PGHL – MS / SAS / DGH-RJ / CGPO, 2007.

Conforme apresentado no início desse capítulo, o processo de descentralização como diretriz importante e necessária para a melhoria da assistência em saúde prestada à população, presente na Constituição de 1988, transferiu para a gestão local a capacidade decisória e de recursos para os serviços de assistência à saúde.

As mudanças de responsabilidades das esferas federativas quanto à gestão do sistema de saúde, o progressivo aumento de responsabilidades das ações dos governos locais e a diminuição das responsabilidades federais e estaduais na assistência à saúde implicaram na ampliação do quadro de recursos humanos vinculados à esfera municipal.

O aumento da força de trabalho municipal pode assim ser compreendido como resposta à diretriz de descentralização das ações de saúde para a gestão local. Essa diretriz inovadora favoreceu o surgimento de estratégias alternativas aos concursos públicos e ao regime estatutário na contratação da força de trabalho para possibilitar a ampliação das ações de saúde.

Tais formas alternativas de contratação de recursos humanos vinculadas à esfera municipal foram marcadas na década de 90 por contratos de trabalho que delineiam vínculos informais e precários com as unidades de saúde.

Entretanto, o processo de intervenção federal ocorrido nas quatro unidades hospitalares apresentadas transfere novamente para o ente federal a gestão desses hospitais, os quais haviam atravessado os processos de descentralização, municipalização e conseqüente ampliação de sua força de trabalho com vínculos municipais e alternativos ao regime estatutário.

Dessa forma, além dos vínculos de trabalho municipais e temporários, o processo de refederalização inscreve nessas unidades a vinculação federal, compondo nesses hospitais um mosaico de vínculos de trabalho representados prioritariamente por contratos com a esfera federal, agora gestora dessas unidades, com a esfera municipal, devido ao processo de municipalização transcorrido, e a partir de contratos mais flexíveis como os temporários.

A análise dos dados nas tabelas apresentadas demonstra, além do caráter híbrido dos vínculos de trabalho em cada uma das unidades, uma situação de maior concentração dos vínculos municipais e temporários no total geral dos profissionais, composição que ameaça a sustentabilidade da gestão federal nessas unidades.

O decreto de calamidade pública instituído pelo processo de intervenção federal em 2005, não só retomou a gestão federal nas unidades estudadas, como favoreceu ainda mais a vinculação de profissionais a partir de contratos flexíveis, permitindo a contratação de temporários nesses quatro hospitais, justificada pela situação caracterizada como emergencial/calamitosa no sistema hospitalar daquele município.

Diante dessa perspectiva, a governabilidade federal fica ameaçada na medida em que os profissionais com vinculação municipal irão retornar às unidades municipais e aqueles com contratos temporários tenderão a ter finalizados os vínculos com a unidade, tornando necessária uma recomposição da força de trabalho federal nesses hospitais.

Nesse sentido, tendo em vista a fragilidade da governança federal e a sua baixa sustentabilidade nas quatro unidades refederalizadas, devido ao peso

significativo de profissionais vinculados à esfera municipal e a contratos temporários, esse estudo, direciona no capítulo seguinte, uma análise dos questionários aplicados em cada um desses hospitais, com o objetivo de investigar em que medida o processo de intervenção federal favoreceu instrumentos de gestão dos recursos humanos, ou apenas se deteve a adotar medidas emergenciais como o decreto de calamidade, fragilizando ainda mais a governabilidade federal a partir da contratação de profissionais por vínculos temporários.

CAPÍTULO 4

A INVESTIGAÇÃO DE CAMPO NAS QUATRO

UNIDADES REFEDERALIZADAS

Esse capítulo apresenta a investigação de campo realizada nas unidades hospitalares refederalizadas pelo processo de intervenção federal no município do Rio de Janeiro em 2005, focalizando primordialmente os instrumentos de gestão relacionados aos recursos humanos.

O questionário é composto por cinco blocos principais direcionados para identificação do hospital e do respondente, perfil do hospital, planejamento e gestão, gestão de recursos humanos e direitos dos usuários.

O primeiro bloco coleta dados cadastrais da unidade e informações pessoais, formação, nomeação, mecanismos de avaliação de desempenho e metas do dirigente principal.

O segundo bloco coleta dados quanto ao porte, complexidade e indicadores hospitalares.

O terceiro bloco se ocupa de uma análise mais ampla da unidade, com informações sobre planejamento de objetivos, metas e resultados, inovações na gestão, gasto do orçamento, definição de investimentos, política de compras, negociação com fornecedores, gestão da qualidade, sistema de informações gerenciais e avaliação de indicadores.

O quarto bloco investiga a gestão dos recursos humanos, coletando informações sobre sistemas de informação, política de incentivos, contratação de

profissionais, processos de seleção e demissão, benefícios, treinamento e pesquisa de satisfação dos profissionais, sendo este o bloco mais importante dessa pesquisa.

O último bloco trata dos direitos dos usuários e dos mecanismos para identificação de suas demandas.

A aplicação do questionário inicialmente privilegiou uma entrevista com o dirigente principal, ou seja, o diretor geral da unidade. Todavia, durante o processo de investigação o acesso a tais dirigentes não foi possível em todas as unidades. Vale ainda ressaltar que a apresentação dos dados coletados, buscando preservar os participantes dessa pesquisa, não identificará os nomes dos respondentes.

O contato inicial com os hospitais foi realizado direto com as secretárias do gabinete da direção geral. Em alguns casos, o contato foi realizado por telefone e, quando não foi possível o agendamento da entrevista, uma visita presencial à unidade foi realizada.

No Hospital do Andaraí, a entrevista foi agendada por telefone. A secretária do gabinete da direção geral consultou o diretor sobre o agendamento, o qual foi realizado no mesmo dia de sua solicitação.

No Hospital de Ipanema, o contato telefônico foi dificultado uma vez que os números de telefones da unidade não atendiam as chamadas. Foi realizada uma visita presencial à unidade, estabelecendo contato com a secretária do gabinete da direção geral. O diretor, quando consultado sobre a entrevista, indicou a administradora hospitalar da unidade, justificando que não poderia responder o questionário. O contato com essa profissional foi facilitado e a entrevista foi prontamente agendada.

O contato telefônico com o gabinete da direção geral do Hospital de Jacarepaguá não foi difícil de ser realizado. A secretária compreendeu o objetivo da entrevista e se comprometeu a consultar o diretor sobre a disponibilidade de agendamento. Alguns dias depois, foi realizado outro contato telefônico, quando a secretária informou que o diretor não dispunha de horário para o agendamento da entrevista pois a unidade estava sobrecarregada no atendimento aos pacientes, em sua maioria com casos de dengue, que na época de elaboração desse estudo aumentaram significativamente a demanda nas unidades hospitalares. Foi solicitado que o diretor indicasse outro profissional da unidade, mas ele alegou que não havia qualquer disponibilidade dele ou de outro profissional para responder o questionário.

Entretanto, foi possível estabelecer contato com a ex-diretora do Hospital de Jacarepaguá, que havia deixado o cargo há apenas dois meses. Um contato telefônico foi realizado diretamente com ela, que prontamente se disponibilizou para a marcação da entrevista.

O primeiro contato com o Hospital da Lagoa foi realizado pessoalmente no gabinete da direção geral, uma vez que os números de telefone disponibilizados não atendiam as chamadas. A secretária informou os ramais corretos do gabinete, solicitou que estabelecesse contato novamente e afirmou que a direção seria consultada sobre o agendamento.

Vários contatos telefônicos foram realizados com vistas à marcação da entrevista. A secretária solicitou encaminhamento do questionário por e-mail para apreciação da direção e este foi encaminhado. Contudo, o agendamento da entrevista não foi possível.

Uma nova visita à unidade foi realizada na qual fui apresentada à diretora da unidade que informou que todos os questionários encaminhados por e-mail já haviam sido preenchidos e estavam disponíveis com sua secretária. No entanto, a secretária da direção geral afirmou não haver qualquer questionário para entrega.

Inúmeros contatos telefônicos foram realizados após essa data, mas até o momento final de elaboração desse estudo, nenhuma informação sobre o preenchimento do questionário ou agendamento para a entrevista foi disponibilizada.

A falta de informações sobre o Hospital da Lagoa não se constituiu em impedimento para a elaboração desse trabalho, uma vez que não se pretendia estabelecer representatividade quantitativa, e as quatro unidades hospitalares possuem o mesmo regime de administração pública, sendo possível inferir que não haja distorções significativas entre elas.

4.1 – A ENTREVISTA NO HOSPITAL DO ANDARAÍ

A entrevista no Hospital do Andaraí foi realizada na própria unidade de saúde. Na data marcada, cheguei 30 minutos antes do horário combinado e o hospital estava lotado de pacientes, em sua maioria buscando atendimento para os casos de dengue. Uma fila enorme passava pelo pátio do hospital, na qual pacientes buscavam identificação e aguardavam atendimento.

Entretanto, apesar da grande quantidade de pacientes e da montagem naquele dia de uma tenda de hidratação que daria suporte ao atendimento dos casos de dengue, a unidade parecia minimamente estruturada. Profissionais orientavam os

pacientes quanto à identificação necessária para a entrada no prédio principal, onde alguns atendimentos estavam sendo realizados.

O respondente da entrevista é do sexo masculino e ocupa o cargo de diretor geral dessa unidade hospitalar, com início de suas atividades em fevereiro do ano de 2006. Sua faixa etária se encontra entre 30 e 39 anos e sua área de graduação é medicina.

Quanto à formação em pós-graduação, finalizou um curso de administração hospitalar em 2007, na Fundação Getúlio Vargas; Especialização em clínica médica em 2001 e em terapia intensiva em 2003 na UNIRIO. O mestrado em neuropsiquiatria que vinha sendo realizado também na UNIRIO foi interrompido, mas o diretor afirma que pretende retomar o curso.

A nomeação para o cargo de diretor geral aconteceu após eleição direta dos funcionários dessa unidade. Conta que foi diretor do Hospital Gafrée Guinle até o mês de fevereiro de 2005, quando foi exonerado. No dia 10 do mês seguinte, foi convidado a ser colaborador do processo de intervenção federal que estaria sendo realizado na unidade que atualmente trabalha.

Sua nomeação em fevereiro de 2006 ocorre, segundo ele, por mérito técnico de atuação dentro da unidade no período de intervenção federal, sendo indicado pelos próprios funcionários que avaliaram e sentiram-se contemplados com a sua capacidade técnica.

O respondente declara não haver qualquer tipo de instrumento ou mecanismo que avalie o seu desempenho no hospital, mas o Ministério da Saúde solicita indicadores que poderiam ser considerados como instrumentos de avaliação da sua administração nessa unidade.

Vale ressaltar que informações do DGH apontam que alguns desses hospitais não dispõem de indicadores e, quando dispõem, não são utilizados como ferramentas efetivas de gestão. Nesse sentido, é possível imaginar que realmente alguns indicadores possam ser solicitados à unidade; contudo, possivelmente estes não se configuram como instrumentos de avaliação e acompanhamento do desempenho das atividades da direção.

Quanto às metas adotadas para avaliar sua gestão, o diretor declara que estas estariam principalmente referenciadas às diretrizes do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Ele afirma que as metas adotadas para o hospital foram selecionadas primordialmente a partir de um acordo entre o hospital e organismo hierarquicamente superior na administração pública, e que diversas comissões e conselhos participativos foram criados na sua gestão, buscando interagir com a direção do hospital no estabelecimento dessas metas.

Entretanto, mesmo que metas tenham sido estabelecidas para a sua gestão, estas não se configurariam como estratégia de avaliação da assistência prestada por essa unidade de saúde, uma vez que inexistem instrumentos ou mecanismos que avaliem o seu desempenho.

Quanto às metas para 2008, o diretor apresentou o Plano Diretor e o Planejamento Estratégico. Segundo ele, esse documento vem sendo construído especialmente por um esforço pessoal dele e de outros profissionais da unidade. O arquivo foi disponibilizado sem nenhuma dificuldade e as principais informações desse documento se referem à história do hospital, níveis de cuidado, atendimento às demandas da legislação sanitária, otimização do espaço físico, dimensionamento da força de trabalho, perfil assistencial da unidade, necessidades do SUS,

modernização da gestão, ampliação e humanização do atendimento, acessibilidade e disponibilidade, metas e visão estratégica para os anos 2008-2010, projetos para a unidade e apresentação de diretrizes específicas para cada setor do hospital.

Quanto ao porte e complexidade do Hospital do Andaraí, este é considerado um hospital geral de grande porte e alta complexidade. Foram solicitados indicadores hospitalares relacionados à eficiência técnica, eficiência alocativa e qualidade, sendo respectivamente, tempo médio de permanência (TMP), taxa de ocupação hospitalar (TOH) e taxa de mortalidade geral hospitalar (TMGH).

A escolha desses indicadores se deve à relevância para descrever o padrão de desempenho das unidades. Pereira define eficiência como *“efeitos alcançados em relação aos esforços despendidos, em termos de recursos e tempo utilizado; é o resultado obtido, tendo em conta os insumos empregados”* (Pereira, 1995b, p.551).

Over e Watanabe descrevem a importância da construção de indicadores que possam mensurar a dimensão do desempenho de uma unidade hospitalar. A tentativa de mensuração se justifica na medida em que esta oferece subsídios para uma avaliação não somente do atendimento prestado, mas também e principalmente dos componentes que devem iluminar as discussões acerca das estratégias a serem adotadas pelos processos relativos à gestão (Over e Watanabe, 2003).

Os autores descrevem o termo eficiência técnica enfocando, como Pereira, o viés dos recursos empregados, sendo um processo tecnicamente eficiente que explora ao máximo os recursos disponíveis na unidade hospitalar (Over e Watanabe, 2003).

A eficiência alocativa, ainda segundo os autores, pode ser compreendida como a busca por alcançar a melhor combinação de resultados a partir da combinação mais bem elaborada e estruturada dos recursos disponíveis. Nessa perspectiva, a eficiência técnica se ocupa em utilizar os recursos de forma correta, sem desperdícios e a eficiência alocativa, em realizar corretamente os processos a partir dos recursos disponíveis (Over e Watanabe, 2003).

Contudo, o questionamento quanto a esses indicadores na investigação de campo realizada por esse estudo não se destina a estabelecer uma perspectiva mais específica de análise quanto à eficiência dessas unidades a partir dos indicadores elencados, mas identificar a disponibilidade na unidade de informações indispensáveis para a sua avaliação.

A relevância de tal objetivo é constatada na entrevista do Hospital de Jacarepaguá, quando a ex-diretora afirma que a taxa de mortalidade do ano de 2007 aumentou em relação ao ano de 2006. E essa elevação, segundo ela, pode ser explicada pelo aumento de leitos do hospital e das salas de cirurgia, que elevou o número de atendimentos, e não pela piora na assistência prestada. No entanto, a indisponibilidade de indicadores de desempenho nessa unidade dificulta uma avaliação mais consistente e independente dessas informações.

Em uma situação controversa como esta, o principal objetivo desse estudo na identificação de indicadores é mensurar em que medida essas unidades possuem tais instrumentos e se estes dados públicos que indicam a eficiência e qualidade são facilmente acessíveis e utilizados como ferramentas gerenciais.

Além de investigar junto às unidades hospitalares, fez-se uma busca dos indicadores via internet. Algumas informações foram encontradas no site da

Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, como indicadores de tempo médio de permanência e taxa de mortalidade em cada hospital. Além desses dados, o site ainda permite tabular o número de óbitos e internações nos hospitais, porém as informações estão desatualizadas e incompletas.

O Hospital do Andaraí não disponibilizou a essa pesquisa os indicadores solicitados, apesar de, quando questionado, o diretor afirmar que sua unidade possui indicadores próprios e que utiliza indicadores solicitados por instância superior como suporte à atividades finalísticas e gerenciais.

Os indicadores foram solicitados à unidade no momento da aplicação do questionário e posteriormente por e-mail conforme orientação do diretor. Contudo até o momento de elaboração final desse estudo, estes não foram disponibilizados.

Em relação ao planejamento da unidade quanto a objetivos, metas e resultados, o diretor descreve que o hospital apresenta um plano estruturado com relação a objetivos, metas e resultados, com detalhamento para cada área de atuação da unidade.

Novamente declara, assim como na construção de metas para a sua gestão e para 2008, que a elaboração e definição do planejamento quanto aos objetivos, metas e resultados é primordialmente uma atribuição acordada entre o hospital e organismo hierarquicamente superior na administração pública. O diretor descreve ainda que este plano tem caráter normativo e organiza as atividades do hospital.

Em relação ao planejamento e eventual incorporação de inovação em gestão e efetiva atualização gerencial, ele declara que o hospital acompanha de modo sistemático as inovações em gestão e a atualização gerencial, esta vinculada a

oportunidades eventuais em termos de possibilidades financeiras e que, quando possível, realiza treinamento para alguns funcionários.

Quanto à função da direção em relação ao gasto com orçamento, o diretor afirma que o orçamento do hospital ainda é definido com caráter global e baseado em série histórica muito aquém das necessidades da instituição, estando a sua utilização sujeita às decisões de sua direção e corpo técnico, segundo plano de aplicação estabelecido por organismo superior. Quando questionado sobre a atuação da direção na definição de investimentos para a unidade, o diretor afirma que não possui autonomia para realizar investimentos.

Quanto à política de compras e à relação com os fornecedores, o diretor informa que a maior parte das compras efetuadas pelo hospital é centralizada em órgão superior. Ele explica que as compras em grande escala são comuns a todos os hospitais e assim são realizadas pelo Ministério da Saúde. As compras pequenas ou específicas são realizadas pela própria unidade, seguindo unicamente as regras da lei de licitações.

O diretor informa que as compras em menor escala não são realizadas diretamente pelo hospital. O que ocorre é o acesso ao COMPRASNET – Pregão Eletrônico, um portal de compras do Governo Federal, no qual, segundo informações do site do Ministério da Saúde, o gestor público tem acesso às informações sobre as licitações.

Com disponibilidade de acesso a esse portal, o gestor através do “Pregão Eletrônico” empenha as aquisições necessárias para sua unidade, em pequenas quantidades ou específicas para determinado serviço oferecido pelo seu hospital. O empenho é encaminhado ao Ministério da Saúde, de onde é feito o pagamento dos

produtos aos fornecedores. O diretor poderia ainda dispor de cartão corporativo, mas não o utiliza por decisão própria.

Torna-se de substancial relevância apontar a flexibilidade gerencial que se instaura na gestão dessas unidades com a disponibilidade de acesso ao Pregão Eletrônico e ao cartão corporativo. A investigação revela uma situação inusitada em comparação com ao que se esperava encontrar, uma vez que tais unidades hospitalares estão vinculadas à administração pública burocrática, marcada pelo viés verticalizado e enrijecido.

Em relação ao desenvolvimento de programas de gestão da qualidade como acreditação hospitalar, qualidade total ou similares, o diretor afirma que o hospital desenvolve programa sistemático de gestão da qualidade atualmente disseminado no corpo da diretoria e dos gerentes, sendo este principalmente baseado nas normas e diretrizes traçadas como fundamentais para o trabalho em cada um dos setores do hospital.

O diretor ainda informa que a unidade não sofrerá exclusão do SUS se vier a apresentar um mau desempenho de suas funções, sendo apenas estabelecida uma revisão de sua posição como provedor de serviços. A revisão se refere à relevância e demanda destinada ao hospital.

A falta de exclusão/punições coloca tais unidades em uma situação confortável dentro do sistema de saúde, sendo que a indisponibilidade de indicadores de desempenho e de instrumentos de avaliação do dirigente principal favorece a desregulação das atividades exercidas pela unidade.

Segundo o relato do diretor, quando questionado sobre a disponibilidade e abrangência de sistemas de informações gerenciais relacionados a planejamento,

recursos humanos, compras e custos, ele afirma que tais informações estão informatizadas e organizadas de forma sistemática apenas em relação aos recursos humanos.

Quanto à garantia de direitos dos usuários, o diretor declara que o principal mecanismo institucional referenciado a essa atribuição se caracteriza pela ouvidoria, com mecanismos sistemáticos de apuração da análise de sugestão desses usuários. Contudo, o inquérito tem influência reduzida na gestão da unidade.

Essa situação se torna interessante objeto de observação na medida em que as unidades estudadas possuem como atividade fim a atenção e cuidado à saúde dos cidadãos. No entanto, as reivindicações, sugestões e demais participações via ouvidoria, um órgão especialmente formulado para o atendimento a tais demandas, produzem impacto reduzido na atuação da gestão e administração da unidade.

Condições extraordinárias de gestão são informadas pelos dirigentes da unidade: a flexibilização e autonomia na nomeação do diretor geral na seleção das metas que ocorrem primordialmente acordadas entre o hospital e organismo hierarquicamente superior na administração pública, a formatação de suas próprias metas com a elaboração de um plano diretor para o triênio 2008-2010, a construção do planejamento de objetivos, as metas e resultados como atribuição acordada entre o hospital e organismo hierarquicamente superior na administração pública, a presença do pregão eletrônico, a disponibilização de um cartão corporativo e as decisões quanto ao gasto no orçamento sujeitas à direção e corpo técnico, segundo plano de aplicação estabelecido por organismo superior. Elas demonstram um viés de autonomia que não havia sido pensado encontrar em uma unidade regida pela administração pública burocrática.

Todavia, na contramão dessa autonomia, a falta de instrumentos efetivos de avaliação, como a inexistência de instrumentos ou mecanismos gerenciais que avaliem o desempenho do diretor, a falta de um acompanhamento sistemático da eficiência hospitalar através de indicadores próprios para tal função e a baixa capacidade de influência dos inquéritos conseguidos a partir do setor de ouvidoria demonstra a inexistência de avaliação, controle e mensuração da qualidade das atividades e da assistência prestada por esse hospital.

O questionário contempla, no bloco quatro, uma investigação específica quanto à gestão de recursos humanos nas unidades hospitalares refederalizadas. Como questionamento principal, busca-se identificar as possibilidades de gestão dos profissionais que compõem a força de trabalho dessas unidades.

O entrevistado afirma que o Hospital do Andaraí dispõe de um banco de dados informatizado sobre pessoal e que este contempla principalmente informações quanto à formação e carga horária dos profissionais. O diretor informa que os dados desse banco são utilizados para orientar a gestão do hospital, servindo como base para o gerenciamento e possível determinação das capacitações.

Apesar do diretor apontar que o banco de dados pode ser utilizado para orientar a gestão da unidade, ao longo da aplicação desse bloco do questionário, percebe-se a baixa autonomia da direção na efetiva gestão dos recursos humanos. As regras de remuneração dos profissionais estão integralmente sujeitas às disposições gerais das instituições públicas, as quais o hospital está vinculado. Além disso, a unidade não dispõe de mecanismos próprios de incentivos e ascensão na carreira, seguindo unicamente o plano geral do funcionalismo público ao qual está vinculado.

Quanto à concessão de benefícios que pudessem ser traduzidos em termos de incentivos aos profissionais, o diretor afirma que, quando estes existem, são lineares e concedidos mediante decisão de órgão central ou hierarquicamente superior.

Quanto ao modo predominante de contratação de recursos humanos, o diretor descreve que os profissionais são selecionados segundo um perfil genérico e o processo seletivo é aquele determinado por instância superior ou regras vigentes para o serviço público.

Afirma que a seleção desses profissionais é elaborada e realizada por instância hierarquicamente superior ao hospital e, na maioria das vezes, o concurso público é a forma de seleção dominante, sendo a análise curricular utilizada unicamente para contratos temporários. Antes da análise curricular, para contratação de temporários, é realizada a chamada dos profissionais que possam ainda constar em banco de concursados dos hospitais federais. Sendo estes esgotados, inicia-se então a análise curricular.

Em relação aos profissionais que já se encontram inseridos nessa unidade hospitalar, o diretor declara que 20% de seus profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem receberam algum tipo de treinamento no último ano, sendo estes direcionados para o manejo clínico e dependentes da oferta de instâncias superiores.

Questionado sobre a demissão de profissionais, o diretor conta que as demissões só ocorrem nos casos em que um profissional comete uma falta grave e mediante um processo administrativo, segundo regras vigentes da administração pública.

Tal situação também é descrita quando consultado sobre algum tipo de punição a ser adotada caso um profissional se negue a colaborar para o desenvolvimento de atividades inerentes a sua função. O diretor explica que o único caminho possível é a abertura de processo administrativo; contudo, tais processos, segundo o entrevistado, nunca seguem adiante ou promovem efetivamente punições para os profissionais.

Em relação a instrumentos de mensuração da satisfação dos profissionais da unidade, o diretor diz que existem indicadores específicos de apuração da satisfação dos recursos humanos; contudo, estes são apurados apenas de modo esporádico, não sendo uma prática constante no hospital.

Diante da perspectiva descrita acima, apesar de possuir alguns instrumentos que favoreçam, flexibilizem e possibilitem certa autonomia organizacional na administração geral do hospital, não há efetiva gestão dos recursos humanos que compõem a força de trabalho dessa unidade hospitalar.

O questionário identifica que a unidade não dispõe de autonomia na definição de políticas remuneratórias de seus profissionais, não concede incentivos individuais por desempenho ou mesmo benefícios que se configurem como incentivos. A contratação da força de trabalho, apesar de favorecida quantitativamente pela manutenção do decreto de calamidade que permite a contratação de temporários, é realizada por organismo hierarquicamente superior. Tal situação, em muitos casos, despreza as peculiaridades que possam ser necessárias e inerentes aos profissionais dessa unidade em particular.

A impossibilidade de punição ou demissão de funcionários também é marcada pela ineficácia de processos administrativos, os quais, segundo o diretor, não permitem demissão ou qualquer forma de punição.

Somada à impossibilidade de autonomia na gestão dos recursos humanos, a satisfação dos profissionais é apurada, segundo o entrevistado, através de indicadores específicos. Contudo, ocorre de maneira esporádica, dificultando a percepção das necessidades dos recursos humanos nessa unidade hospitalar.

4.2 – A ENTREVISTA NO HOSPITAL DE IPANEMA

No Hospital de Ipanema a respondente é do sexo feminino e ocupa o cargo de administradora hospitalar, tendo iniciado suas atividades em setembro de 2006. Quando questionada sobre informações do diretor geral da unidade, ela relata que é do sexo masculino e foi empossado em março de 2006.

A faixa etária da entrevistada está entre 50 e 59 anos, assim como a do diretor geral. A área de graduação da respondente é o direito, com pós-graduação em andamento na Fundação Getúlio Vargas, no curso de MBA Gestão Executiva em Saúde. O diretor geral possui graduação em medicina e pós-graduação em cirurgia ortopédica, além de estar realizando, como a respondente, o referido MBA na Fundação Getúlio Vargas.

Quando questionada sobre o processo de nomeação para o cargo que atualmente ocupa, a profissional relata que sua nomeação ocorreu por indicação do diretor geral e a nomeação dele ocorreu, assim como no Hospital do Andaraí, por eleição direta dos funcionários desse hospital.

No Hospital de Ipanema não há qualquer tipo de instrumento ou mecanismo que avalie o seu desempenho ou seu diretor, mas os indicadores de produção são constantemente elaborados e encaminhados ao DGH, segundo a entrevistada.

Quanto às metas a serem alcançadas pela unidade, a entrevistada informa que não foram delineadas metas específicas para serem adotadas pela sua gestão ou mesmo para a gestão do diretor.

Descreve que, quando tomou posse na função atual, o hospital se apresentava em estado precário quanto aos materiais, insumos, equipamentos e estrutura física, sendo um dos objetivos principais naquele momento a melhora significativa das instalações e suprimentos da unidade. A entrevistada relata que se tais medidas não tivessem sido adotadas, a unidade teria que encerrar os atendimentos.

Quanto às metas para 2008, a entrevistada acredita que algumas possam ter sido delineadas; contudo, não tem certeza ou mesmo as possui de forma clara. Conta que alguns projetos podem estar sendo delineados na diretoria, mas ela não detém informações mais precisas sobre eles.

A profissional faz referência a um documento preparado pela direção da unidade, que seria uma prestação de contas para a Controladoria Geral da União (CGU), sendo nesse documento obrigatoriamente contempladas as metas do hospital. Contudo, após análise no documento, as metas não foram encontradas.

Esse documento foi apresentado durante a entrevista, porém a respondente permitiu cópia apenas da parte relacionada aos indicadores e recursos humanos, alegando que não teria autorização para disponibilizá-lo na íntegra.

Cabe ressaltar que, durante a aplicação do questionário, a entrevistada não possuía grandes informações sobre o conteúdo desse relatório ou, como mencionado, quanto às metas específicas a serem alcançadas pela unidade.

A desinformação quanto aos relatórios produzidos pela unidade pode ser percebida como uma problemática na medida em que o profissional responsável pela administração não possui conhecimento quanto às metas ou estas encontram-se apenas em posse do diretor.

Em relação ao porte e complexidade dessa unidade, esta pode ser descrita como um hospital geral de alta complexidade. Foi solicitado à administradora, assim como no Hospital do Andaraí, alguns indicadores relacionados à eficiência técnica, eficiência alocativa e qualidade, sendo estes principalmente referenciados pelo tempo médio de permanência (TMP), taxa de ocupação hospitalar (TOH) e taxa de mortalidade geral hospitalar (TMGH).

A administradora declara que o hospital possui indicadores próprios em algumas de suas áreas para a avaliação do desempenho organizacional e que acompanha indicadores solicitados pelas instâncias superiores. Contudo, não soube explicitar quais indicadores próprios diferenciados estariam sendo utilizados.

Ela apresentou indicadores solicitados pelas instâncias superiores que constavam no relatório produzido pela direção geral à CGU: tempo médio de permanência, taxa de ocupação hospitalar, taxa de mortalidade geral hospitalar, número de leitos e número total de cirurgias e internações. O documento ainda apresentava uma comparação interessante entre 2005, ano da intervenção federal, até 2007.

Conforme descrito anteriormente, a solicitação de indicadores se constitui como estratégia investigativa quanto à relevância dada pela unidade ao acompanhamento de indicadores que favorecem a análise do desempenho da assistência prestada. Ao final da entrevista, fui encaminhada ao núcleo de planejamento do hospital, responsável pela captação e tabulação dos indicadores, tendo sido disponibilizados diversos indicadores em série histórica de 10 anos (1997-2007).

Quando questionada sobre o planejamento da unidade em relação aos objetivos, metas e resultados que se deseja alcançar, a administradora descreve, diferente do Hospital do Andaraí, que a unidade não apresenta plano estruturado com relação a objetivos, metas e resultados, mas acredita que estes encontram-se em processo de elaboração.

Quanto ao planejamento e incorporação de inovações em gestão, a administradora informa que o acompanhamento das inovações em gestão é realizado por órgãos superiores hierárquicos, os quais planejam a atualização gerencial do hospital segundo objetivos gerais para a unidade.

Situação inesperada é encontrada quanto ao gasto do orçamento, o qual segundo relato está sujeito a decisões de sua direção e corpo técnico, segundo plano de aplicação estabelecido por organismo superior, sendo este definido de forma global e baseado em série histórica.

A entrevistada aponta que as compras necessárias são justificadas aos organismos hierarquicamente superiores e que, sem nenhuma dificuldade, a unidade recebe medicamentos, equipamentos e demais necessidades.

Quando questionada sobre a atuação da unidade na definição de investimentos, a entrevistada informa que a direção do hospital não possui autonomia para realizar investimentos. Quanto à política de compras e as possíveis relações com os fornecedores, informa que estas seguem unicamente as regras da lei de licitações e que a maior parte das compras efetuadas pelo hospital é centralizada em órgão superior, sendo as compras menores realizadas pela unidade, utilizando o sistema de Pregão Eletrônico.

Quanto ao desenvolvimento no hospital de programas de gestão da qualidade como acreditação hospitalar, qualidade total ou similar. A unidade não desenvolve programa sistemático de gestão da qualidade, mas já foi iniciado um processo de formulação e implementação dessas estratégias.

Todavia é interessante apontar que um possível mau desempenho do hospital não provoca a sua exclusão como provedor de assistência ao Sistema Único de Saúde, mas implica em revisão de sua posição como provedor de serviços.

Segundo descrição da administradora, quando questionada sobre a disponibilidade e abrangência de sistemas de informação gerenciais relacionados a planejamento, recursos humanos, compras e custos, descreve que a unidade possui apenas um sistema relacionado aos recursos humanos e uma empresa de informática encontra-se na unidade com a finalidade de implantar um sistema de custos.

Quanto à garantia de direitos dos usuários, a entrevistada informa que o principal setor responsável pelas sugestões/reivindicações dos usuários é a ouvidoria, tendo suas informações impacto moderado na gestão dessa unidade hospitalar.

Situações de flexibilização na autonomia referenciadas pela entrevistada do Hospital de Ipanema, como a parceria para definição no gasto do orçamento com organismo hierarquicamente superior da administração pública e a possibilidade de compras, ainda que em pequena escala, pelo Pregão Eletrônico demarcam uma situação peculiar nas duas unidades refederalizadas apresentadas até o momento, na medida em que encontram-se hierarquicamente subordinadas a organismos superiores e regulamentadas pela administração pública burocrática.

Entretanto, a falta de instrumentos efetivos de avaliação como a inexistência de instrumentos ou mecanismos gerenciais que avaliem o desempenho do diretor ou da administradora demarca a inexistência de avaliação e controle de suas atividades.

O Hospital de Ipanema possui banco informatizado com dados sobre formação, carga horária e lotação dos recursos humanos da unidade. No entanto, a entrevistada afirma que nesse banco não existem informações mais detalhadas sobre os dias e horários nos quais os profissionais estariam exercendo suas funções no hospital.

Os dados quanto aos dias e horários dos profissionais são apenas de posse das chefias imediatas, as quais possuem as informações reais sobre a presença e cumprimento dos horários dos funcionários. Este controle nem sempre é realizado e não está sob a gerência geral da unidade.

Quanto à autonomia da unidade para estabelecer política remuneratória para o quadro de profissionais e para a distribuição de incentivos relacionados ao desempenho individual, a respondente informa que as regras de remuneração dos profissionais estão sujeitas às disposições gerais das instituições públicas as quais a unidade hospitalar está vinculada. O hospital não dispõe de mecanismos próprios de

incentivos e ascensão na carreira, seguindo unicamente o plano do funcionalismo público ao qual está vinculado.

Quanto à concessão de benefícios que possam ser traduzidos em termos de incentivos aos profissionais, estes são lineares e concedidos mediante decisão de órgão central ou hierarquicamente superior (na sua maioria, cursos oferecidos pelo Ministério da Saúde).

Sobre o modo predominante de contratação de profissionais, afirma que o processo segue um perfil genérico e que é determinado por instância superior ou por regras vigentes do serviço público, sendo predominantemente as seleções realizadas por concurso público.

A unidade não tem informação sobre o percentual aproximado de médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem que receberam treinamento no último ano, pois tais informações não estariam sob a responsabilidade da entrevistada. Pode-se assim inferir que não há qualquer forma de planejamento ou acompanhamento por parte da administração hospitalar quanto ao treinamento dos profissionais.

A entrevistada relata que, na época em que o hospital era vinculado à gestão municipal, o município oferecia cursos relacionados à gestão e administração aos seus funcionários. Contudo, os profissionais com vínculo federal não tinham direito de participar dessas formações. Em contrapartida, a esfera federal nessa época não se ocupava em oferecer capacitações para seus funcionários.

Questionada sobre como se processa as demissões de profissionais, informa que demissões somente ocorrem nos casos em que um funcionário comete uma falta grave e mediante um processo administrativo, segundo regras vigentes da

administração pública. Contudo, afirma que nunca presenciou, em 24 anos de atuação na unidade, um processo administrativo que de fato levasse à demissão do profissional.

Essa situação também é relatada quando a respondente é questionada sobre possíveis atitudes que possam ser tomadas quando um profissional se nega a realizar tarefas que seriam de sua responsabilidade: o caminho é um processo administrativo que apure os fatos, o qual nunca se conclui.

Quanto aos instrumentos de mensuração da satisfação dos profissionais, a administradora informa que a unidade não possui indicadores de satisfação dos recursos humanos.

A investigação demonstra que a unidade não dispõe de autonomia na definição de políticas de remuneração e não concede incentivos individuais por desempenho ou mesmo benefícios que se configurem como incentivos.

A contratação da sua força de trabalho, apesar de favorecida quantitativamente pela manutenção do decreto de calamidade é realizada por organismo hierarquicamente superior, que em muitos casos despreza as peculiaridades que possam ser necessárias e inerentes aos profissionais que venham a ocupar cargos nessa unidade.

Em relação às dificuldades no Hospital de Ipanema quanto às possibilidades de autonomia na gestão dos recursos humanos, a administradora hospitalar informa que, mesmo que a unidade tivesse autonomia para contratação, demissão, formulação de parâmetros para seleção, determinação do perfil dos profissionais e possibilidade de formulação de política de incentivos (remuneração e ascensão profissional), o hospital não teria condições para exercer tais funções.

4.3 - A ENTREVISTA NO HOSPITAL DE JACAREPAGUÁ

A respondente do questionário do Hospital de Jacarepaguá ocupou o cargo de diretora da unidade até fevereiro de 2008, é do sexo feminino e sua faixa etária se encontra entre 50 e 59 anos. Após sua exoneração da direção, retomou o trabalho de cirurgiã nessa unidade.

A área de graduação da respondente é a medicina. Ela não possui pós-graduação em administração hospitalar e está realizando um curso de MBA Executivo em Saúde na Fundação Getúlio Vargas. Concluiu especializações em cirurgia torácica e cirurgia geral no Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), e mestrado em cirurgia gastro-entereológica na Universidade Federal Fluminense (UFF).

Quando questionada sobre a nomeação para o cargo de diretora geral da unidade, ela relata que foi nomeada em março de 2006 após eleição direta dos funcionários do hospital, uma vez que já estava ocupando a função de coordenação geral da unidade desde 2005, sendo indicada para a coordenação durante o processo de intervenção federal pelo então Ministro da Saúde, Saraiva Felipe.

A ex-diretora conta não haver qualquer tipo de instrumento ou mecanismo que avaliasse o seu desempenho, somente alguns indicadores eram solicitados pelo DGH, mas estes não eram utilizados como instrumentos de avaliação de suas atividades.

Quanto às metas que teriam sido delineadas para a sua gestão, informa que não houve qualquer tipo de especificação. Em 2007 o próprio hospital traçou

algumas metas a serem alcançadas, mas as específicas para 2008 não foram desenhadas, sendo apenas solicitada pelo Ministério da Saúde a implantação da Política Nacional de Humanização, que vinha ganhando muita força nas unidades de saúde.

A falta de mecanismos ou instrumentos que avaliem as atividades desenvolvidas pelos dirigentes dessas unidades, assim como na apresentação dos outros hospitais, demonstra a ineficácia no acompanhamento das atribuições dos dirigentes e, conseqüentemente, da assistência prestada.

Quanto ao porte e complexidade do Hospital de Jacarepaguá, este pode ser identificado como um hospital geral de alta complexidade. Os indicadores mencionados na apresentação das outras unidades, ou seja, tempo médio de permanência (TMP), taxa de ocupação hospitalar (TOH) e taxa de mortalidade geral hospitalar (TMGH) foram solicitados ao gabinete da direção geral, mas a informação recebida foi que estes não poderiam ser disponibilizados.

Quando questionada sobre o planejamento da unidade quanto a objetivos, metas e resultados, a respondente informa que a unidade possui plano estruturado de objetivos, metas e resultados, com detalhamento para cada área de atuação da unidade e que este possui caráter normativo e organizativo das atividades do hospital.

Conta que esse planejamento é acordado primordialmente entre o hospital e organismo hierarquicamente superior na administração pública, sendo as metas elaboradas em consonância com os pressupostos do SUS.

O planejamento, a incorporação de inovação em gestão e a efetiva atualização gerencial estão vinculados às oportunidades de disponibilidade financeira e de profissionais.

A política de compras e as relações com os fornecedores são centralizadas em órgão superior e seguem unicamente as regras da lei de licitações. Quanto à função da direção no gasto do orçamento, a respondente conta que este é baseado em série histórica e que seguem as decisões de organismo superior, exceto por pequena parcela destinada a pronto-pagamento.

As compras em menor escala podem ser realizadas pelo Pregão Eletrônico ou ainda através do extinto cartão corporativo, disponibilizado à unidade para aquisições emergenciais, como a falta pontual de um medicamento necessário para alguma clínica do hospital.

Assim, como já mencionado na apresentação do Hospital do Andaraí, as compras por Pregão Eletrônico e principalmente a possibilidade de utilização de um cartão corporativo denotam flexibilidade e autonomia nessas unidades vinculadas à administração pública burocrática.

A respondente afirma que a direção não possui autonomia para realizar investimentos e que programas de gestão da qualidade como acreditação hospitalar e qualidade total ou similar não são desenvolvidos. Afirma ainda que um possível mau desempenho do hospital não gera a sua exclusão do SUS.

A unidade possui sistema informatizado apenas com relação a poucos dados, sendo o de recursos humanos o mais bem estruturado, estando em processo de implantação um sistema ambulatorial de compras e de custos.

A garantia de direitos dos usuários é atribuição do serviço de ouvidoria e as informações colhidas nesse setor promovem impactos reduzidos sobre a gestão geral da unidade.

No Hospital de Jacarepaguá a entrevistada afirma a existência de banco de dados informatizado sobre os recursos humanos, constando informações sobre formação, carga horária e histórico na unidade. Informa que o banco de dados é utilizado para orientar a gestão.

Apesar disso, a entrevistada afirma que as regras de remuneração dos profissionais estão integralmente sujeitas às disposições gerais das instituições públicas as quais o hospital está vinculado e que a unidade não dispõe de mecanismos próprios de incentivos e ascensão na carreira, seguindo unicamente o plano geral do funcionalismo público ao qual está vinculado.

A forma predominante de contratação de profissionais é determinada e elaborada por instância superior ou regras vigentes para o serviço público, através de concursos públicos. A contratação de temporários também é realizada, mas primeiramente é convocado o banco de cadastro de concursos públicos que tenham sido realizados para hospitais federais; não havendo profissionais disponíveis, a análise curricular é realizada.

Quanto ao percentual de médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem que receberam treinamento no último ano, a respondente afirma que menos de 5% desses profissionais receberam qualquer forma de treinamento. A unidade ainda não possui indicadores de satisfação dos recursos humanos.

Quanto à punição e demissão de funcionários, informa que as demissões somente ocorrem em casos em que um profissional comete uma falta grave e

mediante processo administrativo, segundo regras vigentes da administração pública. Entretanto, como descrito pelos demais entrevistados, ela nunca presenciou uma efetiva atuação de um processo administrativo.

Quando o funcionário possui contrato de caráter temporário e comete falta grave, é encaminhado para o DGH de onde é redirecionado para outra unidade até que o prazo de seu contrato temporário seja finalizado.

Antes do início de um processo administrativo, a direção da unidade pode aplicar aos profissionais uma advertência oral, uma advertência por escrito, sindicância e, por fim, o processo administrativo.

Como componente dificultador de instauração de um processo administrativo, a entrevistada aponta a falta de relatos/reclamações escritas pelas chefias imediatas. A maioria das reclamações são realizadas oralmente e, quando se é solicitado que esta seja escrita para dar andamento aos processos, os profissionais não o fazem, em sua maioria com receio de ficarem mal vistos na unidade.

4.4 - A ENTREVISTA INFORMAL

Durante a entrevista de aplicação do questionário, diversas informações sobre a intervenção federal foram coletadas, sendo as dificuldades encontradas na gestão dos recursos humanos o foco principal.

Quanto ao processo de intervenção federal no Rio de Janeiro, o diretor do Hospital do Andaraí relatou que em um momento histórico em março de 2005, o governo federal decretou estado de calamidade pública na saúde do Rio de Janeiro. Nessa época, requisitava a gestão de seis hospitais, sendo eles Hospital do Andaraí,

Hospital da Lagoa, Hospital de Jacarepaguá e Hospital de Ipanema, que outrora fizeram parte da rede federal de saúde até 1999 quando foram municipalizados, além do Hospital Souza Aguiar e do Hospital Miguel Couto, que eram municipais.

Na época, o Ministério detinha informações sobre a estrutura dessas unidades e da falta de insumos, recursos humanos, infra-estrutura, problemas gerenciais, estruturais e assistenciais. Solicitou assim ao DENASUS uma auditoria nessas unidades, a qual subsidiou o processo de intervenção federal, justificado pela calamidade pública nas unidades hospitalares.

O processo de intervenção foi conturbado, com atritos políticos e técnicos, com muitas dificuldades gerenciais, administrativas e de implantação de novos modelos gerenciais.

Segundo o diretor do Hospital do Andaraí, o início desse processo objetivava garantir mínimas condições de funcionamento dessas unidades, sendo algumas metas definidas pelo Ministério, como a abertura das emergências, do número de leitos, de salas cirúrgicas e de leitos de terapia intensiva.

No Hospital do Andaraí, foi identificado que poderia haver um aumento significativo no número de salas cirúrgicas, já que as obras que vinham ocorrendo nesse setor estavam parcialmente terminadas, e ainda foi pensada a aquisição de equipamentos, a ampliação do número de leitos de terapia intensiva, a revisão e readequação da parte elétrica, a revisão de geradores, da parte hidráulica e principalmente a contratação de profissionais, uma vez que havia um déficit enorme de recursos humanos na unidade.

Foram revisados os contratos com fornecedores buscando não haver descontinuidade, mas também suprir o hospital do que ainda era necessário. O

Hospital do Andaraí, segundo seu diretor, não possuía manutenção predial nem contrato de manutenção de equipamentos; o parque tecnológico estava altamente sucateado e os contratos de alimentação e segurança precisavam ser revisados.

Quando questionado sobre estratégias de gestão dos recursos humanos, o diretor relata que, como a situação era de calamidade e emergência, a opção encontrada foi o estabelecimento de contratos temporários, sendo utilizado o banco de concursados e, posteriormente, análise de currículos, passando o Ministério a discutir qual seria a melhor opção para novos concursos públicos.

O diretor aponta que, com o processo de refederalização, um outro entrave foi criado para a gestão dos recursos humanos, que é a estruturação de uma organização hospitalar com diversos vínculos de trabalho, com profissionais federais estatutários muito antigos na unidade e em vias de aposentadoria, uma quantidade expressiva de funcionários municipais, mas em processo de devolução para a Secretaria Municipal de Saúde, e profissionais por contrato temporário, não havendo um vínculo mais consistente entre profissional e unidade de saúde, contratos estes que, segundo o diretor, são praticamente precários.

Além das diversas formas de vinculação, na unidade também são encontradas remunerações diferentes entre os profissionais federais e os municipais, promovendo uma dificuldade gerencial bastante significativa.

Segundo a entrevistada do Hospital de Ipanema, uma das primeiras providências do processo de intervenção federal em 2005 na sua unidade foi o abastecimento de medicamentos e equipamentos, além de contratos de manutenção de diversos equipamentos.

A refederalização encontrou a unidade com inúmeras necessidades, dentre elas a falta de recursos humanos e o sucateamento do parque tecnológico e das instalações prediais, limitando significativamente a assistência prestada. O apoio recebido pelo DGH permitiu que a reposição de pessoal fosse estabelecida por meio de contratação temporária de profissionais para os setores mais necessitados, bem como a oferta de treinamento para outros profissionais. No entanto, a respondente descreve que depois de três anos do processo de intervenção federal muitas mudanças ainda precisam ocorrer. Por exemplo, o centro cirúrgico possui dez salas, sendo que somente opera com seis, pois as outras quatro ainda estão impossibilitadas ao funcionamento.

Quanto aos recursos humanos, a situação realmente se apresenta crítica, na medida em que o envelhecimento do quadro de profissionais vinculados à esfera federal é elevado e existem grandes perspectivas de pedidos de aposentadoria. Os profissionais que ingressam na unidade são muito jovens e têm boa qualificação para assistência, mas nenhuma formação em gestão.

A entrevistada do Hospital de Jacarepaguá acredita que o processo de intervenção federal foi necessário e que, se este não tivesse acontecido, a unidade teria fechado, prejudicando muitos cidadãos.

Ela conta que, durante a intervenção, uma comissão da unidade foi designada para participar das atividades junto com os interventores, buscando identificar as principais necessidades do hospital, sendo a falta de equipamentos, medicamentos e recursos humanos as principais deficiências encontradas. Todavia, dificuldades também foram vivenciadas nesse período, uma vez que muitas promessas federais

não foram cumpridas, desacreditando o corpo clínico do hospital quanto ao processo de intervenção.

A entrevistada afirma que mesmo diante das dificuldades, a intervenção federal trouxe muitos benefícios para o Hospital de Jacarepaguá, sendo possível a manutenção, o crescimento e a oferta de assistência minimamente qualificada.

Ela ainda informa sobre a promulgação da portaria nº. 186 de 30/01/2008 (Anexo III). Essa portaria delega aos diretores das unidades refederalizadas competência para, subordinados ao DGH, coordenar, acompanhar e supervisionar atividades de administração de pessoal, podendo praticar atos necessários ao desempenho das atribuições pertinentes à área de recursos humanos.

Todavia, segundo a entrevistada, é importante ressaltar que a portaria apesar de descentralizar a coordenação, o acompanhamento e a supervisão de atividades de administração de pessoal, não dispõe sobre a ampliação de autonomia decisória que favoreça as singularidades na gestão dos recursos humanos em cada uma dessas unidades.

4.5 - QUADRO SÍNTESE DOS DADOS COLETADOS DOS HOSPITAIS REFEDERALIZADOS

O quadro V apresenta uma síntese dos dados investigados na aplicação do questionário nas três unidades hospitalares refederalizadas. Quanto à formação específica para atuação em atividades de gestão, somente o Hospital do Andaraí possui diretor com pós-graduação em administração hospitalar, estando os outros profissionais entrevistados em processo de capacitação em cursos de MBA na área

da saúde, inclusive o diretor geral do Hospital de Ipanema, que não pode ser entrevistado.

A nomeação dos três diretores ocorreu mediante eleição dos profissionais da própria unidade, uma vez que todos já vinham realizando atividades de liderança em suas unidades durante o processo de intervenção federal. Tal informação parece indicar que a intervenção federal reforçou o poder do corpo profissional sobre a unidade hospitalar.

A falta de mecanismos ou instrumentos de avaliação da direção é apresentada nas três unidades investigadas, fator este que dificulta ou mesmo impossibilita uma análise quanto à qualidade do exercício dos profissionais em cargos de gestão.

A seleção de metas para a unidade e o planejamento dos objetivos e resultados, exceto no hospital de Ipanema, que informa não possuir metas e que o planejamento dos objetivos e resultados estariam somente a cargo de organismo hierarquicamente superior, são pactuados entre a unidade e órgão superior na administração pública.

As três unidades relataram possuir indicadores de desempenho, mas apenas o Hospital de Ipanema disponibilizou esses dados em série histórica de 10 anos (1997-2007).

O gasto com o orçamento está sujeito a definições da direção e corpo técnico, segundo plano de organismo superior, ou é definido em pequenas escalas pela própria unidade através do Pregão Eletrônico, favorecendo a autonomia decisória.

A política de compras e a relação com os fornecedores nas três unidades hospitalares são centralizadas em órgão superior na administração pública e sob

regras de licitação. Nenhuma das três unidades hospitalares possui autonomia para realizar investimentos.

Infelizmente o setor de ouvidoria responsável, dentre outras funções, por acolher as demandas e sugestões da população atendida nesses hospitais produz com seus relatórios impactos médios e principalmente reduzidos na gestão da unidade.

Quadro V - Síntese das informações sobre a gestão nos hospitais refederalizados			
	Hospital do Andaraí	Hospital de Ipanema	Hospital de Jacarepaguá
Faixa Etária	30 a 39 anos	50 a 59 anos	50 a 59 anos
Área de Graduação	Medicina	Medicina	Medicina
Pós - graduação	Curso Adm. Hospitalar e Especializações concluídas	MBA Gestão Executiva em Saúde (Em andamento)	Especializações concluídas + MBA (Em andamento)
Nomeação para o cargo que ocupa	Eleição direta dos funcionários por méritos técnicos	Eleição direta dos funcionários por méritos técnicos	Eleição direta dos funcionários por méritos técnicos
Instrumentos de avaliação do desempenho do diretor	Não	Não	Não
Participação na seleção de metas para a unidade	Acordo entre hospital e organismo hierarquicamente superior na administração pública	Informa não ter metas delineadas, se existem estão somente com a direção	Relata que a unidade definiu suas próprias metas, mas depois afirma que estão em conformidade com organismos superiores na administração pública
Indicadores Eficiência (Diz possuir / Disponibilizou)	Sim / Não	Sim / Sim	Sim / Não
Construção do planejamento de objetivos, metas	Acordo entre hospital e organismo hierarquicamente superior na	Atribuição de um organismo hierarquicamente superior na	Acordo entre hospital e organismo hierarquicamente superior na administração pública

Quadro V - Síntese das informações sobre a gestão nos hospitais refederalizados			
e resultados	superior na administração pública	administração pública	
Gasto do orçamento	Sujeitos a decisões da direção e corpo técnico, segundo plano de organismo superior	Sujeitos a decisões da direção e corpo técnico, segundo plano de organismo superior	Sujeitos primordialmente a decisões de organismo superior, exceto por pequena parcela destinada a pronto-pagamento
Definição de investimentos	Não possui autonomia	Não possui autonomia	Não possui autonomia
Política de compras e relação com fornecedores (*)	Maior parte das compras realizadas é centralizada em órgão superior	Maior parte das compras realizadas é centralizada em órgão superior	Maior parte das compras realizadas é centralizada em órgão superior
Ouvidoria e impacto na gestão	Sim/ Impacto Reduzido	Sim/ Impacto médio	Sim/ Impacto reduzido

Fonte: Dados coletados do questionário aplicado aos hospitais refederalizados, 2008.

(*) Possibilidade de compras menores por Pregão Eletrônico e, anteriormente Cartão Corporativo.

O quadro síntese VI demonstra que, quanto à gestão dos recursos humanos nas três unidades refederalizadas, a direção geral não possui qualquer autonomia na definição dos níveis de remuneração, benefícios ou incentivos, critérios, regras ou processos de admissão e demissão, definição quantitativa de cargos necessários ao hospital, critérios para a progressão e capacitação profissional ou contratação de acordo com as necessidades da unidade, exceto pela incorporação de temporários. É ainda relevante apontar que as pesquisas de satisfação dos profissionais ocorrem de modo esporádico ou inexistem.

Diante dessa perspectiva, a gestão de recursos humanos nas três unidades refederalizadas estudadas se apresenta fortemente permeada por processos verticalizados e por decisões de instâncias hierarquicamente superiores aos

hospitais. Essa dimensão na gestão promove implicações, em última instância, na satisfação dos profissionais e, conseqüentemente, na assistência prestada à população. Algumas das implicações são:

- A falta de premiações, remuneratórias ou não, aos profissionais que se destaquem nas atividades que exercem em sua unidade hospitalar pode ocasionar desmotivação para que metas e melhorias na assistência sejam alcançadas, uma vez que exercer de forma correta sua atividade não favorece qualquer incentivo, apenas satisfação social e pessoal de ter realizado bem a sua função.
- A definição curricular ampla no processo seletivo realizado por instância que não a própria unidade pode não contemplar especificidades desejadas para os profissionais que venham atuar naquele hospital.
- A impossibilidade de definir, mesmo que em parceria com organismo hierarquicamente superior, o quantitativo e os cargos que serão direcionados para a unidade hospitalar pode gerar dificuldades de gestão da assistência.
- Processos administrativos que nunca resultam em situações minimamente constrangedoras aos profissionais podem disseminar, nos recursos humanos, um sentimento de que não existem regras dentro das unidades, e que cada um pode individualmente estabelecer as suas.
- As regras de capacitação e progressão funcional vinculadas a instâncias superiores desfavorecem uma análise mais próxima das necessidades de cada um dos profissionais para a qualificação da assistência prestada pelo hospital.

- E, por fim, a falta de um sistema efetivo que avalie a satisfação dos recursos humanos dessas unidades os coloca fora de qualquer possibilidade de vocalização quanto às suas necessidades.

Quadro VI – Síntese das informações sobre a gestão de Recursos Humanos nos hospitais refederalizados			
	Hospital do Andaraí	Hospital de Ipanema	Hospital de Jacarepaguá
Definir níveis de remuneração	Não	Não	Não
Definir níveis de incentivos para premiar desempenho individual	Não	Não	Não
Definir níveis de benefícios como incentivos	Não	Não	Não
Definir critérios, regras e processo de admissão de profissionais	Não	Não	Não
Definir critérios, regras e processo de demissão de profissionais	Não	Não	Não
Definir e contratar de acordo com as necessidades da organização	Não	Não	Não
Definir quadro de pessoal (quantitativo e cargos)	Não	Não	Não
Definir critérios para progressão e capacitação profissional	Não	Não	Não
Mensuração da satisfação dos profissionais	Esporádico	Não realiza	Não realiza

Fonte: Dados coletados do questionário aplicado aos hospitais refederalizados, 2008

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo investigou a intervenção federal no município do Rio de Janeiro em 2005, com o objetivo de analisar em que medida tal processo disponibilizou ferramentas de gestão de recursos humanos às quatro unidades refederalizadas, ou se esteve apenas comprometido com alternativas emergenciais, deixando de lado proposições de inovação na gestão pública em relação aos recursos humanos.

Foi realizada uma descrição das características principais da administração pública vigente no Brasil, marcada por uma governança burocrática e verticalizada. A teoria dos custos de transação foi abordada como uma das principais questões a ser considerada na reestruturação da administração pública do país.

Para cada um dos hospitais refederalizados foi elaborada, com base nos Prontuários Gerenciais aplicados pelo DGH, uma apresentação das informações descritivas dessas unidades. Buscou-se ainda situar o diagnóstico da precarização e instabilidade dos vínculos de trabalho que permearam os anos 1990, como um processo importante na composição da força de trabalho dessas unidades.

Com a aplicação do questionário em três dos quatro hospitais estudados, foi possível construir um panorama geral sobre as ferramentas de gestão nessas unidades, com especial atenção para a gestão dos recursos humanos.

Nessa perspectiva, esse estudo pode concluir que a vigência do decreto de calamidade, instituído no período da intervenção federal como medida emergencial/calamitosa, se constituiu em um instrumento de gestão extraordinário,

que possibilita superar limites da administração pública burocrática quanto à gestão dos recursos humanos, por meio da contratação de profissionais com vínculos temporários.

A flexibilização nas formas de contratação dos profissionais favoreceu uma composição híbrida dos vínculos de trabalho nessas unidades, marcada pelos processos de municipalização e pelos movimentos de precarização e flexibilização dos vínculos de trabalho que caracterizaram os anos 1990.

Nesse sentido, uma composição híbrida calcada no mosaico federal-municipal-temporário pode ser encontrada nessas unidades, indicando uma condição de elevada instabilidade federal no quadro total de profissionais.

O mosaico revela fragilidade federal na composição do quadro de recursos humanos, uma vez que os vínculos municipais e temporários, quando somados, constituem parcela significativa da força de trabalho desses hospitais.

Na análise da soma dos profissionais, por categoria, nas quatro unidades refederalizadas, os médicos com vínculo municipal ou temporário representam 44,61% do quadro total dessa categoria. Situação ainda mais preocupante é revelada quanto aos enfermeiros, demais categorias de nível superior e auxiliares/técnicos de enfermagem, quando somadas as vinculações municipais e temporárias, pois estes representam, respectivamente, 66,36%, 73,67% e 66,51% do total dos recursos humanos, dessas categorias, na soma dos quatro hospitais.

A aplicação dos questionários evidenciou que as unidades refederalizadas não detêm instrumentos de gestão dos recursos humanos, uma vez que não possuem plano próprio ou autonomia quanto à remuneração, benefícios ou incentivos, critérios, regras ou processos de admissão e demissão, definição

quantitativa de cargos necessários ao hospital, critérios para a progressão e capacitação profissional ou contratação de acordo com as necessidades da unidade.

Dessa forma, o processo de intervenção federal promoveu um esforço político significativo, mas não resultou em resposta consistente ao momento de “crise da saúde”, nomeada como justificativa para a intervenção federal no município do Rio de Janeiro, na medida em que não contemplou uma agenda propositiva de reforma do modelo organizacional e dos mecanismos de governança, gerando impasse e vazio de formulação teórico-conceitual quanto à gestão dos recursos humanos nas unidades hospitalares refederalizadas.

A inconsistência da agenda político-administrativa e a baixa sustentabilidade da gestão dos recursos humanos gerou ao governo federal um entrave significativo na gestão da força de trabalho dessas unidades.

Nesse sentido, como diretriz de um novo modelo de organização da gestão nas unidades públicas de saúde, esse estudo aponta como decorrência direta de um processo de intervenção mal sucedido, quanto a elaboração de agenda inovadora de gestão, a proposta das Fundações Públicas Estatais de Direito Privado.

Assim, a lei 5.164 de 17 de dezembro de 2007 dispõe sobre as fundações estatais dos hospitais gerais, dos hospitais de urgência e emergência e dos institutos de saúde, sendo essas fundações públicas com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de duração indeterminada e com competência para atuação em todo o território do Estado do Rio de Janeiro.

O ponto que interessa à esse estudo é, no capítulo IX, aquele que dispõe sobre a gestão de pessoal. Este descreve que o regime jurídico que direcionará as relações de trabalho será embasado naqueles previstos na CLT, e que cada

fundação será responsável por organizar seu quadro próprio de pessoal mediante plano de empregos, carreiras e salários que tenham sido submetidos pelo Conselho Curador da fundação ao Secretário de Saúde e Defesa Civil.

Diante de seus pressupostos, a lei 5.164 insere no arranjo político-administrativo do país a possibilidade de inovações na governança organizacional que possibilita autonomia e fortalecimento da gestão ao nível da unidade hospitalar, apesar de ainda receber veto, nos fóruns nacionais, como conselhos e conferências nacionais, por não haver consenso de sua aplicação.

Essa situação de impasse deixa as unidades refederalizadas submetidas ao risco de baixa sustentabilidade na gestão dos recursos humanos, principalmente agravada, nos dias atuais, pela pressão imposta pela prefeitura do Rio de Janeiro, para a devolução dos profissionais municipais que prestavam serviço nesses hospitais.

Esse quadro foi configurado no dia 11 de junho de 2008 quando a prefeitura do município do Rio de Janeiro lançou o edital nº 24 de convocação dos profissionais municipais lotados nas unidades hospitalares refederalizadas, promovendo grande impacto na composição da força de trabalho dessas unidades, como havia sido antecipado pelas análises realizadas por esse estudo.

Em contrapartida, no dia 18 desse mesmo mês, o governo federal promulgou a portaria nº 224, determinando que os profissionais com vinculação federal que estivessem trabalhando nas unidades municipais, ou seja, Hospital Municipal Souza Aguiar e no Hospital Municipal Miguel Couto, que também foram objeto do processo de intervenção federal em 2005, retornassem às unidades de gestão federal.

Diante desse cenário, o jornal O Globo do dia 1º de julho de 2008 informou que 1.586 profissionais de saúde da prefeitura que trabalhavam em hospitais federais, cedidos há mais de três anos, deveriam retornar às unidades municipais (Jornal O Globo, 01/07/2008).

Com tais mudanças, segundo o jornal, o Hospital do Andaraí perdeu 521 funcionários. O Hospital de Jacarepaguá deixou de contar com 471 servidores e o Hospital de Ipanema com menos 110 profissionais. A maior perda aconteceu no Hospital da Lagoa, que perdeu 624 funcionários, entre médicos, enfermeiros e profissionais técnicos (Jornal O Globo, 01/07/2008).

Por fim, esse estudo conclui que estas unidades atuam em um ambiente de baixa regulação e, por conseguinte, baixa responsabilização. Sendo assim, faz-se necessário priorizar um esforço aprofundado de ampliação da transparência da gestão dessas unidades, para que seja possível alcançar padrões de eficiência, qualidade e humanização na prestação dos cuidados às demandas da população.

BIBLIOGRAFIA

ARAUJO. V.C. A conceituação de governabilidade e governança, da sua relação entre si e com o conjunto da reforma do Estado e do seu Aparelho. Texto para discussão, Brasília, D.F.: UNB-ENAP, 2002. P.1-27.

BANCO MUNDIAL. Brazil Enhancing Performance in Brazil's Health Sector – Lessons from innovations in the state of São Paulo and the city of Curitiba. out., 2006.

BRESSER PEREIRA, L.C. Crise do Estado e respostas. In: Reforma do Estado para a cidadania – A reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. Brasília, D.F.: UNB-ENAP, 1998a. P.31-45.

BRESSER PEREIRA, L.C. Da administração pública burocrática à gerencial. In: Reforma do estado e administração pública gerencial: Fundação Getúlio Vargas - FGV, Rio de Janeiro, RJ. 1998b. P.237-270.

BRESSER PEREIRA, L.C. Uma reforma gerencial da administração pública no Brasil. In: Administração pública gerencial: a reforma de 1995 – Ensaios sobre a reforma administrativa brasileira no limiar do século XXI. Brasília, D.F.: UNB-ENAP, 1999. P.17-62.

Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, D.F., 1998.

COSTA, N. R. A crise dos hospitais do Rio de Janeiro de 2005: lições para uma agenda de reforma organizacional no sistema único de saúde. Relatório de Pesquisa. Banco Mundial. Brasília, D.F., 2005a.

COSTA, N. R. O colapso organizacional dos hospitais públicos e a capacidade institucional da política de saúde. Relatório de Pesquisa. Banco Mundial. Brasília, D.F., 2005b.

COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M; SILVA, P.L.B. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (2). P.427-442. 2000.

COSTA, N. R., RIBEIRO, J. M. Estudo Comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social. *Banco Mundial*, jul. 2004.

COSTA, N.R.; SILVA P.L.B. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: Reflexões. In: *Recursos Humanos em Saúde – Política, desenvolvimento e mercado de trabalho*: São Paulo: Nepp, INICAMP, 2002. P.275-286.

Decreto 5.392, de 10 de março de 2005. Declara estado de calamidade no setor hospitalar do sistema único de saúde no município do Rio de Janeiro, e dá outras providências. Brasília, D.F.: Diário oficial da união, 11 mar. 2005.

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública. Estudo comparativo de novos modelos de gerência de unidades hospitalares, Questionário de Pesquisa, 2001.

EPSTEIN, D., O`HALLORAN, S. Transaction Cost Politics. In: *Delegating Powers: a transaction cost politics approach to policy making under separate powers*. Cambridge university press, 1999. P.34-51.

HAM C., Hawkins L. Implementing organizational reforms to hospitals in the public sector. In: *Innovations in Health Service Delivery – The corporatization of public hospitals*. The world bank, Washington, D.C, 2003. P.79-104.

JORNAL DO BRASIL. Médicos denunciam crise nos hospitais, 01 fev. 2005.

JORNAL DO BRASIL. Pesquisa no arquivo do jornal. Reportagens sobre o processo de intervenção federal no município do Rio de Janeiro. 01 fev., 2005 - 30 dez., 2005.

JORNAL DO BRASIL. Pesquisa no arquivo do jornal. Reportagens sobre reforma da administração pública. 10 nov., 2006 - 19 jul.2007.

JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO. STF suspende intervenção federal em hospitais municipais do Rio de Janeiro. Crise, 20 abr. 2005.

JORNAL O GLOBO. Cesar lava as mãos. Prefeito diz que nada pode fazer se União não aumentar verba para hospitais municipalizados, 29 Jan. 2005.

JORNAL O GLOBO. União e Rio começam a se entender na saúde. Saúde: Rio fica sem verba por não investir, 03 fev. 2005.

JORNAL O GLOBO. Pesquisa no arquivo do jornal. Reportagens sobre o processo de intervenção federal no município do Rio de Janeiro. 29 jan, 2005 - 29 abr., 2005.

JORNAL O GLOBO. Pesquisa no arquivo do jornal. Reportagens sobre reforma da administração pública. 03 mar., 2007 - 17 jul., 2007.

JORNAL O GLOBO. Médicos da prefeitura deixam hospitais federais, 10 jul. 2008.

Lei nº 8080, lei orgânica da saúde de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, D.F.: Diário oficial da união, 20 set. 1990.

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, D.F.: Diário Oficial da União, 31 dez. 1990.

Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, D.F.: Diário Oficial da União, 21 jun. 1990.

Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. Brasília, D.F.: Diário Oficial da União, 10 dez. 1993.

MARINI, C.M. Uma questão de cidadania e valorização do servidor. Crise e reforma do Estado. Revista do serviço público. Ano 47, vol. 120, nº 3, p. 5-33, set.-dez, 1996.

Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da reforma do aparelho do Estado. Brasília, D.F., 1995.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília. D.F., 2004.

Ministério da Saúde. Prontuário Gerencial do Hospital do Andaraí. Departamento de Gestão Hospitalar – SAS/DGH-RJ/CGPO, 2007.

Ministério da Saúde. Prontuário Gerencial do Hospital de Ipanema. Departamento de Gestão Hospitalar – SAS/DGH-RJ/CGPO, 2007.

Ministério da Saúde. Prontuário Gerencial do Hospital de Jacarepaguá. Departamento de Gestão Hospitalar – SAS/DGH-RJ/CGPO, 2007.

Ministério da Saúde. Prontuário Gerencial do Hospital da Lagoa. Departamento de Gestão Hospitalar – SAS/DGH-RJ/CGPO, 2007.

NOGUEIRA, R.P. O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. In: Recursos Humanos em Saúde – Política, desenvolvimento e mercado de trabalho: Nepp, INICAMP, 2002. P.257-274.

NORONHA, J.C.; SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2). P.341-360. 2001.

NORTH, D.C. A transaction cost theory of exchange. In: *Institutions, Institutional change and economic performance*. Cambridge University Press, 1990a. P.3-69.

NORTH, D.C. A transaction cost theory of exchange. In: *Institutions, Institutional change and economic performance*. Cambridge University Press, 1990a. P.27-35.

NORTH, D.C. Institutions and a transaction-cost theory of exchange. In: *Perspectives on positive political economy*. Cambridge University Press, 1990b. P.182-194.

OVER M., WATANABE N. Evaluating the impact of organizational reforms in hospitals. In: *Innovations in Health Service Delivery – The corporatization of public hospitals*. The world bank, Washington, D.C., 2003. P.105-165.

PIERANTONI, C. As reformas do Estado, saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2). P.445-450. 2001.

PEREIRA, M. G. Qualidade dos serviços de saúde. In: *Epidemiologia teoria e prática*. Guanabara Koogan, 1995a.

PEREIRA, M. G. Qualidade dos serviços de saúde. In: *Epidemiologia teoria e prática*. Guanabara Koogan, 1995b. P.538-560.

Portaria nº 186 de 30 de janeiro de 2008. Delega competências dos diretores dos hospitais refederalizados, subordinados ao DGH, para coordenar, acompanhar e supervisionar atividades de administração de pessoal. Ministério da Saúde. Brasília. D.F.: Diário oficial da União, 31 jan. 2008.

ANEXO I



Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 5.392 DE 10 DE MARÇO DE 2005

Declara estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea "a", da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 196 da Constituição, e

Considerando a deficiência das ações e serviços de saúde no município do Rio de Janeiro e a situação dramática a que se chegou, com notório prejuízo do atendimento na rede hospitalar e das unidades do serviço de saúde, com grave risco para a própria preservação da vida humana,

Considerando que o Estado do Rio de Janeiro está habilitado na gestão plena do sistema de saúde, de acordo com a Norma Operacional de Assistência nº 01/2002,

Considerando a necessidade de ações para atendimento emergencial na área de saúde daquela localidade,

Considerando, finalmente, que tal conjuntura impõe ao Governo Federal a adoção de medidas urgentes e especiais;

DECRETA:

Art. 1º É declarado estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro.

Art. 2º Enquanto perdurar o estado de calamidade referido no art 1º, ficam requisitados, nos termos do art. 15, inciso XIII, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pelo Ministro de Estado da Saúde, os bens, serviços e servidores afetos aos seguintes hospitais:

I - Hospital da Lagoa - CNPJ nº 03875022000193;

II - Hospital Municipal do Andaraí - CNPJ nº 03875072000170;

III - Hospital Geral de Jacarepaguá (Hospital Cardoso Fontes) - CNPJ nº 03389886000103;

IV - Hospital Geral de Ipanema - CNPJ nº 03875087000139;

V - Hospital Municipal Souza Aguiar - CNPJ nº 29468055000293;

VI - Hospital Municipal Miguel Couto - CNPJ nº 29468055000374.

§ 1º Se necessário, o Ministério da Saúde poderá também requisitar outros serviços de saúde públicos e privados disponíveis, com vistas ao restabelecimento da normalidade dos atendimentos.

§ 2º O Ministro de Estado da Saúde poderá requisitar, ainda, todos os recursos financeiros afetos à gestão de serviços e ações que se fizerem necessárias aos hospitais a que se refere este artigo.

Art. 3º Para fins do disposto no art. 2º, fica o Ministério da Saúde autorizado a promover compras emergenciais de equipamentos, medicamentos, insumos e suprimentos, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

~~Art. 4º O Município do Rio de Janeiro, a partir da publicação deste Decreto, fica desabilitado da gestão plena do sistema de saúde municipal, passando a referida gestão para a responsabilidade do Estado do Rio de Janeiro. (Revogado pelo Decreto nº 5.968, de 2006)~~

Art. 5º No período em que perdurar o estado de calamidade, fica autorizado o Ministério da Saúde, nos termos do art. 2º, inciso I, da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, a promover a contratação temporária de pessoal, em caráter excepcional, com vistas a suprir as necessidades dos hospitais a que se refere o art. 2º, observadas as disposições legais pertinentes.

Art. 6º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 10 de março de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Humberto Sérgio Costa Lima

ANEXO II



**Questionário para levantamento de informações
quanto as possibilidades de gestão em hospitais
refederalizados no município do Rio de Janeiro**

Mestrado em Saúde Pública
Políticas Públicas e Saúde
Aluna: Adriana Maiarotti Justo
Orientador: Nilson do Rosário Costa

**BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL
E DO RESPONDENTE**

1- Nome da Instituição _____

2- Endereço da Instituição _____ CEP: _____ TEL: _____

AS QUESTÕES A SEGUIR SE REFEREM AO RESPONDENTE PRINCIPAL

3- Nome: _____

4- Cargo que ocupa na Instituição: _____

5- Telefone de contato / Fax: _____

6-Endereço eletrônico _____

7- Data de início da atividade atual: ____ / ____ / ____

8- Sexo

1. Feminino
2. Masculino

9- Faixa Etária

1. de 20 a 29 anos
2. de 30 a 39 anos
3. de 40 a 49 anos
4. de 50 a 59 anos
5. 60 anos ou mais

10- Área de Graduação:

Caso o respondente tenha mais de uma área de formação, assinalar todas

1. Médico
2. Enfermeiro
3. Odontólogo
4. Administrador
5. Outros. Especifique:

11- Indicar as áreas em que possui **Especialização** (Carga horária maior que 360 horas), **Mestrado e/ou Doutorado**:

Nível de Formação	Não Possui	Concluído / Ano	Em andamento	Instituição	Qual curso?
Curso de Administração Hospitalar					
Especialização 1					
Especialização 2					
Mestrado					
Doutorado					
Pós-Doutorado					

12- Como o Sr (a) foi **selecionado e nomeado para o cargo** o qual ocupa atualmente?

1. Nomeado após seleção mediante chamada pública e avaliação curricular
2. Nomeado após seleção mediante concurso público incluindo realização de prova
3. Nomeado segundo progressão funcional de acordo com plano de carreira de servidor público
4. Nomeado por escolha exclusiva pelo Executivo segundo qualificação por meio de curso de Administração Hospitalar
5. Nomeado por escolha exclusiva pelo Executivo sem outro tipo de procedimento
6. Nomeado por indicação de lideranças políticas, sindicais ou comunitárias ao Executivo
7. Nomeado após eleição direta dos funcionários do hospital ou organismo colegiado local
8. Outros
Especifique:

(*)13 - Existe algum **instrumento ou mecanismo que avalie seu desempenho** no hospital?

Qual? **Se não houver mecanismos de avaliação passar para a questão nº 15**

14- Com que **periodicidade** esse instrumento ou mecanismo é aplicado?

1. Mensalmente
2. Trimestralmente
3. Semestralmente
4. Anualmente
5. Outros.

Especifique:

(*)15- Foram **delineadas metas específicas para serem adotadas pela sua gestão?**

Se a resposta for negativa passar para a questão nº17

1. Sim. Quais?
2. Não

16- De que forma o **hospital participou da seleção dessas metas?**

1. Esta definição é primordialmente uma atribuição de um organismo hierarquicamente superior na administração pública
2. Esta definição é primordialmente uma atribuição acordada entre o hospital e organismo hierarquicamente superior na administração pública
3. Esta definição é primordialmente uma atribuição acordada entre o hospital e organismo hierarquicamente superior na administração pública, mediante um contrato de gestão
4. Esta definição é primordialmente uma atribuição da direção do hospital e de seu corpo técnico
5. Esta definição é primordialmente uma atribuição da direção do hospital em acordo com outros organismos existentes na região, como conselhos comunitários, ou representantes de usuários
6. Outros.

Especifique:

(*)17- Existem **metas específicas delineadas para o ano de 2008?**

1. Sim. Quais?
2. Não

BLOCO 2: PERFIL DO HOSPITAL

18- **Porte do hospital** em relação ao número de leitos instalados:

1. Pequeno (até 49 leitos)
2. Médio (50 a 149 leitos)
3. Grande (150 a 500 leitos)
4. Extra-Grande (acima de 500 leitos)

19- **Complexidade do Hospital** no sistema: _____

20-Tipo do Hospital

1. Geral
2. Especialidades. Quais ?

21- Indicadores Hospitalares:

Taxa Mortalidade Geral Hospitalar

Taxa de Ocupação

Média Permanência

BLOCO 3: PLANEJAMENTO E GESTÃO

22- Como Sr.(a) caracteriza o **planejamento do hospital com relação a objetivos, metas e resultados** que se deseja alcançar?

Se não há planejamento de objetivo, metas e resultados passar para a questão 26

1. O hospital não apresenta plano estruturado com relação a objetivos, metas e resultados
 2. O hospital não apresenta plano estruturado com relação a objetivos, metas e resultados, mas está em processo de elaboração
 3. O hospital apresenta plano estruturado com relação a objetivos, metas e resultados, mas o seu cumprimento se restringe a diretrizes genéricas para a Unidade
 4. O hospital apresenta plano estruturado com relação a objetivos, metas e resultados e inclui o uso de indicadores
 5. O hospital apresenta plano estruturado com relação a objetivos, metas e resultados, com detalhamento para cada área de atuação da Unidade
 6. O hospital apresenta plano estruturado com relação a objetivos, metas e resultados, com detalhamento para cada área de atuação da Unidade e inclui o uso de indicadores
 7. Outros.
- Especifique:

23- Como Sr.(a) caracteriza a **construção do planejamento do hospital com relação a objetivos, metas e resultados** que se deseja alcançar?

1. Esta definição é primordialmente uma atribuição de um organismo hierarquicamente superior na administração pública
 2. Esta definição é primordialmente uma atribuição acordada entre o hospital e organismo hierarquicamente superior na administração pública
 3. Esta definição é primordialmente uma atribuição acordada entre o hospital e organismo hierarquicamente superior na administração pública, mediante um contrato de gestão
 4. Esta definição é primordialmente uma atribuição da direção do hospital e de seu corpo técnico
 5. Esta definição é primordialmente uma atribuição da direção do hospital em acordo com outros organismos existentes na região, como conselhos comunitários, ou representantes de usuários
 6. Outros.
- Especifique:

24- Como Sr.(a) caracteriza a **influência do plano de objetivos, metas e resultados** sobre a gestão do hospital?

1. O plano tem caráter normativo e organiza as atividades do hospital
2. O plano tem caráter normativo na forma de contrato de gestão e organiza as atividades do hospital
3. O plano não organiza as atividades dos hospital
4. O plano não organiza as atividades do hospital apesar de configurar o contrato de gestão
5. Outros.

Especifique:

25- Como se dá no hospital o eventual **planejamento e incorporação de inovações em gestão** e efetiva atualização gerencial?

1. O hospital acompanha de modo sistemático as inovações em gestão e possui um plano estruturado de atualização gerencial segundo os objetivos gerais da organização e de acordo com a programação orçamentária
2. O hospital acompanha de modo sistemático as inovações em gestão e a atualização gerencial está vinculada a oportunidades eventuais em termos de disponibilidade financeira
3. O hospital acompanha de modo sistemático as inovações em gestão e a atualização gerencial está vinculada a oportunidades eventuais em termos de disponibilidade financeira e disponibilidade de profissionais qualificados
4. O hospital não acompanha de modo sistemático as inovações em gestão e a atualização gerencial está sujeita a decisões tomadas por órgãos superiores
5. Órgãos superiores hierárquicos acompanham as inovações em gestão e planejam a atualização gerencial do hospital segundo os seus objetivos gerais para a organização
6. Não houve incorporação de alguma inovação em gestão ou efetiva atualização gerencial do hospital nos últimos três anos
7. Outros.

Especifique:

26- Como Sr.(a) define as **funções da direção do hospital com relação ao gasto de seu orçamento?**

1. Os gastos efetuados pelo hospital estão sujeitos primordialmente à decisões de organismo superior, exceto por pequena parcela destinada a pronto-pagamentos
2. Os gastos efetuados pelo hospital estão sujeitos à decisões de sua direção e corpo técnico, segundo plano de aplicação estabelecido por organismo superior
3. Os gastos efetuados pelo hospital estão sujeitos à decisões de sua direção e corpo técnico, segundo plano de aplicação pela própria organização
4. Os gastos efetuados pelo hospital estão sujeitos à decisões de sua direção e corpo técnico, segundo plano de aplicação estabelecido em conjunto com conselhos comunitários
5. Os gastos efetuados pelo hospital estão sujeitos primordialmente às necessidades e oportunidades imediatas e não obedecem a eventuais planos previamente estabelecidos
6. Outros.

Especifique

27- Como Sr.(a) classifica o **tipo de orçamento de seu hospital ?**

1. Orçamento global baseado na série histórica
2. Orçamento global baseado na produção esperada de serviços
3. Orçamento global combinando produção esperada e série histórica
4. Orçamento por setor ou área baseado na série histórica
5. Orçamento por setor ou área baseado na produção esperada de serviços
6. Orçamento por setor ou área combinando produção esperada e série histórica
7. Outros.

Especifique

28- Como Sr.(a) caracteriza a **regra de atuação da direção na definição de investimentos?**

1. A direção do hospital não possui autonomia pra realizar investimentos
2. A direção do hospital possui autonomia para efetuar investimentos apenas a curto prazo, mediante recurso do tesouro
3. A direção do hospital possui autonomia para efetuar investimentos de curto, médio e longo prazo, mediante recursos do Tesouro.
4. A direção do hospital possui autonomia para efetuar investimentos apenas mediante recursos captados diretamente
5. Outros.

Especifique

29- Como ocorre no hospital a **política de compras e as relações com os fornecedores?**

1. A maior parte das compras efetuadas pelo hospital é centralizada em órgão superior
2. O hospital efetua compras em quantidades expressivas e segue exclusivamente os procedimentos prescritos pela Lei de Licitações
3. O hospital efetua compras em quantidades expressivas e segue exclusivamente os procedimentos prescritos pela Lei de Licitações, mas consegue dentro de seus limites excepcionabilidades para negociar preço e qualidade com fornecedores
4. O hospital efetua compras em quantidades expressivas, segue em parte os procedimentos prescritos pela Lei de Licitações, e conta com formas alternativas complementares para viabilizar suas compras (sociedade de amigos, fundações, etc.), possibilitando nestes casos negociar preço e qualidade
5. O hospital segue políticas próprias de compra mediante atuação de fundações de apoio, sociedade de amigos ou outras modalidades para compras associadas
6. O hospital segue políticas próprias de compra, sob regime de direito privado e segundo critérios de mercado para negociação com fornecedores
7. Outros
Especifique

30- Como Sr.(a) define o **tipo de negociação estabelecido pelo hospital com os fornecedores?**

1. As compras de equipamentos, insumos e serviços seguem unicamente as regras da Lei de Licitações
2. As compras de equipamentos, insumos e serviços seguem as regras da Lei de Licitações com relação aos recursos fiscais e seguem regras definidas pelo próprio hospital com relação a recursos captados por meio de organizações de apoio
3. As compras de equipamentos, insumos e serviços seguem unicamente regras definidas pelo próprio hospital
4. As compras de equipamentos, insumos e serviços seguem unicamente regras definidas pelo próprio hospital e são realizadas por meio de organizações de apoio
5. Outros
Especifique

31- Como vem sendo **desenvolvido no hospital programas de gestão da qualidade** como acreditação hospitalar, qualidade total ou similares?

1. O hospital não desenvolve programa sistemático de gestão da qualidade
2. O hospital não desenvolve programa sistemático de gestão da qualidade, mas já se iniciou um processo de formulação e implementação nesta área
3. O hospital desenvolve programa sistemático de gestão da qualidade, atualmente disseminado no corpo da diretoria e dos gerentes
4. O hospital desenvolve programa sistemático de gestão da qualidade, atualmente disseminado no corpo da diretoria e dos gerentes e em até 50% dos profissionais
5. O hospital desenvolve programa sistemático de gestão da qualidade, atualmente disseminado no corpo da diretoria e dos gerentes e em mais de 50% dos profissionais
6. Outros
Especifique

32- Como o Sr.(a) caracteriza a **posição do hospital como provedor de serviços ao Sistema Único de Saúde ?**

1. Um possível mau desempenho do hospital não provoca a sua exclusão como provedor de serviços ao Sistema Único de Saúde
2. Um possível mau desempenho do hospital não provoca a sua exclusão como provedor de serviços ao Sistema Único de Saúde, mas implica em revisão dos termos do seu contrato de gestão
3. Um possível mau desempenho do hospital não provoca a sua exclusão como provedor de serviços ao Sistema Único de Saúde, mas implica em revisão de sua posição como provedor de serviços
4. Um possível mau desempenho do hospital não provoca a sua exclusão como provedor de serviços ao Sistema Único de Saúde, mas implica em suspensão provisória dos pagamentos pelos serviços efetuados
5. Um possível mau desempenho do hospital pode provocar a sua exclusão como provedor de serviços ao Sistema Único de Saúde
6. Outros
Especifique

(*)33- Como Sr.(a) descreve a disponibilidade e abrangência do **sistema de informações gerenciais relacionados ao planejamento, recursos humanos, compras e custos no hospital?**

1. Estas informações gerenciais não estão informatizadas e organizadas de forma sistemática
 2. Estas informações gerenciais estão informatizadas e organizadas de forma sistemática apenas com relação a alguns poucos sistemas
 3. Estas informações gerenciais estão informatizadas e organizadas de forma sistemática com relação à maioria dos sistemas
 4. Estas informações gerenciais estão informatizadas e organizadas de forma sistemática com relação a todos os sistemas relevantes
 5. Estas informações gerenciais estão informatizadas e organizadas de forma sistemática com relação a todos os sistemas relevantes, os quais estão interligados e permitem a emissão de relatórios sintéticos
 6. Outros
- Especifique

(*)34- Qual o **papel efetivo que desempenha a avaliação por meio de indicadores** em seu hospital ?

1. O hospital não possui indicadores próprios para avaliação do desempenho organizacional utilizados de forma rotineira
 2. O hospital não possui indicadores próprios para avaliação do desempenho organizacional utilizados rotineiramente, mas aplica indicadores solicitados pelas instâncias superiores
 3. O hospital não possui indicadores próprios para avaliação do desempenho organizacional utilizados rotineiramente, mas aplica indicadores solicitados pelas instâncias superiores e está implementando indicadores próprios em algumas áreas
 4. O hospital não possui indicadores próprios para avaliação do desempenho organizacional utilizados rotineiramente, mas aplica indicadores solicitados pelas instâncias superiores e está implementando indicadores próprios para todas as atividades finalísticas
 5. O hospital não possui indicadores próprios para avaliação do desempenho organizacional utilizados rotineiramente, mas aplica indicadores solicitados pelas instâncias superiores e está implementando indicadores próprios para todas as atividades finalísticas e gerenciais
 6. O hospital possui indicadores próprios para avaliação do desempenho organizacional utilizados de forma rotineira
 7. O hospital possui indicadores próprios para avaliação do desempenho organizacional utilizados de forma rotineira para todas as atividades finalística
 8. O hospital possui indicadores próprios para avaliação do desempenho organizacional utilizados de forma rotineira para todas as atividades finalísticas e gerenciais
 9. Outros
- Especifique

BLOCO 4: GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

(*)35- Existe um banco de dados informatizado no hospital com informações sobre pessoal?

1. Sim
2. Não

36- As informações contidas nesse banco de dados são utilizadas para **orientar a gestão do hospital**?

1. Sim – De que forma?
2. Não

37- Como se processa a **política de incentivos para os profissionais do hospital**?

1. As regras de remuneração dos profissionais estão integralmente sujeita às disposições gerais das instituições públicas às quais o hospital está vinculado
2. As regras de remuneração dos profissionais estão integralmente sujeita às disposições gerais da empresa, fundação ou cooperativa responsável pela provisão de pessoal
3. As regras de remuneração dos profissionais incluem incentivos individuais associados ao desempenho definidos principalmente pelo hospital
4. As regras de remuneração dos profissionais incluem incentivos associados ao desempenho de grupos ou setores definidos principalmente pelo hospital
5. Outros
Especifique

38- Como se desenvolve no hospital a **distribuição de incentivos aos profissionais quanto a seus desempenhos individuais**?

1. O hospital não dispõe de mecanismos próprios de incentivos e ascensão na carreira e segue o plano geral do funcionalismo público ao qual está vinculado
2. O hospital dispõe de mecanismos próprios de incentivos e ascensão na carreira, que são adaptados ao plano geral do funcionalismo público ao qual está vinculado
3. O hospital dispõe de mecanismos próprios de incentivos e ascensão na carreira, que predominam sobre o plano geral do funcionalismo público ao qual está vinculado, mas estes tem sido aplicados sem continuidade nos últimos quatro anos
4. O hospital dispõe de mecanismos próprios de incentivos e ascensão na carreira, que predominam sobre o plano geral do funcionalismo público ao qual está vinculado, os quais tem sido aplicados de modo contínuo nos últimos quatro anos
5. Outros
Especifique

39- Como se dá de modo predominante a contratação de profissionais para trabalharem em seu hospital?

1. O hospital contrata a maior parte destes profissionais a partir das demandas estruturadas por seus departamentos, clínicas ou setores e define o processo seletivo que considera mais adequado
2. O hospital contrata a maior parte destes profissionais segundo um perfil genérico e o processo seletivo é aquele determinado por instância superior ou regras vigentes para o serviço público
3. O hospital contrata parte destes profissionais segundo um perfil genérico e processo seletivo determinado por instância superior ou regras vigentes para o serviço público, e parte segundo demandas estruturadas por seus departamentos, clínicas ou setores conforme o processo seletivo que considera mais adequado
4. O hospital contrata a maior parte destes profissionais a partir de cálculos de necessidade estabelecidos pela sua direção e define o processo seletivo que considera mais adequado
5. Outros
Especifique

40- Quais as formas de seleção utilizadas pela instituição?

1. Concurso Público
2. Prova prática
3. Entrevista
4. Dinâmica de grupo
5. Teste psicológico
6. Análise de currículo
7. Outros
Especifique.....

41- O processo de seleção é executado:

1. Por Instância hierarquicamente superior ao hospital
2. Pelo próprio hospital
3. Por Empresa contratada
4. Outros
Especifique.....

42- **Como se dá no hospital a demissão de funcionários** mantidos sob alguma forma de contrato de trabalho?

1. Em geral as demissões só ocorrem no hospital em casos onde um funcionário cometa uma falta grave
 2. Em geral as demissões só ocorrem no hospital em casos onde um funcionário cometa uma falta grave e mediante um processo administrativo segundo regras vigentes da administração pública
 3. Em geral as demissões ocorrem mediante avaliação de desempenho do funcionário segundo parâmetros definidos ou aceitos pelo hospital
 4. A avaliação de desempenho do funcionário ocorre de modo sistemático e rotineiro no hospital, de acordo com regras conhecidas, e pode originar casos de demissão
 5. As regras vigentes da administração pública prevêm a avaliação de desempenho do funcionário e tem originado casos de demissão segundo parâmetros definidos ou aceitos pelo hospital
 6. Outros
- Especifique.....

43- **Como se dá no hospital a concessão de benefícios na forma de incentivos aos funcionários** mantidos sob alguma forma de contrato de trabalho?

1. Os incentivos são lineares e concedidos mediante decisão de órgão central ou hierarquicamente superior
 2. Os incentivos são lineares e concedidos mediante decisão de órgão central ou hierarquicamente superior e representam em média mais de 30% dos rendimentos dos beneficiados
 3. Os incentivos são individualizados e concedidos mediante decisão de órgão central ou hierarquicamente superior
 4. Os incentivos são individualizados e concedidos mediante decisão de órgão central ou hierarquicamente superior e representam em média mais de 30% dos rendimentos dos beneficiados
 5. Os incentivos são lineares e concedidos mediante programa definido e implementado principalmente pelo hospital
 6. Os incentivos são lineares e concedidos mediante programa definido e implementado principalmente pelo hospital e representam em média mais de 30% dos rendimentos dos beneficiados
 7. Os incentivos são individualizados e concedidos mediante programa definido e implementado por órgão central ou hierarquicamente superior
 8. Os incentivos são individualizados e concedidos mediante programa definido e implementado por órgão central ou hierarquicamente superior e representam em média mais de 30% dos rendimentos dos beneficiados
 9. Outros
- Especifique.....

44- Existe alguma **atitude que pode ser adotada quando um profissional se nega a colaborar** para o desenvolvimento das atividades inerentes a sua função? Se sim Qual?

45- Como Sr.(a) caracteriza em termos percentuais aproximados o **volume de médicos, enfermeiros e técnicos que receberam algum tipo de treinamento no último ano?**

1. No máximo 5% destes funcionários foram treinadas no último ano
2. No máximo 10% destes funcionários foram treinadas no último ano
3. No máximo 20% destes funcionários foram treinadas no último ano
4. No máximo 30% destes funcionários foram treinadas no último ano
5. No máximo 50% destes funcionários foram treinadas no último ano
6. Mais de 50% destes funcionários foram treinadas no último ano
7. Outros

Especifique.....

46- No hospital são aplicadas **pesquisas ou indicadores de satisfação de seus profissionais?** Em caso afirmativo, como ocorre a sua disseminação para as equipes?

1. O hospital não possui indicadores de satisfação de funcionários
2. O hospital possui indicadores de satisfação de funcionários, que são apurados de modo esporádico
3. O hospital possui indicadores de satisfação de funcionários, que são apurados de modo rotineiro
4. O hospital possui indicadores de satisfação de funcionários, que são apurados de modo rotineiro e a última avaliação revelou um nível baixo de reclamações
5. O hospital possui indicadores de satisfação de funcionários, que são apurados de modo rotineiro e a última avaliação revelou um nível médio de reclamações
6. O hospital possui indicadores de satisfação de funcionários, que são apurados de modo rotineiro e a última avaliação revelou um nível alto de reclamações
7. Outros

Especifique

BLOCO 5: DIREITOS DOS USUÁRIOS

47- Existe no hospital algum **mecanismo institucional para a garantia de direitos aos seus usuários**?

1. O hospital não possui organismo especial para a garantia de direitos dos seus usuários
 2. O principal setor orientado aos direitos de seus usuários é representado pelo Serviço Social
 3. O principal setor orientado aos direitos de seus usuários é representado por um Serviço de Registro de Queixas
 4. O principal mecanismo orientado aos direitos de seus usuários é representado por uma Caixa Coletora de Queixas e Sugestões
 5. O principal mecanismo orientado aos direitos de seus usuários é representado por uma Ouvidoria
 6. O principal mecanismo orientado aos direitos de seus usuários é representado por uma Ouvidoria de caráter independente e com mandato preestabelecido
 7. Outros
- Especifique.....

48- No hospital é possível identificar alguma forma de **melhoria na gerencia associada as sugestões** efetuadas por seus usuários?

1. Não existem mecanismos sistemáticos de apuração e análise de sugestões de usuários do hospital
 2. Existem mecanismos sistemáticos de apuração e análise de sugestões de usuários do hospital, mas não é possível no momento identificar melhorias associadas a estas sugestões
 3. Existem mecanismos sistemáticos de apuração e análise de sugestões de usuários do hospital, sendo possível identificar melhorias de impacto reduzido associadas a estas sugestões
 4. Existem mecanismos sistemáticos de apuração e análise de sugestões de usuários do hospital, sendo possível identificar melhorias de médio impacto associadas a estas sugestões
 5. Existem mecanismos sistemáticos de apuração e análise de sugestões de usuários do hospital, sendo possível identificar melhorias de elevado impacto associadas a estas sugestões
 6. Outros
- Especifique.....

ANEXO III

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO
PORTARIAS DE 30 DE JANEIRO DE 2008

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e considerando o art. 38 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, resolve:

Nº 186 - Art. 1º Delegar competência aos Diretores dos Hospitais Gerais de Ipanema, da Lagoa, do Andaraí e de Jacarepaguá, subordinados ao Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, para, no âmbito das respectivas unidades, coordenar, acompanhar e supervisionar as atividades de administração de pessoal, podendo praticar os atos necessários ao desempenho das atribuições pertinentes à área de recursos humanos, tais como:

I - orientar e fiscalizar o cumprimento e a aplicação de normas emanadas da Coordenação-Geral de Recursos Humanos, da Subsecretaria de Assuntos Administrativos, da Secretaria-Executiva, do Ministério da Saúde;

II - conceder, observada a legislação específica, os adicionais por tempo de serviço/anuênios/ATS, de insalubridade, periculosidade, atividades penosas, irradiação ionizante e noturno ajuda de custo;

III - conceder, observada a legislação específica, afastamento para exercício de mandato eletivo aposentadoria voluntária/contributiva, por invalidez, compulsória e respectivas atualizações e retificações reversão de aposentadoria por invalidez;

IV - conceder, observada a legislação específica, auxílios natalidade, funeral, alimentação, transporte, pré-escolar e reclusão;

V - conceder, observada a legislação específica, averbação de tempo de serviço, diárias, dispensa de serviço prevista no art. 97 da Lei nº 8.112/90, gratificações de raio X e substâncias radioativas, férias e respectivo adicional, horário especial ao servidor estudante, indenização de transporte, e deslocamento para nova sede;

VI - conceder, observada a legislação em vigor, pensão por morte e respectivas atualizações e retificações, progressões funcionais, vantagem pessoal quintos/décimos, respectivas atualizações e retificações; salário-família;

VII - conceder, observada a legislação específica, licenças por motivo de doença em pessoa da família, serviço militar, atividade política, afastamento do cônjuge ou companheiro, licença-prêmio por assiduidade, à gestante, à adotante e paternidade, para tratamento da própria saúde até dois anos, por motivo de acidente em serviço ou doença profissional, para tratar de interesses particulares;

VIII - conceder, observada a legislação específica, capacitação, observado o Decreto nº 5.707/2006;

IX - aprovar e homologar estágios probatórios;

X - declarar a licitude ou ilicitude das situações de acumulação de cargos, a vacância de cargos, nas hipóteses previstas nos incisos I a III e VII a IX do art. 33 da Lei nº 8.112/90, consolidada pela Lei nº 9.527/97;

XI - emitir carteira funcional, certidão de tempo de serviço;

XII - proceder à exoneração e dispensa de servidores a pedido; à remoção de servidores a pedido; à instauração de sindicância e processo administrativo disciplinar; à aplicação das penalidades disciplinares de advertência e de suspensão até 30 dias; e

XIII - firmar contratos de estagiários de acordo com a legislação específica.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.