

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.**

**CAMPUS JOINVILLE  
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM  
GESTÃO HOSPITALAR**

**CÉLI HEND**

**MODELOS DE GESTÃO DE UM HOSPITAL DE MÉDIO  
PORTE DA REGIÃO NORTE DO ESTADO DE  
SANTA CATARINA**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**CÉLI HEND**

**MODELOS DE GESTÃO DE UM HOSPITAL DE MÉDIO  
PORTE DA REGIÃO NORTE DO ESTADO DE SANTA  
CATARINA**

**JOINVILLE, 2014**

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.**

**CAMPUS JOINVILLE  
CURSO GESTÃO HOSPITALAR**

**CÉLI HEND**

**MODELOS DE GESTÃO DE UM HOSPITAL DE MÉDIO  
PORTE DA REGIÃO NORTE DO ESTADO DE  
SANTA CATARINA**

**Trabalho de conclusão de curso  
submetido ao Instituto Federal  
de Educação, Ciência e  
Tecnologia de Santa Catarina  
como parte dos requisitos de  
obtenção do título de Tecnólogo  
em Gestão Hospitalar.**

**Orientadora: Marciele Misiak,  
MSC.**

**JOINVILLE, 2014**

Hend, Céli.

Modelos de gestão de um hospital de médio porte da região norte do Estado de Santa Catarina / Hend, Céli – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2014. 80f.

Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Federal de Santa Catarina, 2014. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientador: Marciele Misiak, Msc.

1. Administração de Serviços de Saúde                      2. Organização e Administração                      3. Planejamento de instituições de saúde.                      I. Título

# **MODELOS DE GESTÃO DE UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE DA REGIÃO NORTE DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**CÉLI HEND**

**Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, ciência e Tecnologia de Santa Catarina.**

**Joinville, 26 de Junho de 2014.**

**Banca Examinadora:**

---

**Profa. Marciele Misiak, Mestre  
Orientadora**

---

**Profa. Carla S. L. Almeida  
Avaliador**

---

**Prof. Marcos Aurélio Schwede  
Avaliador**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pelos caminhos desenhados durante esta caminhada e a todos que de alguma forma contribuíram beneficentemente durante minha graduação. Em especial à minha irmã Ingrid e ao meu cunhado Moacir que sempre me apoiaram. Ao meu colega de trabalho Cristian por todas as longas viagens diárias à Guaramirim. À minha amiga Lívia que veio desbravar Joinville comigo quando decidi morar nesta cidade. À Luciane, minha roommate, com a qual decidi dividir meu cotidiano e se tornou uma amiga querida. E à minha orientadora Marciele Misiak pelo tempo, conhecimento e dedicação que se dispôs a me doar

“Existe suficientemente de tudo no mundo para satisfazer as necessidades do homem, mas não o suficiente para satisfazer sua ganância.”

Gandhi

## RESUMO

Os hospitais públicos vêm através dos anos buscando soluções para manterem-se ativos em meio a problemas como aumento de demanda de atendimento, baixo valor pago pelo Sistema Único de Saúde e rápidas mudanças em tecnologia. Percebendo a necessidade de agilizar os processos administrativos, devido à morosidade da máquina pública, em 1995 o governo federal publicou o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, plano que possibilitou aos órgãos públicos ter sua administração terceirizada através do contrato de gestão e que prevê a contratação de uma empresa privada para gerir uma instituição pública mediante pagamento. A instituição estudada atravessou três modelos de gestão: católico, municipal e filantrópico, sendo o objetivo deste trabalho relatar a sua trajetória histórica através dos três modelos de gestão, buscando caracterizar cada uma das fases bem como o modo como ocorreram estas mudanças. Realizou-se uma pesquisa qualitativa do tipo relato de experiência. Observou-se que a falta de planejamento foi fator constante em todos os modelos de gestão, deste modo é possível concluir que meramente mudar o modelo de gestão da instituição não suprime a necessidade de planejamento e profissionais qualificados para que haja eficiência administrativa.

Palavras-chave: Administração de Serviços de Saúde; Organização e Administração; Planejamento de instituições de saúde.



## **ABSTRACT**

Public hospitals have been searching through the years for means to keep themselves alive amid issues such as increased service demand, low Sistema Único de saúde (SUS) payment values and rapid changes in technology. Realizing the need to streamline the administrative processes, due to the slowness of public administration, in 1995 the federal government published the Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado plan that allowed public agencies to outsource their administration through the management contract and hiring a private company to manage a public institution for payment. The studied institution went through three management models: catholic, municipal and philanthropic, and this paper aims to report its historical trajectory through the three management models, seeking to characterize each phase and how these changes occurred. A qualitative study of the experience report type was conducted. It was observed that the lack of planning was a constant factor in all models of management, thus one can conclude that merely changing the management model of the institution does not remove the need for planning and qualified personnel to achieve administrative efficiency.

**Keywords:** Administration of Health Services; Organization and Administration; Planning of Health Care Organization.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BCS – Beneficência Camiliana do Sul  
CF - Constituição Federal do Brasil  
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho  
DATASUS - Sistema de informação do governo  
HMSA - Hospital Municipal Santo Antônio  
HSA - Hospital Santo Antônio  
INAMPS – Instituto Nacional de assistência Médica da Previdência Social  
MPSC - Ministério Público de Santa Catarina  
OS - Organizações Sociais  
OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público  
PAD – Processo Administrativo Disciplinar  
PDRAE - Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado  
PMG - Prefeitura Municipal de Guarimirim  
SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico  
SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese, Prótese e Materiais Especiais do SUS.  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SND - Serviço de Nutrição e Dietética  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TAC – Termo de Ajuste de Conduta  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
VSSC – Vigilância Sanitária de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Justificativa .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Definição Do Problema .....</b>	<b>13</b>
<b>1.3 Objetivo Geral .....</b>	<b>14</b>
<b>1.4 Objetivos Específicos .....</b>	<b>14</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Mudança Organizacional .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Contrato De Gestão .....</b>	<b>17</b>
<b>2.3 Gestão Privada De Hospitais .....</b>	<b>22</b>
<b>2.4 Gestão Pública De Hospitais .....</b>	<b>26</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1 Tipo De Pesquisa .....</b>	<b>35</b>
<b>3.2 Local Do Estudo .....</b>	<b>35</b>
<b>3.3 Coleta De Dados .....</b>	<b>36</b>
<b>3.4 Considerações Éticas .....</b>	<b>36</b>
<b>4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>37</b>
<b>4.1 Hospital Católico .....</b>	<b>37</b>
<b>4.2 Municipalização .....</b>	<b>40</b>
<b>4.3 Filantropia .....</b>	<b>51</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>60</b>
<b>6 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE A – GESTORES HMSA .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO A - AUTORIZAÇÃO .....</b>	<b>80</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Sobrevivendo frente a dificuldades, como o aumento da demanda de atendimentos e procedimentos mais complexos, os hospitais públicos estão cada vez mais necessitando de uma administração feita por profissionais capacitados. Matos *apud* Siqueira et.al. (2010) mencionam que as tendências antiquadas não aceitam que o novo modelo de hospital seja administrado semelhante às empresas comuns. Essa mudança faz-se necessária visando uma melhor qualidade nos serviços hospitalares prestados e é nessa profissionalização que a terceirização da gestão começa a se delinear.

A consolidação da Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxeram grandes mudanças para o cenário dos hospitais públicos da saúde no Brasil. Com um sistema universal de saúde que dava direito a todo e qualquer cidadão em utilizá-lo, e conforme a Constituição Federal (CF) em seu art. 196 “*saúde é direito de todos e dever do estado*” os gestores das instituições públicas de saúde sentiram a necessidade de buscar meios alternativos para a administração destas instituições através da administração gerencial (CARVALHO, 2009).

Por volta de 1995 o governo brasileiro iniciou uma série de privatizações de empresas estatais, abrindo precedente para os gestores de hospitais municipais e estaduais embarcarem na terceirização, sendo que a morosidade nos processos, bem como o descaso ou capricho do poder executivo e legislativo são as principais justificativas apontadas como precursora da transferência de responsabilidades. Para Fernandes et. al (2006, p39) “um modo de entender o hospital é vê-lo como uma organização com características próprias e que o diferenciam das demais organizações, sendo uma instituição humanitária, burocrática e com alto grau de especialização”

Diversas são as opções de terceirizar a administração hospitalar. Entre elas temos a gestão através de Organizações Sociais (OS), Organização da Sociedade Civil de Interesse

Público (OSCIP), filantropias e até mesmo outros hospitais particulares. Para tomar a decisão de qual modelo adotar, faz-se necessário que o gestor do hospital público realize um mapeamento das necessidades e objetivos a fim de realizar uma contratação satisfatória. Segundo Drucker (1999) o gerenciamento da área da saúde é mais complexo do que em qualquer outro tipo de organização. Portanto é necessário um estudo aprofundado das fases vividas por cada instituição hospitalar, bem como sua situação organizacional e social para que a administração hospitalar seja bem sucedida.

Nos próximos capítulos serão apresentados a justificativa para a escolha deste tema, a sua problematização, os objetivos geral e específicos que se deseja atingir com este trabalho, além da revisão de literatura e metodologia utilizada na pesquisa. Por último serão apresentados os resultados, seguidos pela conclusão obtida através deste trabalho.

## **1.1 Justificativa**

A temática deste trabalho foi escolhida devido à quase nulidade de trabalhos científicos referente a este tema na realidade brasileira, aliada a experiência profissional da autora que esteve presente em dois modelos de gestão do hospital, no período compreendido entre o mês de fevereiro do ano de 2008 até a presente data.

O processo de mudança é uma vertente dinâmica, pois seus resultados são obtidos através da interação entre os indivíduos e ambiente envolvidos em torno na instituição. Devido a estes fatores externos e que não podem ser controlados a sobrevivência da organização depende não apenas dela, mas do ambiente em que está inserida. Conforme afirma Stadler (2003, p 02) “A mudança é tida como um processo natural ao longo da existência das organizações, e é decorrente da reação destas à ação de forças exercidas pelo meio em que estão inseridas”.

A escassez de recursos financeiros e humanos nas instituições hospitalares públicas é um dos principais fatores para as mudanças ocorridas nas instituições. Porém a redução de custos pode ter um efeito negativo se junto a ela vier a diminuição na qualidade dos serviços, pois esta é uma intercorrência frequente (MEDEIROS, 1999). Desta forma torna-se necessário observar de que maneira está sendo feita a gestão desses insumos, pois a má gerência destes afeta diretamente a assistência prestada aos pacientes, que é o protagonista deste serviço, e para o qual todas as atenções devem ser voltadas. Ferraz e Vieira (2009) reiteram que há uma desarmonia entre o atendimento que a população precisa em termos de saúde e os recursos financeiros para fazê-lo, dificultando cada vez mais o equilíbrio entre as partes.

É de competência da gestão hospitalar otimizar os recursos financeiros, materiais e humanos alocando-os da melhor maneira possível a fim de atender as necessidades dos usuários dos serviços de saúde e da própria instituição hospitalar. Fontinele (2002, p27) ressalta a complexidade da gestão hospitalar:

A administração hospitalar, assim como qualquer outro tipo de administração, visa em regra geral, coordenar e normatizar seu meio laboral e institucional, porém, se considerarmos que uma instituição de assistência à saúde contém os mais diversos setores, com os mais diversos profissionais e com os mais diversos serviços, haveremos constatado que tal administração apresenta-se como *sui generis* entre as demais (FONTINELE, 2002, p.27).

O hospital é a instituição mais complexa que há para ser administrada, buscando atingir um nível de atendimento se não de qualidade, no mínimo aceitável, muitos hospitais terceirizam

sua gestão objetivando a melhoria de seus serviços. A parceria público-privada é uma das escolhas possíveis desde que o contratante, ou seja, o Estado busque contratos redigidos com cláusulas bem definidas e que não ofereçam margem para dúvidas ou ônus para o ente público (ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 2011). Esta é prática está sendo adotada cada vez mais na gestão de instituições hospitalares e merece bastante atenção, pois caso o contrato não seja redigido corretamente poderá causar transtornos muito maiores que as amarras da gestão pública.

A instituição estudada passou por três modelos de gestão sem firmar-se em nenhuma delas. Segundo Chiavenato (2003) mudar apenas a estrutura e processos da instituição não trará sucesso, pois é necessário primeiramente transformar a cultura organizacional e a partir disso com todos os envolvidos dispostos a cooperar realizar a mudança na metodologia de trabalho. Portanto é necessário que cada mudança organizacional seja planejada minuciosamente, para que não cause transtornos irreparáveis aos envolvidos.

É notável que interesses políticos e pessoais estiveram envolvidos em todos os modelos de gestão, porém este é um fato que mesmo indevido é inerente a administração pública.

Considerando as mudanças ocorridas nas diversas fases de gestão vivenciadas por esta instituição inicialmente pertencente à Igreja Católica, observou-se a necessidade de descrever os processos de mudança ocorridos, bem como seu impacto financeiro e social diante da comunidade em que está inserido evidenciando as suas transformações durante este processo.

## **1.2 Definição do Problema**

O hospital abordado no presente estudo vem passando por diversos tipos de administração, indo da Igreja Católica até uma terceirização para uma empresa filantrópica desde sua fundação

em dois de outubro de 1953, deste modo o presente estudo tem como objetivo descrever os processos pelos quais esta instituição vem atravessando ao longo dos anos e suas principais características através do seguinte questionamento:

Quais as mudanças ocorridas durante as diversas modalidades de gestão de uma instituição hospitalar de médio porte do norte do Estado de Santa Catarina?

### **1.3 Objetivo Geral**

Este estudo tem como objetivo descrever a trajetória histórica da instituição estudada durante as diversas modalidades de gestão.

### **1.4 Objetivos Específicos**

- Descrever as diversas fases ocorridas na gestão da instituição desde a sua fundação;
- Relatar a forma como ocorreram às mudanças de gestão;
- Identificar os pontos positivos e negativos de cada modelo.



## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Mudança Organizacional**

Os processos de mudança nas organizações estão sendo enfatizados através das transformações tecnológicas, econômicas e sociais que estão ocorrendo no mundo todo. Uma organização é um conjunto de pessoas que atuam juntas em uma criteriosa divisão de trabalho para alcançar um propósito comum (CHIAVENATO, 2005). Ou seja, é necessário que todos os envolvidos estejam remando para a mesma direção para que a instituição obtenha resultados positivos. Drucker (1999) afirma que uma organização somente sobreviverá e terá sucesso se ela for autora de sua própria da mudança, criando-a. Porém, o mais comum é que as organizações apenas reajam às mudanças externas e não as criem. Os processos de mudança organizacional podem ser vistos como uma reação as crises em que são expostas as organizações, e poucas vezes a mudança é uma atitude inata nas organizações. É necessário um fator externo para que as organizações sejam compelidas a mudar de rumos, ou mesmo alterar alguns processos.

A mudança geralmente causa desconforto na maioria dos envolvidos, pois os indivíduos tendem a não querer sair da sua zona de conforto. Porém essa aversão as mudanças, é um processo natural e que deve ser enfrentado de maneira racional e coerente, sempre visando o bem estar da organização e de quem nela vive.

O processo de mudança é a inovação por meio da intervenção social planejada e direcionada que vai de encontro com as ações sociais espontâneas (MOTTA, 2004), por isso é necessário que haja conversação intensa entre as partes envolvidas, para que todos tenham consciência do seu papel e possam colaborar da melhor maneira possível.

Com a competitividade do mercado de saúde os hospitais estão cada vez mais parecidos com empresas comuns,

buscando sempre por melhoria que possam beneficiar seus pacientes. A visão de caridade tida por muitos anos pelas instituições hospitalares já está ultrapassada há anos, onde cada vez mais as organizações desejam se não obter lucro, pelo menos equilibrar despesas e receitas.

Na grande maioria das vezes a mudança gera conflito entre os envolvidos, porém o conflito é característico ao relacionamento humano e está presente todo o tempo na vida dos indivíduos, pois todos têm uma percepção pessoal dos fatos que lhes rodeiam. Os conflitos podem ser benéficos caso incentivem mudanças positivas na instituição, como melhorias no processo de trabalho, de convivência e de satisfação pessoal. Mas caso não sejam administrados de forma correta podem tornar-se prejudiciais ao ambiente laboral, causando apatia e queda de produtividade (L'ABBATE E SPAGNOL, 2010).

A forma como as mudanças de gestão são recebidas podem ser positivas ou negativas, por dependerem da forma como elas são introduzidas aos atores desta transformação. Um projeto de mudança bem estruturado e que conte com a opinião dos funcionários e dos demais envolvidos tem muito mais chances de obter sucesso do que um projeto implantado à força. Neste ponto uma boa gestão no processo de mudança pode determinar o sucesso ou fracasso do mesmo. Os conflitos quando bem gerenciados podem gerar novas ideias para as mudanças que estão sendo implantadas, ou novos problemas se não tratados com a devida atenção. Todas estas vertentes são determinadas baseadas na cultura organizacional da instituição.

De acordo com Bernardes et. al (2013) o trabalho na área da saúde por si só já é conflituoso, visto que envolve uma gama diversa de profissionais, cada um com sua necessidade particular. Porém a forma de gestão adotada pela instituição influenciará fortemente a cultura presente nos relacionamentos e valores dos envolvidos.

A cultura organizacional ocorre quando os indivíduos se portam sempre da mesma maneira e compartilham isto com o grupo em que estão inseridos, mesmo que cada um sinta isso de uma forma distinta (Chiavenato 2003). Nesse contexto é possível

reafirmar que as percepções são diferente em cada indivíduo, o que torna a aceitação das mudanças algo bastante subjetivo, mas que pode ser contornado de acordo com a forma em que é disposto aos envolvidos.

Conforme Ferreira e Assmar (2004) a organização deve divulgar quais são suas metas atuais e objetivos futuros aos funcionários, para que estes assumam para si o propósito de ser da organização. Ou seja, os objetivos da instituição uma vez conhecidos moldarão a cultura organizacional, facilitando o alcance das metas através do esforço comum, e quando necessárias mudanças na organização todos estarão aptos a colaborar. Mas mesmo com a colaboração de todos os envolvidos a mudança de gestão de uma instituição requer um planejamento árduo, independente do seu porte, pois alterações sempre ocasionarão transtornos, mesmo que previsíveis e os gestores precisam estar preparados para trabalhar com estes percalços.

## **2.2 Contrato de gestão**

As instituições públicas vêm através dos anos buscando alternativas de financiamento para suas políticas públicas e os problemas a elas atrelados, como a falta de autonomia, burocratização e hierarquia excessivas. O SUS surgiu como uma promessa de sistema de saúde que compreendesse todos os indivíduos presentes em território brasileiro com acesso igualitário e universal. Barbosa e Morici (2013, p 05) confirmam:

O art. 197 da Constituição Federal (Brasil, 1988) define a relevância pública das ações e dos serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. A celebração do SUS implica, portanto, a reafirmação destes três princípios somados à universalidade em todas

as ações e serviços de saúde. (BARBOSA E MORICI 2013, p.05).

De alguma forma essa promessa se cumpriu, pois em qualquer lugar do país que possua uma Unidade Básica de Saúde (UBS), um hospital ou um ambulatório o paciente é atendido, contribuinte da previdência social ou não, brasileiro ou não, rico ou pobre. Porém a forma como o SUS vem realizando este atendimento não é adequada as necessidades dos usuários. Nogueira (2010) afirma que o SUS vem acumulando insucessos nas suas políticas de qualidade e eficiência no atendimento aos usuários.

Diante do exposto surgiu o conceito de descentralização da saúde pública com a finalidade de auferir maior autonomia administrativa e financeira nas instituições de saúde. Essa descentralização iniciou com a divisão das responsabilidades do governo federal com estados e municípios. Os municípios por sua vez iniciaram a pactuação de consórcios com outros municípios para adquirir serviços especializados de média e alta complexidade a valores menores devido a grande quantidade adquirida. Estes serviços de média e alta complexidade tem um custo bastante elevado para a gestão pública, considerando ainda que não apenas a população de baixa renda faz uso delas, mas também a classe média e alta, além dos indivíduos que possuem planos de saúde, por isso o desfalque nos cofres públicos é ainda maior (NOGUEIRA, 2010).

Com a finalidade de reformular e reorganizar as esferas política e econômica brasileiras tornando o Estado eficiente no atendimento às necessidades da sociedade o ex-presidente Fernando Henrique Cardoso lançou o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) em novembro de 1995 (BRASIL, 1995).

O PDRAE estabelece diretrizes para a reforma da administração pública brasileira, baseada em conceitos da administração, tais como: eficiência, qualidade e eficácia da gestão pública. As principais implementações a fim de atingir os objetivos foram à instituição de carreiras de Estado, definição de

atividades públicas não estatais (organizações sociais), contrato de gestão e a criação das agências executivas. Através deste plano foi possível designar instituições terceiras para a administração de órgãos públicos e dividir as responsabilidades dos serviços com o governo. Implantação do PDRAE ficou conhecido como o período da privatização trazendo algumas opções para a terceirização dos serviços de saúde no Brasil, colocando a saúde não mais como um serviço exclusivo a ser prestado pelo Estado. A reforma visou modernizar a administração pública através da administração por objetivos e instituiu estratégias de gestão, como a criação da Lei 9.637/98, conhecida como lei das OS, permitindo reconhecer alguns serviços de saúde, cultura e educação como não exclusivos do Estado (BORGES E MARQUES, 2010).

Esse período de privatização foi bastante turbulento, segundo Barbosa e Carvalho (2010) a reforma foi muito criticada, pois ao invés de modernizar os serviços públicos decidiu-se repassar a gestão de órgãos públicos para a iniciativa privada mediante pagamento. Porém, independente das críticas à sua implementação, os governos ao longo dos anos vem adotando essa iniciativa.

A contratualização do governo com a esfera privada para a gestão de hospitais públicos geralmente é feita através de OS, OSCIP, entidades beneficentes. Todas essas modalidades de instituições privadas quando do cumprimento das normas estabelecidas em lei recebem isenção de grande parte dos impostos, como por exemplo, INSS patronal, além de receber verbas governamentais. Sendo:

- OS (Organização Social regida pela Lei 9.637/98) é uma instituição de personalidade jurídica de direito privado sem fins lucrativos, que não é submetida às normas do direito público (Brasil, 1998).
- OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público regida pela Lei 9.790/99) é uma entidade civil sem fins lucrativos, instituída por iniciativa de

particulares e qualificada pelo Ministério da Justiça (Brasil, 1999).

- Entidade beneficente (Lei 12.101/09) são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação (Brasil, 2009).

Os gestores públicos através das concessões não visam apenas o bem estar da população, mas também querem livrar-se de certas responsabilidades penosas. A concessão certamente é uma boa alternativa de gestão, mas ela não é feita apenas pensando na população, mas também na comodidade de seus gestores públicos. Brêtas, Dobashi e Silva (2010) frisam que é importante que o contrato de gestão seja uma contribuição complementar das instituições privadas e não uma transferência dos deveres do Estado.

Tocantins, Rio de Janeiro, Bahia e Roraima foram os estados pioneiros na concessão de hospitais públicos à iniciativa privada. O estado de São Paulo também estabeleceu parcerias a fim gerir os hospitais públicos sem os empecilhos da administração pública (REZENDE, 2008). Isso demonstra que é cada vez mais comum a terceirização de hospitais públicos, e na maioria dos casos a administração privada atende a contento a população.

A contratualização entre as partes se dá por meio de um convênio que estabelece metas a serem cumpridas pela entidade contratada mediante pagamento feito pela instituição contratante. Essas metas são verificadas através da prestação de contas. Matus apud Lima (1996) afirma que “uma organização só se justifica pelos seus resultados”, dessa maneira, esse modelo é bastante promissor, pois a entidade se manterá no exercício da função apenas se a eficiência e a eficácia da sua gestão forem comprovadas.

O aumento da expectativa de vida, envelhecimento da população e a inversão da pirâmide etária brasileira fazem com

que a população brasileira gradativamente aumente a procura pelos serviços de saúde. Os idosos que futuramente serão maioria da população são quem mais procuram por estes serviços, e geralmente permanecem mais tempo internados. Esta procura acaba por superlotar os hospitais públicos já abarrotados de pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde. O baixo valor repassado aos hospitais pelo SUS é considerado o grande problema para a falta de recurso financeiro. Porém é a má gestão dos recursos disponíveis torna a saúde pública brasileira ineficiente, sendo necessário para alcançar suas metas o planejamento das ações e qualificação dos profissionais gestores. (COSTA ET. AL, 2012).

A terceirização da gestão de hospitais surgiu como uma opção viável para o setor público, que não deixa de ser o responsável pela prestação de serviços, mas repassa a administração a instituições profissionais, tornando geralmente, o serviço melhor visto pela comunidade. De acordo com Berto (2008, p.14):

A parceria público-privada é uma forma de gestão onde uma instituição sem fins lucrativos reconhecida como uma organização social através de um contrato de gestão administra um órgão público...assim, temos regras de gestão privada com compreensão e mecanismos controladores da administração pública. (BERTO, 2008, p.14)

Não há como suprimir a agilidade administrativa que se faz presente quando uma entidade privada assume a gestão de uma entidade pública. O profissionalismo dos gestores, a flexibilidade na aquisição de produtos e serviços e a facilidade para a contratação de profissionais faz com que o foco seja a gestão do hospital, e não as suas amarras, comumente encontradas no serviço público. Barbosa e Elias (2010) afirmam que os processos utilizados na gestão terceirizada são mais simples e menos dispendiosos, tornando mais ágil a sua execução.

A saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988), porém se esse dever puder ser cumprido de forma menos dura, há que se enveredar por este caminho. É cada vez maior a tendência de aproximação do setor privado com o público, tendo como finalidade o bem estar da população.

### **2.3 Gestão privada de hospitais**

A gestão realizada através de filantropias e organizações sociais resulta em vantagem competitiva e maior eficiência nos processos executados pelas organizações hospitalares, pois mesmo devendo realizar a prestação de contas ao órgão contratante, a gestão terceirizada possui maior autonomia administrativa e financeira comparada aos órgãos de gestão puramente pública.

São vários os motivos para que a gestão terceirizada seja mais ágil. A autonomia administrativa e financeira permite que as aquisições de insumos, materiais e equipamentos sejam feitos de forma direta e sem licitação. O processo de compras torna-se mais rápido, pois não há o prazo legal para a publicação do edital e abertura das propostas, tampouco algum fornecedor irá utilizar-se de recurso caso tenha perdido alguma cotação. As aquisições também podem ser realizadas em intervalos menores, sempre que houver necessidade.

De acordo com Laverde; Londonõ e Morera (2014) o setor de compras é o responsável indireto principal pelos atendimentos dos pacientes, uma vez que os insumos e serviços adquiridos por este setor é que irão suprir as necessidades do hospital e os quantitativos devem ser planejados de forma a cumprir os objetivos da instituição.

As instituições filantrópicas, OSCIP, ou OS muitas vezes participam de grupos de compra, o que aumenta o poder de barganha consequentemente gerando economia. A hierarquização na gestão privada também é menos complexa, por isso as autorizações para compras são menos burocráticas e



mais rápidas não necessitando passar por muitas pessoas antes que sejam aprovadas. A instituição tem a liberdade comprar de qualquer fornecedor e até mesmo estabelecer suas próprias regras de compra (COSTA ET. AL, 2012). A agilidade presente nestes processos faz-se importantíssima visto que são vidas que aguardam por atendimento, e qualquer ganho é importante nesta situação.

A gestão de recursos humanos também é bastante beneficiada na gestão privada. A contratação direta permite que o processo de seleção seja realizado de forma mais rápida, uma vez que não necessita dos prazos legais existentes nos concursos públicos. A própria seleção dos funcionários permite uma avaliação melhor do candidato seja através de provas ou através de entrevistas. Robbins citado por Husek e Stefano (2009) afirma que a seleção realizada para a contratação dos funcionários deve prever quais candidatos atenderão plenamente às exigências inerentes ao cargo. Essa previsão será bem sucedida somente se estiver apoiada em avaliações como provas, entrevistas ou testes previamente estabelecidos.

Na gestão privada a descrição de cargos fica mais fácil de ser desenhada, visto que a administração pode alterar ou criar um cargo de acordo com suas necessidades, a qualquer tempo. Observados os limites e direitos legais presentes na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (BRASIL, 1943) não é necessário haver plano de cargos e salários para que um funcionário receba aumento salarial ou seja promovido, basta apenas reconhecimento por parte da chefia (BRASIL, 1943).

A demissão na gestão privada também é mais facilitada, uma vez que não é necessário instaurar processo administrativo disciplinar como na administração pública. Quando o gestor não está satisfeito com o desempenho de um funcionário ele pode demiti-lo a qualquer momento desde que não esteja em período de estabilidade. Essa mobilidade faz com que a instituição possa trabalhar apenas com os profissionais que deseja, não apenas por obrigação legal. O mesmo acontece com o funcionário, pois sem a estabilidade do serviço público, é mais fácil procurar outra colocação no mercado de trabalho quando não contente com

salário, ambiente de trabalho ou falta de motivação (HUZEK E STEFANO 2009).

Há que se observar que a rotatividade de funcionários numa gestão privada é bem mais expressiva que na gestão pública, o que dificulta ter uma equipe treinada e integrada. O treinamento de novos funcionários custa tempo não apenas dos treinados, mas também de quem está realizando treinamento. Muitas vezes quem auxilia no treinamento do novo funcionário são outros funcionários que possuem mais tempo de trabalho na empresa. O treinamento às vezes é visto como um custo para a instituição, porém mais custoso ainda é ter um funcionário trabalhando sem conhecer as normas e rotinas da instituição, que certamente resultará em um trabalho insatisfatório tanto para o trabalhador quanto para equipe e pacientes (LAVERDE; LONDONÓ E MORERA, 2014).

Não há um ritmo de trabalho constante quando é alta a rotatividade, sempre é necessário instruir os novos profissionais. Esse adendo na rotina faz com que o desempenho ou produtividade dos demais funcionários seja prejudicado. Esse poder do empregador em contratar e demitir a qualquer momento faz com que a rotatividade desmotive os demais funcionários. O hospital deve ser um ambiente agradável, onde os funcionários sintam-se à vontade para realizar seu trabalho, estejam contentes e possuam empatia com os objetivos da organização (Bertelli, 2004). Portanto é de vital importância que a instituição privada possua uma política de recursos humanos bem desenvolvida para que supere o mal da rotatividade através de benefícios e incentivos financeiros (salários, gratificações, etc.) e sociais (plano de saúde, seguro de vida, etc).

Outro ponto a ser observado nos recursos humanos dos hospitais privados é a contratação médica. Os contratos médicos com a gestão privada são mais maleáveis deixando estes profissionais mais confortáveis com a sua agenda de trabalho. A remuneração diverge bastante da contratação pública, pois na contratação privada os médicos podem fazer sua proposta financeira, mas no concurso público este já é um valor pré-definido e muitas vezes abaixo do mercado externo. A gestão

pública contrata seus profissionais médicos exclusivamente através de concurso público. Nesta modalidade o órgão público possui seus próprios regulamentos, fixando os valores da remuneração mensal. Estes valores estão abaixo do mercado privado, o que desmotiva tais profissionais a prestarem concurso público (BARBOSA, 2010), conseqüentemente estes preferindo a iniciativa privada.

Além do salário e liberdade de agenda, outro atrativo dos médicos pelas instituições privadas são os equipamentos, materiais e tecnologias avançadas, pois o uso destes na gestão privada é de longe mais moderna que em instituições públicas. Mesmo que ambos, hospital público e hospital privados, desejem inserir as mais novas tecnologias nas suas instituições, a fim de melhorar a assistência ao paciente e ampliar suas receitas, a aquisição de tecnologias nas duas formas de gestão difere bastante. De acordo com Trindade (2008, p.03):

Aos gestores públicos e privados interessa que o sistema de saúde seja o mais efetivo e eficiente, resolvendo os problemas do público-alvo, distribuindo os serviços para melhorar a qualidade da saúde e da vida da população com a maior abrangência possível e mantendo o orçamento dentro dos limites razoáveis ou possíveis. (TRINDADE, 2008, p.03)

Na gestão terceirizada o uso das tecnologias está bastante ligado a sobrevivência daquela instituição no mercado, visto que a competitividade neste setor está cada vez mais latente. Os pacientes exigem cada vez mais serviços modernos e de qualidade, o que é direito seu, e um dever do prestador de serviços (LAVERDE; LONDONÓ E MORERA, 2014). Um paciente certamente irá dirigir-se para uma organização hospitalar que possua maiores possibilidades de tratamento e as mais avançadas tecnologias. Justamente por isso as instituições filantrópicas e OS investem em novas tecnologias a fim de conquistar mais clientes.

O contrato para gestão dos hospitais públicos deve contemplar as formas de atendimento que serão realizadas na instituição. Legalmente o percentual mínimo de atendimentos a serem realizados através do SUS é de 60%, os outros 40% (60/40) podem ser distribuídos entre atendimentos particulares e de planos de saúde. Há alguns casos de contratos que contemplam 100% de atendimentos SUS, porém a contrapartida financeira do órgão contratante é maior a fim de suprir a defasagem dos valores pagos pelo SUS.

A contratualização feita no método 60/40 traz fôlego econômico às instituições gestoras, pois somente com os pagamentos realizados pelo SUS é difícil manter a saúde financeira da organização. Para que a contratada possa atender todos os atendimentos fixados no contrato firmado é necessário que haja amparo financeiro tanto de origem pública como privada (LAVERDE; LONDONÓ E MORERA, 2014).

Os atendimentos realizados através do SUS são pagos com base em uma tabela fixa que não sofre reajuste há aproximadamente 13 anos (BEUREN E FREITAG, 2009) fazendo com que os prestadores de serviço de saúde fiquem com déficit entre o que gastam com um atendimento e o que recebem por ele (CAMPOS, ET AL. 2013). Os planos de saúde situam-se no nível intermediário de pagamento. Pagam menos que os atendimentos particulares, mas pagam mais que o SUS, e através do seu volume de pacientes tornam-se vantajosos para a instituição.

Além da maior autonomia em relação aos hospitais puramente públicos, o contrato de gestão possibilita outras formas de financiamento para as instituições, não somente pelo SUS.

## **2.4 Gestão pública de hospitais**

O setor público é bastante conhecido por suas amarras nos processos de gestão. É de cultura popular que tudo o que é

feito no setor público demora o dobro de tempo para ficar pronto e custa o triplo do preço. Isso ocorre devido à forte ligação do setor público com a política brasileira, Motta (1987, p 33) confirma esta teoria dizendo que “o objetivo maior dos clãs e grupos políticos é alcançar o poder para manejar os recursos públicos com o fim de atender interesses particulares”. A gestão de instituições públicas geralmente é feita através de cargos políticos, ou seja, pessoas que na maioria das vezes são indicadas apenas por favores políticos, não sendo profissionais capacitados para o cargo por não possuírem formação na área que irão atuar. A competência do gerente será determinada por um conjunto de fatores pessoais, inatos e intuitivos, além de outros adquiridos em suas experiências, mas também por uma formação específica (DUSSAULT, 1992).

As ações no setor público também são regidas por leis especificamente criadas para isso e que não se aplicam a mais nenhum outro tipo de empresa, burocratizando ainda mais o trabalho no serviço público. Barbosa e Carvalho (2010) afirmam que este modelo de gestão “torna os processos de tomada de decisão mais burocráticos e morosos”.

No meio de todo este procedimento burocrático está o processo de compras no setor público. As compras na esfera pública são realizadas através das licitações, que acordo com Zaitune (2012) vem do latim *licitatione* que significa o ato ou efeito de licitar, oferta de lances num leilão ou hasta pública e tem como conceito ser “um procedimento administrativo destinado à seleção da proposta mais vantajosa para o contrato de interesse da Administração”. (ZAITUNE, 2012, p.03)

As aquisições de órgãos públicos possuem sua fundamentação legal na Constituição Federal Brasileira no seu Artº. 37 Inciso XXI:

Ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam

obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações. (BRASIL, 1993)

Posteriormente o artigo recebeu regulamentação através da Lei 8666/93 que “Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências” (BRASIL, 1993).

A gestão pública, não apenas em hospitais, está atrelada a certos empecilhos burocráticos, que acabam engessando a administração das instituições. A Lei das Licitações, 8666/93, foi criada com o intuito de evitar corrupção e fraudes nas compras públicas, porém hoje passados vinte anos de sua criação, ela não impede que haja desvios, pelo contrário, muitas vezes facilita a corrupção, além causar lentidão nas aquisições públicas, visto que todo o processo licitatório demanda grande esforço por parte da administração pública.

Por ser um processo dispendioso para órgão público, ao lançar um edital de licitação e realizar a contratação do serviço/produto, geralmente o prazo de vigência deste contrato é maior que na esfera privada. Uma licitação de gêneros alimentícios, por exemplo, feita pelo período de doze meses é um prazo muito extenso para se manter um preço, pois os valores variam de acordo com o mercado, com a colheita da safra, com o dólar, entre outras variáveis que não podem ser previstas para um futuro tão longo. A compra realizada em grande intervalo de tempo será mais dispendiosa financeiramente para a instituição, pois para manter a entrega por um período muito longo o fornecedor praticará preços mais elevados a fim de manter a margem de lucro (BARBOSA E ELIAS, 2010).

Os fornecedores praticam os preços de forma a não ficarem defasados na entressafra de produtos, aumentando significativamente os valores dos produtos para as licitações.

Neste caso Laverde; Londonõ e Morera (2014) sugerem que seja feito um detalhamento minucioso das quantidades e formas de entrega dos materiais a serem licitados, e que todas essas informações estejam descritas no edital para que o hospital possa realizar os pedidos de compra da forma que lhe for mais conveniente, evitando o desperdício ou a falta de insumos.

A hierarquização para autorização de alguma compra no setor público é bastante rigorosa, pois para uma compra ser autorizada ela deve passar por várias pessoas até que seja aprovada. Todo esse processo acaba por tornar mais demorado o processo de compra, Costa et al (2012, p.05) menciona que:

A lentidão nos processos administrativos presenciada nos serviços de saúde no Brasil é apontada como problema crônico, gerando formalidade das comunicações, excessiva burocracia, apresentando serviços que não satisfazem os colaboradores externos. (COSTA, ET. AL, p.05)

Para realizar a contratação de servidores públicos também é necessário que o órgão público realize um processo licitatório, inicialmente para contratar a empresa que aplicará a prova e posteriormente na própria realização do concurso público, pois este é uma modalidade de licitação, conforme descrito na Lei 8666/93:

Concurso é a modalidade de licitação entre quaisquer interessados para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, mediante a instituição de prêmios ou remuneração aos vencedores, conforme critérios constantes de edital publicado na imprensa oficial com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias. (BRASIL, 1993)

Os concursos são o grande sonho de muitos brasileiros que almejam estabilidade no trabalho, mas também é um depósito de servidores que não estão preparados para o cargo

ou que simplesmente se acomodam na sua função, e como é sabido, para destituir um servidor público do seu cargo é necessário instaurar um processo administrativo disciplinar, e na maioria das vezes o seu resultado não é vantajoso para a administração pública.

É necessário frisar que há sim pessoas competentes e de boa vontade trabalhando na administração pública, mas de qualquer forma, a gestão de uma instituição pública não depende apenas de alguns, mas de todos os envolvidos. Os servidores concursados são à base da administração pública, mas no topo encontram-se os cargos comissionados e de confiança daquele governo. Estes cargos políticos tem uma alta rotatividade, sua vida útil caminha junto ao mandato do partido ou pessoa que o indicou (FADEL, ET. AL, 2007).

Como já mencionado anteriormente cargos por indicação não possuem nenhuma exigência quanto à qualificação profissional para o exercício de tal função, apenas é tomada em consideração as afeições partidárias.

Laverde; Londonõ e Morera, (2014) ressaltam que atualmente a gestão de um hospital não pode ser vista como algo para suprir egos ou pagar promessas de campanha eleitoral, e até mesmo conseguir votos, pelo contrário, tamanha é a complexidade de uma organização hospitalar que a mesma deve ser gerenciada por profissionais de extrema competência.

Na política de recursos humanos dos órgãos públicos o plano de cargos e salários muitas vezes é inexistente e fora dele não é permitido gratificar um servidor pelo seu bom desempenho, ao contrário do que ocorre na administração privada, onde lhe é facultativo ter plano de cargos e salários, mas também é permitido gratificar quaisquer que sejam os funcionários. Essa falta de reconhecimento desmotiva bastante o servidor público que muitas vezes presta um serviço de excelência, mas é remunerado da mesma forma que outro servidor qualquer. Para tentar solucionar a defasagem salarial e incentivar os servidores que realizam um bom trabalho é possível estabelecer bonificações (produtividade, assiduidade, comissões e etc.) como fez a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo que instituiu



um programa de avaliação do servidor que possibilita o pagamento de gratificações conforme o desempenho (BARBOSA E ELIAS, 2010).

O setor público possui baixa rotatividade e com servidores estáveis os treinamentos realizados não se perdem com o rodízio dos trabalhadores, pois geralmente estes permanecem por anos na mesma função, tornando o atendimento qualificado. Desta maneira o treinamento constante deve ser uma política da instituição, e não apenas quando o servidor já está apresentando debilidade em suas atividades laborais. O treinamento é necessário sempre que surge uma nova tecnologia, método de trabalho ou até mesmo nova política administrativa da instituição (LAVERDE; LONDONÕ E MORERA, 2014).

A baixa rotatividade nem sempre significa eficiência na gestão pública, pois a estabilidade empregatícia é que torna pequenas essas demissões, não a satisfação com o trabalho. Muitas vezes os servidores públicos não estão satisfeitos na instituição em que trabalham. Em sua maioria apenas estão acomodados com o serviço público e com a estabilidade que lhes proporciona. Quando isso ocorre torna-se um mal enraizado no setor público criando falácias populares de que todos os servidores públicos são acomodados e incompetentes.

Um gestor não pode demitir o servidor público com a liberdade que há na gestão privada. De acordo com a Constituição Federal (BRASIL, 1988) o servidor estável será destituído do cargo somente mediante condenação judicial, parecer de processo administrativo em seu desfavor ou avaliação de desempenho insatisfatória.

A condenação judicial é um fator externo à instituição pública, por isso neste caso cabe ao gestor público apenas cumprir o mandato judicial e exonerar o servidor de suas funções. Quando o servidor apresentar baixo desempenho em sua função à administração pública deverá investir na educação continuada deste servidor antes de dispensá-lo. Somente após esta capacitação se o servidor público não apresentar melhora no desempenho ele poderá ser exonerado por incompatibilidade com a função. Para o servidor que cometer falta ou violação dos

seus deveres no exercício da função é necessário que seja nomeada uma comissão para apurar os fatos através da instauração de Processo Administrativo Disciplinar (PAD). O PAD visa à imposição de penalidade ao servidor que incorrer em falta grave, podendo a penalização ser a suspensão por determinado tempo, restituição do dano causado, exoneração, entre outros (FEITOSA, 2008).

Por ser um procedimento bastante burocrático o PAD muitas vezes não é instaurado, e quando é nem sempre apresenta êxito, pois a comissão que investiga depende de fatores externos, como testemunhas, provas concretas, apoio do gestor público, além do mal estar causado entre os envolvidos já que a comissão é composta por servidores da mesma instituição que o investigado, caracterizando constrangimento entre as partes.

Além do PAD, uma questão bastante delicada na contratação de recursos humanos na gestão pública é referente à contratação médica. Na gestão pública as contratações são precedidas impreterivelmente de concurso público, no qual é designada a quantidade de horas a serem trabalhadas bem como sua remuneração, não sendo possível negociação entre as partes. Apesar da profissão médica ser considerada uma atividade liberal a tendência é que estes profissionais migrem cada vez mais para os hospitais devido às tecnologias presente nestas instituições. Com essa migração faz-se o vínculo empregatício dos médicos, sendo que os mesmos ficam submetidos às mesmas normas que os demais profissionais da instituição, tais como: jornada de trabalho, horários pré-estabelecidos e menores salários. Os profissionais médicos têm aversão a este vínculo empregatício já que possuem múltiplos empregos e não podem cumprir uma carga horária fixa (ANDRADE et. al., 2010).

Quase que diariamente somos bombardeados com novas tecnologias utilizadas na saúde, os equipamentos são cada vez mais eficientes e caros também (LAVERDE; LONDONÕ E MORERA, 2014), desta maneira o uso das tecnologias na administração pública é bastante deficiente devido à escassez de

verbas. Para aquisição de um novo equipamento é necessário que o governo federal, estadual ou municipal libere as verbas necessárias para que as compras sejam feitas.

Não há investimento em alta tecnologia, apenas substituição dos insumos sem vida útil. O setor público não consegue atender nem a demanda que possui então a alta tecnologia é deixada de lado visto que não há interesse em atrair novos clientes, e a vontade de melhorar o atendimento dos pacientes já existentes esbarra na falta de financiamento. Trabalhando sempre no limite estas instituições preferem utilizar seus recursos financeiros para realizar a manutenção dos seus equipamentos velhos. Carvalho (2009) comenta que o avanço das tecnologias e a impossibilidade de tê-las faz com que as instituições cada vez mais pensem na terceirização de seus serviços como a melhor opção. Este formato de administração pública culmina na baixa resolutividade dos problemas de gestão e nenhum poder de resposta as necessidades da população.

O financiamento do SUS é feito pelos governos federal, estadual e municipal através dos impostos e dotações próprias. Os hospitais públicos devem realizar todos seus atendimentos através do SUS, e após processarem os atendimentos através do Sistema de Informação do Governo (DATASUS) são reembolsados nos valores presentes no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese, Prótese e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP). Os valores presentes nas tabelas pagas pelo SUS estão defasadas em 180% e não são reajustadas há quase vinte anos ou seja, quase desde a sua criação (Hospitais filantrópicos e privados de SC cancelam cirurgias eletivas pelo SUS nesta segunda, 2013.) Um exemplo dessa defasagem é o exame parasitológico de fezes que é pago R\$ 1,65 pelo SUS aos prestadores de serviço e tem o custo de R\$ 3,73 (BEUREN E FREITAG, 2009), ou seja, os hospitais estão sempre gastando mais do que recebem para prestar seus serviços.

A má gestão e falta de continuidade administrativa contribui para que os hospitais públicos estejam em estado de fluência, porém o descompasso entre o que se gasta e o que se

recebe pelos atendimentos realizados pelo SUS torna esse déficit financeiro ainda maior. Mesmo com uma boa gestão há que se dizer que o hospital não se mantém apenas com os pagamentos do SUS, é necessário uma injeção financeira das suas mantenedoras, sejam federais, estaduais ou municipais.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de pesquisa**

Pesquisa qualitativa do tipo exploratória descritiva por meio do método de observação assistemática. A pesquisa descritiva propõe descrever os fenômenos ocorridos sem interferir no ambiente, mas relacionando-se com ele, sendo que os dados devem ser extraídos do ambiente onde as transformações ocorrem, enquanto o método de observação pode ser considerado o mais atual, pois a captação dos dados é realizada através dos sentidos do pesquisador (MICHEL, 2009).

A observação assistemática é obtida através de uma experiência casual, sem estruturação prévia e dependendo totalmente do pesquisador para que obtenha sucesso (LAKATOS E MARCONI, 2008).

### **3.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no Hospital Municipal Santo Antônio (HMSA), instituição autárquica de média complexidade gerida por meio de um gestor e vinculada à PMG (Prefeitura Municipal de Guaramirim), fundado em 02 de outubro de 1953, situado na Rua João Butschardt, 05 Centro, Guaramirim.

O HMSA possui 57 leitos, é classificado como hospital geral e maternidade, porém atualmente os setores de obstetrícia e cirúrgico estão desativados, sendo realizados apenas atendimentos na área clínica, urgência e emergência e SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico) em Raio-x e ultrassonografia.

Possui os setores produtivos: clínica médica, clínica pediátrica, serviço de diagnóstico por imagem (Raio-X e Ultrassom), serviço laboratorial terceirizado. Setores de apoio:

SND (Serviço de Nutrição e Dietética), Lavanderia hospitalar própria, Serviço de Higienização e Jardinagem. Setores Administrativos: recursos humanos, financeiro, contabilidade, faturamento, telefonia, recepção, compras e licitações, vigilância, almoxarifado, procuradoria, direção administrativa e gestão.

### **3.3 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada através da experiência profissional da autora e mais profundamente durante a validação de estágio curricular obrigatório que compreendeu o período de 01/03/2013 à 01/05/2013 procurou-se confirmar as informações mencionadas também através de noticiários locais do período referido.

### **3.4 Considerações éticas**

Ressalta-se que os dados referidos neste trabalho, bem como a pesquisa em documentos da instituição foram autorizados pela gestora autárquica conforme Anexo A, bem como outras informações mencionadas são de domínio público através de portarias, leis, decretos e resoluções.

## **4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Neste tópico será apresentada a trajetória histórica da instituição estudada através dos três modelos de gestão que a mesma vivenciou.

### **4.1 Hospital Católico**

A construção de um hospital na cidade de Guaramirim foi idealizada por Padre Mathias Maria Stein, pároco do município. Por ser uma pessoa influente na sociedade Padre Mathias convocou autoridades, empresários e pessoas influentes da cidade Guaramirim para que em 01 de fevereiro de 1953 houvesse a primeira reunião para a fundação da Sociedade Hospitalar Santo Antônio. Na ata desta reunião ficou registrado que o hospital seria “independente de cor partidária, bem como de ordem religiosa” (SCHORK, 2003, p 02). Padre Mathias, como era conhecido, tinha forte influência sobre os munícipes, e já na primeira reunião conseguiu o comprometimento dos presentes quanto a doações para a construção. O empresário Bocós Dequech prontificou-se em doar um terreno apropriado para a construção do hospital, além de outras pessoas que se comprometeram em auxiliar financeiramente a construção.

Em 17 de julho de 1953 houve a segunda reunião em que ficou decidido pela formação da diretoria da Sociedade Hospitalar Santo Antônio e pela necessidade de informação à Câmara Municipal de Vereadores sobre a criação do hospital. Em 02 de outubro de 1953 após mais uma reunião sobre assuntos diversos foi oficialmente criado o Hospital Santo Antônio (HSA). Iniciaram-se então as doações por parte de toda a população guaramirense a fim de erguer a tão esperada construção (SCHORK, 2003).

A construção da primeira Ala do Hospital durou aproximadamente cinco anos, e em 1963 iniciaram-se as obras

para a construção da segunda ala. Todas as obras foram pagas com auxílio dos governos municipal e estadual, além das mais diversas contribuições vindas da população, que não só apoiava financeiramente, mas também trabalhava na construção do hospital. Em 1967 foi iniciada a construção da terceira ala do hospital, sendo inaugurada em 1969. Desde a criação o hospital havia sido coordenado pelo Padre Mathias Maria Stein e pelas irmãs da Divina Providência. Em 1972 as irmãs da Divina Providência deixaram o hospital e foram substituídas pela Congregação das Irmãs Maristas (SCHORK, 2003).

No período em que pertenceu à Igreja Católica a gestão do hospital era feita diretamente por Padre Mathias e pela diretoria do apostolado católico. A instituição atendia aos pacientes através de caridade, atendimentos privados e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Nesta época era comum a cobrança particular até mesmo dos pacientes cobertos pelo INAMPS, ou seja, caso o paciente desejasse um quarto diferenciado, ou o médico de sua escolha, o mesmo deveria pagar estes valores a parte. A figura imponente e centralizadora de Padre Mathias fazia com que a comunidade se sentisse compelida a realizar doações para o hospital. De nacionalidade alemã, Padre Mathias também angariava fundos provenientes da Alemanha em prol do hospital. Devido junção de todos esses fatores, a instituição nunca passou por dificuldades financeiras na gestão de Padre Mathias (SCHORK, 2003).

Durante quase 20 anos, desde o primeiro momento em que ambicionou a construção de um hospital em Guaramirim, Padre Mathias esteve à frente de tudo, porém por volta de 1974 o hospital já não recebia mais ajuda do governo, ou de fundos provenientes da Alemanha. Padre Mathias já com a saúde fragilizada e vendo-se neste impasse decidiu junto ao Bispo Diocesano Dom Gregório pela transferência do hospital para o município. Após a aprovação da Prefeitura, Câmara Municipal de Vereadores e Mitra Diocesana, no ano de 1974 através da Lei nº 418 de 24 de janeiro o Hospital Santo Antônio passou a ser Hospital Municipal Santo Antônio (Guaramirim, 1974).



Todos os bens pertencentes ao hospital passaram a ser de propriedade da Prefeitura Municipal de Guaramirim (PMG). O hospital foi repassado sem nenhum tipo de débito para o município, uma vez que Padre Mathias tinha trânsito livre entre as três esferas governamentais ele conseguiu negociar e pagar todas as dívidas do hospital. Uma cláusula especial do contrato de transferência dizia que as instalações do hospital doadas a PMG deveriam ser exclusivamente utilizadas para fins de “Casa de Saúde” do contrário, retornariam para as mãos da Mitra Diocesana (SCHORK, 2003).

O primeiro modelo de administração do HSA vai de encontro ao modelo de cuidado que perdurou por muitos anos, onde as instituições de saúde tinham cunho caridoso, muitas vezes sem cobrar atendimento dos pacientes e sobrevivendo através de doações da comunidade entre outros. O administrador Padre Mathias era extremamente autocrático, centralizando todas as decisões do hospital na sua figura. Por ser o pároco de uma cidade pequena ele era considerado uma autoridade no município e deste modo por ter sido concebido dentro da igreja, o hospital estava diretamente ligado a ela.

Percebe-se que Padre Mathias era extremamente astuto, pois com idade avançada e com poucas verbas para gerir o hospital viu na municipalização uma oportunidade de repassar a gestão do hospital. Provavelmente se o hospital continuasse nas mãos da igreja teria maiores chances de sobreviver sozinho financeiramente, pois a industrialização na cidade era crescente, o que traria mais verbas para a instituição e atendimentos através de planos de saúde. Albuquerque et al. (2008) afirma que o mercado da saúde suplementar está diretamente ligada á industrialização do país, conseqüentemente auferindo maiores ganhos financeiros aos hospitais de cunho privado. Porém Padre Mathias e a Mitra optaram por transferir a instituição para o município de Guaramirim, conforme relato descrito adiante.

No período em que foi administrado pela Igreja Católica o engajamento da sociedade para manter o hospital é bastante evidente, pois desde a sua construção até sua manutenção financeira dependeram em parte da contribuição da população.

Jesus, Souza e Santos (2011) afirmam que “no início a saúde no Brasil era tratada como obra de caridade, como fonte prestadora de serviços, sem cobrança tanto de quem oferecia quanto de quem utilizava desses serviços.” O hospital tem como objetivo servir aos seus usuários da melhor forma possível, por isso a participação social é de suma importância, pois é ela que vai auxiliar no direcionamento dos caminhos da organização.

O envolvimento com a causa da instituição irá sensibilizar a população a contribuir para sua melhoria, porém no viés deste fato vem a realidade de que uma instituição estável não deve depender exclusivamente da caridade de seus usuários ou outros tipos de doação, mas deve manter-se principalmente com recursos próprios. Este fator de dependência culminou na municipalização do HSA, pois a participação da comunidade financeiramente e doações externas já não supriam a demanda financeira da instituição.

## **4.2 Municipalização**

Com a municipalização do HSA, o hospital passou a ser uma autarquia vinculada à PMG, que era responsável por nomear um gestor para administrar a instituição. Este gestor era subordinado ao prefeito municipal, e muitas vezes era também o secretário de saúde e bem estar social. Ao longo de todo o período que foi administrado pelo município cada governante que assumia a prefeitura mudava o gestor hospitalar, desta forma nunca houve continuidade na administração e nem planejamento em longo prazo para o hospital. A não dedicação total ao cargo, e a falta de capacitação para a administração aliadas as constantes mudanças de gestão do hospital e ao baixo valor pago pelo sistema público de saúde fez com que desde o início da municipalização fosse necessário o repasse mensal de verbas da PMG ao HMSA a fim de garantir a sobrevivência do hospital.

Foi através dessa má gestão que 1995, (após 19 anos de municipalização), mesmo atendendo convênios, particulares e

SUS, o hospital possuía débitos, tanto com o governo, como com fornecedores. Nesse período além das verbas do governo, que eram insuficientes, a PMG continuava repassando mensalmente valores para cobrir o déficit financeiro da instituição.

Os equipamentos hospitalares, de escritório, lavanderia e cozinha estavam sucateados. Foi então que o Conselho Deliberativo tomou por providência angariar fundos junto à comunidade para tentar saldar as dívidas. Uma rifa com a arrecadação no valor de R\$22.000,00 serviu para pagar os fornecedores, porém não foi o suficiente para saldar todas as dívidas. Neste ponto surgiu o primeiro embrião para a privatização do hospital, através do decreto nº 25/95, que “cria comissão especial pro-privatização do Hospital Municipal Santo Antônio” e tinha o prazo de 120 dias para concluir estudos sobre a situação da autarquia e como privatizá-la. Porém os 120 dias se passaram e a privatização acabou não se concretizando naquela época (SCHORK, 2003).

O hospital continuou acumulando dívidas e deteriorando seus equipamentos e materiais com o passar do tempo, pois os recursos financeiros obtidos não eram suficientes para realizar a manutenção nem renovar o rol de equipamentos.

É possível confirmar esta situação em jornais da época:

Madeirame do telhado comprometido, fendas, goteiras e mofo no teto. Essa é a realidade enfrentada pelos funcionários e pacientes do Hospital e Maternidade Santo Antônio, de Guaramirim. [...] A linha telefônica chegou a ser cortada das 10h03 às 11h03 de quarta-feira, em função das contas dos meses de janeiro e fevereiro não terem sido pagas. Alguns fornecedores estão 90 dias sem receber. Já em relação aos débitos com energia elétrica, a situação é bem mais grave: o atraso se estende desde março de 1994. [...] O diretor do hospital, Nilson Bylaardt, que também acumula a função de secretário municipal de Saúde e Bem-estar Social, admite que os problemas são antigos. "Se os outros governos tivessem feito o que

deveriam, a situação seria outra", desabafa. Ele entende que as dificuldades apresentadas não diferem muito dos demais hospitais que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS). (FIGUEIRÓ, 1999)

Comprometendo mais ainda a situação financeira da instituição no ano de 2002 o município foi obrigado a cumprir a Constituição Federal que prevê a contratação de profissionais de órgãos públicos através de concurso público, o que não ocorria no HMSA, pois desde a criação do Hospital em 1953 todos os funcionários eram religiosos ou funcionários contratados de forma privada. Desta maneira os funcionários privados tiveram que ser demitidos gerando um passivo de rescisões e de processo trabalhistas já que muitos se sentiram injustiçados pela demissão e ingressaram com ações pedindo indenização por parte do município, sendo que as ações favoráveis aos ex-funcionários são débitos até a presente data pagos pelo HMSA.

Um edital de concurso público foi lançado para a contratação de servidores administrativos, técnicos e médicos. Porém o processo de contratação dos profissionais médicos foi ineficaz, pois os valores pagos pela instituição e carga horária estipulada não atraiu candidatos, ficando estes contratados de forma ilegal, ou seja, contratação direta, sem concurso público. Deste modo os profissionais médicos faziam sua própria escala de trabalho e ditavam os valores que desejavam receber. Esta prática configura uma conduta ilegal, pois todos os servidores devem ser contratados através de concurso público ou processo seletivo, conforme CF em seu Artigo 37 Inciso II:

A investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL,

1988).

No ano de 2004 a prefeitura resolveu novamente investir na autarquia solicitando auxílio à comunidade e aos empresários, iniciando uma série de injeções financeiras, parcelamento de débitos e negociação com credores a fim de saldar todas as dívidas. A autarquia contou com o auxílio especial do empresário Wander Weege, que fez doações expressivas ao hospital não só financeiras, mas também de veículos e equipamentos. Wander Weege também se comprometeu na construção e doação de equipamentos do novo centro cirúrgico (MALWEE DOA EQUIPAMENTOS AO HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, 2004).

Em 2007 todas as contas do hospital estavam pagas e seu nome voltou a ter credibilidade junto aos fornecedores. Diante disso foi possível iniciar a obra de construção do novo centro cirúrgico. As perspectivas de progresso do HMSA eram muitas, contudo devido a intervenções políticas, no final de 2007 Weege, que não tolerava ser incluído em conchavos políticos, se retirou do hospital levando consigo todas as doações, e deixando apenas o esqueleto do centro cirúrgico erguido. Mas uma vez o envolvimento político tirou de cena a possibilidade de crescimento do HMSA. Além do problema com a contratação ilegal dos médicos, havia outra questão a ser resolvida que era o término da construção do centro cirúrgico

Sem conseguir parcerias junto aos empresários, em 2008 a autarquia recorreu novamente à PMG para obter fundos e realizar as licitações necessárias a fim de terminar a parte física do centro cirúrgico e adquirir alguns equipamentos. A PMG disponibilizou a verba necessária para conclusão da parte estrutural e acabamento inaugurando em 05 de dezembro de 2008 o novo Centro Cirúrgico Ana Maria de Souza Nicocelli, inauguração esta que contemplava apenas a estrutura física e alguns equipamentos, mas sem todos os itens necessários para realizar as cirurgias, fato que só foi conhecido no ano seguinte (WANDERSEE, 2011).

Em de janeiro 2009 iniciava uma nova administração municipal em Guaramirim e a população cobrava o início dos

trabalhos no centro cirúrgico novo. Foi quando se soube que o centro cirúrgico não poderia ser utilizado, pois o seu projeto não havia sido aprovado pela vigilância sanitária, além dos equipamentos necessários para seu funcionamento não terem sido totalmente adquiridos. O projeto estrutural necessitaria de várias alterações, e também modificaria a parte física inicial que deveria ser reformulada. O centro cirúrgico antigo continuou sendo utilizado devido à dificuldade em administrar todos estes contratemplos, e o novo ficou, por hora, inutilizado.

A falta de planejamento é nítida neste período, haja vista que o centro cirúrgico foi construído sem a prévia aprovação de seu projeto pelos órgãos competentes. Visualiza-se neste momento a má gestão pública que se preocupa em apressar e inaugurar uma estrutura que não possui nem alvará de construção apenas para satisfazer egos e angariar votos, mesmo que isso signifique ter de reformar algo nunca utilizado (CENTRO CIRÚRGICO DE GUARAMIRIM VAI PASSAR POR REFORMA, 2010).

Outro problema surge quando a negociação de valores entre hospital e médicos torna-se um impasse, pois no governo anterior, além dos valores pagos pelo SUS, a PMG repassava um “valor bônus” aos médicos para que eles atendessem pelo Sistema Único de Saúde. Esta prática é ilegal, pois configura corrupção, uma vez que os profissionais já estão sendo remunerados pelo SUS. O governo que assumiu a administração de Guaramirim em 2009 talhou esse repasse fazendo com que os médicos ficassem descontentes com o baixo valor pago pelo SUS. Os médicos pediam aumento nos valores da hora-plantão e sobreaviso e a autarquia alegava que não tinha condições de pagar. Diante da negativa do município os médicos, realizaram uma denúncia no Ministério Público de Santa Catarina (MPSC) referente ao valor irrisório pago a eles, e ameaçaram paralisar as atividades exercidas na autarquia municipal.

O MPSC decidiu por investigar a situação do hospital e constatou que além dos médicos não estarem contratados da forma correta, o hospital ainda atendia os pacientes através de

convênios com planos de saúde, e até mesmo atendimentos particulares, o que é ilegal para uma instituição pública.

Em reunião do Ministério Público de Santa Catarina (MPSC) com gestores e médicos do Hospital Santo Antônio, do Município de Guaramirim, os profissionais de saúde se comprometeram a manter o atendimento de emergência e de obstetrícia. Os médicos deverão ser contratados temporariamente até que a Prefeitura de Guaramirim realize concurso público para os cargos. Os Promotores de Justiça [...] esclarecem que, após terem sido procurados pelos profissionais de saúde do Hospital Santo Antônio no mês de março, com a ameaça de paralisação das atividades por reajuste de remuneração, iniciaram procedimento de investigação. "Foi, então, verificado que o Hospital, uma autarquia municipal, não realizara concurso para contratação dos médicos, o que é ilegal, e priorizava o atendimento de pacientes com convênios e particulares em detrimento dos que necessitavam atendimento pelo Sistema Único de Saúde", ressaltam os Promotores de Justiça. (MPSC BOLETIM INFORMATIVO ON LINE, 2009, p 03)

Mesmo após várias reuniões entre gestores do município, MPSC e médicos não houve acordo com relação aos valores pagos pelos serviços médicos, então estes paralisaram as atividades por cerca de uma semana. Diante desta situação surgiu o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) proposto pelo MPSC, onde o município de Guaramirim se comprometia a realizar concurso para contratação médica após auditoria realizada pelo MPSC e Secretaria Estadual de Saúde para avaliar qual a situação dos atendimentos privados no hospital.

Nesse meio tempo o município solicitou avaliação das instalações do antigo centro cirúrgico pela Vigilância Sanitária, porém o mesmo, desde a inauguração o hospital, nunca havia recebido alvará de funcionamento. Diante desta situação o gestor municipal tomou por decisão fechar o centro cirúrgico antigo até realizar as adequações necessárias no novo e realizar as contratações médicas por meio de concurso público.

O prefeito Nilson Bylaardt divulgou essa semana que irá fechar o Centro Cirúrgico do Hospital Municipal Santo Antônio nos próximos dias. A intenção é fazer cumprir algumas das exigências expostas no TAC-Termo de Ajuste de Conduta, [...]. De acordo com o prefeito Nilson Bylaardt o centro cirúrgico suspenderá os atendimentos por 180 dias, os pacientes que necessitarem do serviço serão encaminhados para hospitais de Jaraguá do Sul. O centro cirúrgico foi entregue a comunidade em dezembro de 2008 e desde então não tem alvará de funcionamento devido a algumas irregularidades na parte estrutural e administrativa. Caso o fechamento do centro cirúrgico não seja realizado a administração terá que desembolsar R\$ 5 mil por mês em multa, a ser recolhida em favor do fundo de Reconstituição dos Bens Lesados do Estado. Segundo Nilson [...] “não temos data para início da reforma, até porque estamos fazendo um estudo juntamente com engenheiros e equipe técnica da administração”, diz. O TAC visa que as exigências da Vigilância Sanitária do Estado e dos bombeiros sejam cumpridas para que o alvará de funcionamento seja emitido [...]. (PERSIKE, 2010).

A população guaranireNSE sentiu-se desassistida neste momento, pois havendo necessidade de cirurgia ou parto todos deveria se encaminhar para a cidade vizinha de Jaraguá do Sul. No HMSA funcionavam apenas os setores de Pronto Atendimento, Clínica Médica e Pediátrica. Foi um período bastante conturbado e incerto quanto à destinação da instituição, com muitos funcionários ociosos devido ao fechamento de alguns setores.

Em 1º de julho de 2009 O Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina decidiu pela cassação do prefeito Nilson Bylaardt por captação ilícita de sufrágio (compra de votos). Novamente Guaranimirim e o HMSA voltavam à estaca zero, pois com a cassação de Nilson Bylaardt assumiria o 2º colocado e um novo plano de governo seria implantado. Em 8 de julho de 2009 o segundo colocado na eleição do ano de 2008 Evaldo João



Junckes assumiu a PMG e tão logo que pode reativou o antigo centro cirúrgico, mesmo sem alvará de funcionamento emitido pela vigilância sanitária e em desacordo com o TAC firmado entre MP e seu antecessor, que elegia uma multa de R\$ 5.000,00 ao dia caso o centro cirúrgico antigo voltasse a funcionar com médicos sem concurso e sem alvará. Várias cirurgias e partos foram realizados, e o hospital estava a todo vapor, apesar de todas as irregularidades. Neste período também foi lançado o Edital de Concurso Público 001/2009 a fim de prover a contratação dos médicos entre outras vagas (LIMA, 2009).

Em dezessete de novembro de 2009 o prefeito cassado Nilson Bylaardt conseguiu reverter à decisão de cassação, porém sem data para reassumir seu mandato. Neste período o HMSA realizou o concurso público sendo que os poucos médicos que se inscreveram e foram aprovados, não aceitaram o cargo no momento em que foram chamados para assumir as atividades no HMSA e continuaram contratados de forma ilegal.

O retorno de Nilson Bylaardt ao cargo ocorreu no dia dois de fevereiro de 2010. Após dezessete dias de mandato, no dia dezenove de fevereiro de 2010, Nilson Bylaardt assinou um decreto encerrando novamente as atividades do centro cirúrgico e disposto a realizar as reformas necessárias para o funcionamento do novo (PERSIKE, 2010).

A população guaramirense manifestou mais uma vez a insatisfação com o encerramento das atividades cirúrgicas e obstétricas do hospital. Incitados pela oposição partidária ao governo atual, os munícipes organizaram uma manifestação em frente ao hospital em protesto ao fechamento do centro cirúrgico. Mesmo com a garantia de atendimento pelo município vizinho de Jaraguá do sul, a insegurança tomou conta da população, que via pela segunda vez o fechamento do centro cirúrgico.

Neste sábado, cerca de 150 pessoas participaram de uma manifestação contra a interdição do Centro Cirúrgico do Hospital e Maternidade Santo Antônio, em Guaramirim. O decreto de interdição foi assinado pelo

prefeito Nilson Bylaardt (PMDB), no dia 19 de fevereiro. Os manifestantes saíram da esquina do Hospital e seguiram pela rua 28 de agosto até a praça central com um carro de som e faixas.[...]. (MORADORES FAZEM MANIFESTAÇÃO CONTRA INTERIDÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO DE GUARAMIRIM, 2010)

O início do ano de 2010 no Hospital Municipal Santo Antônio foi marcado pelas negociações entre a autarquia e vigilância sanitária estadual. O projeto inicial do novo centro cirúrgico não havia sido aprovado pela Vigilância Sanitária de Santa Catarina (VSSC), e mesmo assim a construção já estava em pé havia dois anos. Muitas alterações de estrutura de layout foram necessárias até a aprovação do projeto em vinte e dois de maio de 2010. A partir disso começavam os trabalhos para obter os recursos necessários para a reforma do centro cirúrgico, estimado em setenta e oito mil reais.

Nesta época a intenção do atual prefeito ainda era de repassar a administração do hospital a outra entidade, conforme matéria veiculada na Rádio Jaraguá AM:

A vigilância sanitária aprovou o projeto do novo centro cirúrgico do Hospital Santo Antônio de Guaramirim. A informação foi muito comemorada pelo prefeito Nilson Bylaardt, que já se reuniu na tarde de ontem para dar os encaminhamentos necessários. Segundo Bylaardt o próximo passo agora será abrir uma licitação para que o centro cirúrgico volte a funcionar. Segundo o prefeito, atualmente o hospital está onerando a máquina pública e ele confirma que é preciso rever essa questão. A intenção, conforme Nilson Bylaardt, é fazer do hospital uma referência. Questionado sobre a maneira correta de administrar o hospital, Bylaardt diz que gostaria que funcionasse como uma entidade universitária. E ele explica que irá tentar viabilizar essa alternativa. (SANTOS, 2010).

Durante todo o ano de 2010 a PMG junto com a classe empresarial, líderes comunitários, entidades religiosas e poder

público criaram o Comitê em Prol do HMSA que ficou responsável por estudar alternativas para terceirizar a administração do HMSA. Foram cogitadas universidades, hospitais vizinhos e organizações sociais (Comitê em Prol HSA busca informações de Modelo de Gestão, 2010) até que no ano de 2011 a PMG contratualizou com a Beneficência Camiliana do Sul para que a mesma administrasse o HMSA. (SÃO CAMILO ASSUME O HOSPITAL DE GUARAMIRIM EM AGOSTO, 2011).

Ao longo de toda a sua gestão municipal o hospital nunca se manteve sozinho, pois sempre recebeu auxílio financeiro da PMG, isso demonstra a ineficiência do antigo INAMPS e do atual SUS. Ou seja, o plano de saúde público não consegue manter seus hospitais apenas com o repasse feito pelos atendimentos, sendo necessário que o mantenedor da instituição faça um complemento financeiro. A falta de verba é apenas a primeira causa para o insucesso na gestão do HMSA, pois o fato que mais pesa é a descontinuidade na administração com a constante troca de gestores e sem profissionais qualificados. Desta forma, é praticamente impossível realizar um trabalho de qualidade em uma instituição hospitalar.

Cada prefeito municipal deseja colocar seu plano de governo em prática e indicar seus aliados durante a campanha, e cargos de confiança ou comissionados dificilmente possuem algum tipo de formação na área em que são nomeados ou sequer experiência na sua gestão. De acordo com Fadel et. al (2007) é notável que os profissionais que assumem cargos de administração em hospitais possuem um nível educacional e renda elevados, porém esta qualificação não é na área de gestão hospitalar, o que os desqualifica para a função de gestão hospitalar pública.

O HMSA como a maioria dos hospitais, estava intimamente ligada ao cuidado médico-paciente e a dificuldade de contratação desses profissionais fazendo com que a gestão da instituição fique refém do mercado, muitas vezes trabalhando sobrecarregado devido à falta destes profissionais. A contratação da equipe médica certamente no HMSA reproduz o que os teóricos dizem, ou seja, os médicos não desejam cumprir horário,

querem salários maiores e não querem seguir as mesmas normas que um funcionário comum. De acordo com Barbosa (2010) as contratações privadas e a possibilidade do contrato de prestação de serviço são as modalidades de contratação que mais atraem os médicos. E sem o cuidado médico o hospital não tem razão de ser. Menezes, Oliveira e Pinheiro (2008) salientam que um dos maiores desafios da saúde pública brasileira é:

Implementar medidas estruturantes de gestão para garantir maior flexibilidade e agilidade gerencial, e incrementar o desempenho e geração de resultados voltados para o desenvolvimento do Brasil e seus cidadãos. (MENEZES, OLIVEIRA E PINHEIRO, 2008)

Desta maneira além da falta de acordo com os médicos a necessidade de agilizar os processos administrativos foi o que culminou para a terceirização do HMSA.

A gestão municipal do HMSA esteve pautada negativamente pela constante troca de gestores, o que gerou descontinuidade na administração, e sem planejamento em longo prazo não é possível imprimir sucesso em uma instituição, conforme sugerem Mendes e Siqueira (2009) apesar de não poder ser utilizada como única referência, a gestão privada tem muito a oferecer ao setor público, como por exemplo, a contratação de gestores capacitados e profissionais. Um fato ambíguo são os recursos humanos, que por um lado traz uma baixa rotatividade de profissionais devido a estabilidade dos concursos públicos, facilitando o treinamento e comprometimento dos servidores públicos.

Por outro lado causa acomodação por parte dos mesmos, muitas vezes ligada a falta de desafios e remuneração adequadas (BARBOSA E MORICI, 2013). A contratação dos profissionais médicos que também fazem parte dos recursos humanos é um fator negativo que mais onera o setor público, haja vista a dificuldade em contratar estes profissionais, não apenas devido aos baixos salários, mas também a aversão em

manter vínculo empregatício com uma instituição pública (ANDRADE, et. al., 2010).

### 4.3 Filantropia

Entre os anos de 2010 e início de 2011 a PMG buscou alternativas para a terceirização ou concessão da administração do HMSA a fim de tornar mais ágil os processos administrativos da instituição. A concessão é a possibilidade do poder público, mediante contrato, atribuir às empresas de cunho privado a exploração de serviço ou obra pública, e estar regulamentado no Art. 197 da Constituição Federal referente à área da saúde:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988)

A Lei nº 8.987 de 13 de fevereiro de 1995 também dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços, reiterando e regulamentando o disposto no Art 197 da CF para todos os tipos de concessão e em todas as áreas:

Art. 2º Capítulo III - concessão de serviço público precedida da execução de obra pública: a construção, total ou parcial, conservação, reforma ampliação ou melhoramento de quaisquer obras de interesse público, delegada pelo poder concedente, mediante licitação, na modalidade de concorrência, à pessoa jurídica ou consórcio de empresas que demonstre capacidade para a sua realização, por sua conta e risco, de forma que o investimento da

concessionária seja remunerado e amortizado mediante a exploração do serviço ou da obra por prazo determinado. (BRASIL, 1995).

Após sem sucesso oferecer a gestão do HMSA a hospitais e universidades da região, no início do ano de 2011 a PMG procurou a entidade beneficente São Camilo para que a mesma gerisse a autarquia e esta manifestou interesse em administrar o hospital. Então se iniciou a fase de construção do contrato através da determinação de metas, valores e demais cláusulas. Em paralelo no dia nove de junho de 2011 houve uma apresentação pública junto à população, câmara de vereadores e assembleia com os servidores públicos com o intuito de explanar como seria esta nova administração (GUARAMIRIM CONHECE INSTITUIÇÃO SÃO CAMILO EM AUDIÊNCIA PÚBLICA, 2011). Neste período também foi realizada licitação para a adequação do centro cirúrgico conforme solicitação da vigilância sanitária.

Em seis de julho de 2011 o governo municipal e São Camilo assinaram o contrato de terceirização da administração com o prazo de vigência de quinze anos inicialmente que previa o repasse de 550 mil reais mensais e cada servidor público que trabalhasse para a filantropia teria descontado o valor do salário do convênio pago pela PMG (GUARAMIRIM, 2011), além da garantia que 70% dos atendimentos seriam através do SUS, e os outros 30% conforme a Beneficência Camiliana do Sul (BCS) julgasse mais adequada.

A Sociedade São Camilo é uma instituição que surgiu há mais de 423 anos e está presente em cinco continentes. No Brasil a São Camilo nasceu há 90 anos e está presente nos ramos de saúde, educação e serviço social. Ligada a matriz em São Paulo, a BCS foi criada em 30 de junho de 1984, como filial, e assumiu a administração do Hospital São Francisco, que hoje é referência daquela região em todas as especialidades, mas principalmente em traumatologia-ortopedia, a qual conta com o programa de residência médica. A instituição vem crescendo e hoje conta com 14 hospitais próprios ou administrados no Estado

de Santa Catarina, e mais um plano de saúde, denominado Plano Pas. (Bruckmann, 2012).

Grande parte da população foi contra a concessão da gestão do HMSA à iniciativa privada. Essa aversão à terceirização de serviços públicos está ligada diretamente aos conchavos políticos sempre presentes no município, e também a ideia de que as pessoas estão sempre tentando tirar proveito uns dos outros e principalmente dos bens públicos. É uma questão cultural brasileira, é como se o dinheiro público, por ser público, não pertencesse a ninguém, mas de fato, ao fim de tudo, ele pertence a todos nós.

Foi neste impasse que a Beneficência Camiliana do Sul, filial da São Camilo, assumiu a gestão do HMSA em 01 de agosto de 2011, quando o hospital passou a chamar-se Hospital Padre Mathias Maria Stein (EXPECTATIVA COM A MUDANÇA NO HOSPITAL SANTO ANTÔNIO DE GUARAMIRIM, 2011).

A administração do hospital seria feita por um funcionário de carreira da BCS, porém sem formação ou especialização em gestão hospitalar, o que destoa da maioria dos hospitais privados, que procuram gerenciar suas instituições através de pessoas qualificadas para tal fim. Quanto ao corpo funcional o Hospital Padre Mathias Maria Stein absorveu os 120 servidores públicos e contratou alguns funcionários-chaves, como gerente de enfermagem, tesoureiro, contador e farmacêutica.

A convivência entre os funcionários da BCS e servidores do HMSA não foi amistosa, os poucos funcionários contratados da BCS se sentiam diferentes dos servidores públicos, pois havia alguns benefícios que os servidores públicos possuíam que os funcionários privados não recebiam, tais como ponto facultativo, carga horária semanal, vale refeição e estabilidade. Os servidores por sua vez estavam descontentes com a terceirização já que no início das negociações houve rumores que os servidores públicos seriam exonerados e perderiam seus direitos de estabilidade, somando-se a isso o medo comum a todos, pois não se sabia ao certo como seria a nova administração. Um misto de insegurança e aversão instalou-se

nos corredores do hospital, era como se a BCS fosse intrusa no “ninho” dos concursados.

Esta animosidade entre as partes fez com que alguns servidores se tornassem insubordinados às chefias camilianas e muitos servidores concursados solicitaram transferência para a rede municipal de saúde devido a estes conflitos. Outros por sua vez foram obrigados a se retirar dos trabalhos do hospital devido a embates com os camilianos e atuar em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município. Houve grande revolta e um sentimento de que algo que lhes pertencia havia sido tirado sem nenhuma explicação plausível. De fato muitos dos servidores públicos transferidos já trabalhavam no HMSA em torno de 10 anos ou mais. Muitos partos de filhos, netos e parentes dos servidores foram feitos na instituição, bem como muitas internações e cirurgias também, o que criou um laço de carinho com a instituição.

A afetividade para com o hospital era grande, e apesar de todas as agruras que o serviço público possa causar nos seus servidores, ao final do processo de terceirização todos estavam deslocados do local para o qual realizaram o concurso público além da difícil adaptação dos servidores do HMSA nas UBS, PMG e Secretaria Municipal de Saúde foi difícil, pois os funcionários concursados que já trabalhavam nestas repartições desprezaram os novos colegas.

Essa baixa no número de servidores levou a BCS a aumentar seu quadro funcional próprio e em apenas seis meses conseguiu contratar todos os funcionários necessários ao desempenho das atividades do hospital sendo que ao final do ano de 2011 apenas 33 servidores públicos permaneciam no Hospital Padre Mathias e os demais funcionários eram contratados diretamente pela BCS.

Na gestão da BCS o hospital conseguiu adquirir em um curto período os equipamentos necessários para a reabertura do centro cirúrgico, bem como outros equipamentos novos como condicionadores de ar, computadores, automóvel, entre outros. Após a conclusão das reformas no novo centro cirúrgico e da contratação da equipe médica pela BCS, em vinte e oito de



março de 2012 o novo centro cirúrgico foi reinaugurado, reabrindo os setores da clínica obstétrica e inaugurando a clínica cirúrgica. O hospital contava também com um aparelho de ultrassonografia operando dois dias por semana que atendia a demanda interna e externa proveniente da Secretaria Municipal de Saúde.

O pronto socorro realizava atendimento com um clínico geral diariamente vinte e quatro horas por dia e um médico pediatra de segunda-feira à sexta-feira das 08h00min às 18h00min. Em meados de 2012 através de negociações nos valores com a PMG o hospital passou a contar com dois clínicos gerais no período matutino e pediatra aos finais de semana.

Em 2012 houve eleição municipal e o atual prefeito perdeu as eleições. Retornou neste período mais uma fase de incertezas para o hospital, pois como o partido de oposição havia ganhado as eleições, provavelmente haveria alteração no contrato da BCS. Como é de conhecimento, dificilmente há continuidade de gestão na administração pública, visto que cada partido ou governante tem sua proposta de administração pública.

Como já era esperado em 2013 ao assumir a prefeitura Lauro Frolich reuniu-se com a direção da BCS a fim de negociar os valores constantes no contrato assinado pela administração municipal anterior. O pagamento do mês de dezembro não havia sido realizado pelo governo anterior, e alegando falta de recursos para continuar realizando os pagamentos a PMG continuou a atrasar os pagamentos a BCS. Muitas reuniões foram realizadas a fim de decidir os rumos que o hospital iria tomar. O ano de 2013 foi mais um ano de indecisão entre os envolvidos e o futuro do HMSA.

Em meio á esta indecisão um projeto de ampliação estrutural do Pronto Atendimento enviado no final em 2012 para a VSSC havia retornado com parecer positivo e a direção da BCS e da PMG optaram por contratar um profissional de relações públicas a fim de angariar fundos junto aos empresários da região para financiar a obra que desafogaria os atendimentos no PA. Houve momentos em que o prefeito Lauro Frolich manifestava interesse em manter a BCS na gestão da autarquia,

como quando apoiou a ampliação do PA. Já em outros se mostrava totalmente desfavor, essa incerteza sobre o futuro do hospital veio apenas para deixar a população e servidores inseguros quanto aos atendimentos da instituição.

Neste período os pagamentos atrasados já somavam 3,5 milhões. O município propôs a BCS uma redução no valor do repasse para 300 mil reais, com o encerramento das atividades do Centro Cirúrgico e Clínica Obstétrica, porém a BCS não aceitou a proposta. Então em novembro de 2013 PMG e BCS decidiram encerrar o contrato vigente. A dívida da prefeitura com a entidade terceirizada foi parcelada em dez meses, e a saída da BCS foi acertada para o dia seis de janeiro de 2014. O período que se seguiu até a saída da BCS foi permeado pelas demissões dos funcionários, cancelamento dos contratos e encerramento das atividades. (ZANGHELINI, 2013).

Os servidores públicos que ao final de 2011 haviam sido realocados na Rede Municipal de Saúde receberam o aviso de que iriam retornar suas atividades no hospital em dois de janeiro de 2014. Servidores estes que em sua maioria haviam sido realocados contra vontade e que agora novamente seriam forçados a mudar de ambiente trabalho. Houve bastante revolta, pois no período de dois anos em que estiveram na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) os servidores reorganizaram suas vidas de acordo com o local e horário em que estavam lotados e agora teriam que rever todo o seu cotidiano.

Os funcionários contratados da BCS por outro lado estavam preocupados, pois no início do próximo ano todos estariam demitidos. Alguns haviam feito empréstimos, financiamento imobiliário e até mesmo adquirido residência no município de Guaramirim devido ao trabalho. Os atendimentos a população nunca foram negligenciados, mas certamente o fato de estarem prestes a ser demitidos, fez com que muitos funcionários da BCS faltassem ao trabalho deixando as escalas de trabalho desfalcadas e colegas sobrecarregados. Neste ponto os municípios já sentiam e sofriam com a diferença no atendimento. As escalas médicas do Setor de Pediatria também começaram a ficar reduzidas. Os médicos procuravam outros

hospitais, pois não sabiam como ficaria sua situação, visto que com o retorno da autarquia, estes profissionais deveriam ser concursados. Neste mesmo viés os obstetras também encerraram sua prestação de serviços no dia 20 de dezembro de 2013. A partir desta data funcionavam apenas os setores de Clínica Médica, Pediatria e Pronto Atendimento.

É comum na gestão pública um governante não dar continuidade aos projetos de seu precedente devido à rivalidade mesmo que o governo anterior possa ter realizado ações benéficas para o município. No caso da BCS quem contratualizou com a instituição foi o adversário político do atual prefeito, e ambos eram inimigos declarados. Por mais obscuro que seja este foi o principal fator que contribuiu na decisão de reduzir o repasse para a BCS, que culminou com a rescisão do contrato.

No dia dois de janeiro de 2014 a PMG começou o processo de transição entre os funcionários contratados pela BCS e os servidores públicos do HMSA. E em seis de janeiro de 2014 a BCS retirou-se formalmente da administração do HMSA. Iniciaram-se as rescisões de contrato de trabalho e outras providências legais. Mesmo estando oficialmente fora da gestão do HMSA, algumas pessoas do setor administrativo e o administrador da BCS permaneceram no HMSA por cerca de dois meses até findarem obrigações legais. (ZANGHELINI, 2014).

A partir do dia seis de janeiro de 2014 o HMSA passou a atender exclusivamente pelo SUS e encerrou as atividades do Centro Cirúrgico, ficando apenas ativos os setores de Clínica Médica, Clínica Pediátrica e Pronto Atendimento. Os outros setores, como USG e Raio-X continuaram trabalhando da mesma forma como a BCS, porém apenas com atendimentos via SUS.

Durante o período em que a BCS geriu o HMSA muitos servidores públicos solicitaram exoneração do cargo, e como não houve mais concurso público para o provimento destas vagas, no retorno da administração municipal foram necessárias contratações emergenciais, sem concurso ou processo seletivo.

Dezessete ex-funcionários da BCS foram contratados pelo prazo de três meses até que fossem concluídas as contratações através de um processo seletivo. Esse edital foi destinado a contratação na área médica, administrativa, enfermagem, higienização e nutrição e encontra-se em fase de homologação dos aprovados para posterior chamamento.

Quanto ao modelo de administração do hospital a PMG busca junto aos empresários apoio financeiro para reabrir o centro cirúrgico e continuar com a gestão plena municipal, inclusive já recebeu doação de condicionadores de ar, lavação e pintura da parte externa do prédio.

Foi pequeno o período em que o HMSA foi administrado através da BCS, mas é possível observar algumas facilidades da gestão privada, como a desburocratização nos processos de compra e contratação de profissionais. O HMSA após anos tentando concursar os profissionais médicos acabou por terceirizar seus serviços, pois não obteve êxito em nenhum concurso público, já a BCS conseguiu rapidamente contratar a equipe médica ressaltando a superioridade do setor privado nesta área, onde valores e horários são negociáveis, de forma que o acordo fique bom para ambas as partes, ou seja, a negociação não é unilateral, mas bilateral, onde todos podem expor suas necessidades e chegar num consenso.

Os demais procedimentos inerentes à gestão privada seguiram-se de modo satisfatório, como a aquisição de equipamentos e novas tecnologias mais facilitadas devido e negociação com os fornecedores e a ausência de licitação que acaba por tornar mais demorado um processo de compra. Borges e Costa (2010) afirmam que este é o principal objetivo do Estado ao realizar o contrato de gestão, e pelo observado a gestão Camiliana cumpriu este papel.

O processo de mudança de gestão entre BCS e HMSA foi desgastante devido à falta de planejamento dos responsáveis envolvidos, tanto da BCS quanto da PMG. L'Abatte e Spagnol (2010) destacam a importância da gestão de conflitos e valorização do funcionário pondo-o a par de todas as mudanças ocorridas na instituição. Desta forma o correto seria haver uma

preparação prévia dos servidores concursados, para que soubessem realmente como seria a nova administração e suas responsabilidades, além de quais seriam as possibilidades de ser realocados para a Rede Municipal de Saúde, de forma que todos se sentissem seguros para executar suas atividades sem o medo de perder o emprego ou serem hostilizados pelos novos gestores.

A gestão privada traz benefícios às organizações, como a divisão de responsabilidades entre setor público e privado (ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 2011), mas o principal deles é a autonomia gerencial, ou seja, o gestor pode decidir sobre a forma que deseja conduzir a instituição além do planejamento em longo prazo. A BCS apesar de prestar contas ao município de Guaramirim possuía essa liberdade para a contratação de profissionais, compra de insumos e planejamento para o futuro da instituição. A gestão privada é de longe mais eficiente que a pública, devido às más ações dos governantes públicos, pois no âmbito privado o objetivo do gestor é fazer a instituição prosperar, pois isto significa seu próprio sucesso. Desta maneira a gestão privada trouxe ao HMSA alguns benefícios, como a contratação legal dos profissionais médicos e maior agilidade nos processos administrativos, ou seja, atingiu os objetivos previstos no PDRAE, “maior agilidade para provar a contratação de bens e serviços, bem como de recursos humanos, para atender a necessidade de produção destas unidades [...]” (BARBOSA, 2010).

## 5 CONCLUSÃO

O Hospital Municipal Santo Antônio fundado em 1953 por Padre Mathias Maria Stein atualmente é administrado pela Prefeitura Municipal de Guaramirim, porém até a presente data passou por três modelos de gestão, cada um com sua característica particular.

Inicialmente construído pela Igreja Católica e administrado por ela por vinte anos, atendia a população de Guaramirim pelo INAMPS, (sistema público vigente neste período) e por meio de caridade, ou seja, o hospital acolhia e atendia os necessitados sem cobrar por isso. Ao ver que o hospital não era mais autossuficiente financeiramente e já com idade avançada para tentar reerguer as finanças do hospital em 1974 Padre Mathias repassou a instituição e todos os seus bens para que o Município de Guaramirim o administrasse.

Inicia-se neste momento a municipalização e com ela uma série de problemas de gestão, tais como a troca constante de gestores (APÊNDICE A), má conservação da planta e dos equipamentos, insucesso na contratação de médicos por concurso público, além dos centros cirúrgicos do hospital, onde a instalação antiga foi fechada pela vigilância sanitária em 2010 e as instalações novas não estavam totalmente prontas. Estes percalços se devem primeiramente à influência política onde cada prefeito quer seus aliados no poder, à falta de verba para realizar a manutenção dos equipamentos disponíveis e adquirir novos e aos baixos valores pagos aos médicos, além da questão particular desta classe funcional que preza pelo liberalismo de sua carga horária.

Todo este conjunto de fatores fez com a administração municipal em 2011 repassasse a gestão do HMSA à uma empresa filantrópica, a Beneficência Camiliana do Sul. No contrato firmado pelo prazo de quinze anos ficou acordado entre as partes que os atendimentos do hospital seriam da seguinte maneira: 70% SUS e 30% conforme conveniência da contratada,

além de que servidores públicos seriam cedidos para a entidade contrata.

O contrato durou apenas 30 meses, houve bastante conflito entre os funcionários da BCS e HMSA, porém neste curto período a BCS conseguiu reabrir o centro cirúrgico, contratar os profissionais médicos e demais funcionários necessários ao funcionamento pleno do hospital.

A falta de recursos financeiros aliados à divergência política fizeram com em seis de janeiro de 2014 a PMG rompesse o contrato de gestão com a BCS, voltando o HMSA a ser administrado pelo município.

Percebe-se desde o início a falta de planejamento para o hospital, pois o mesmo nunca conseguiu se manter financeiramente sozinho. Desde o início a PMG vem injetando verba pública para manter os atendimentos da instituição. Há que se dizer que o hospital já estava fadado ao fracasso desde a sua municipalização, pois se ele fosse um negócio rentável ou ao menos sustentável a igreja não o repassaria ao município.

A tentativa de manter o hospital através da terceirização foi o melhor dos investimentos que a instituição teve ao longo dos anos. Não que o correto seja terceirizar todos os hospitais públicos à iniciativa privada, porém da forma como os hospitais públicos vêm sendo administrados sem planejamento esta é uma atitude necessária. Para que um hospital público de mantenha saudável é necessário que os seus governantes batalhem para isso ao longo dos anos com uma equipe comprometida e não com cargos de confiança por indicação partidária.

A gestão da BCS no hospital de Guaramirim foi positiva devido à reabertura do centro cirúrgico, contratação médica legal e demais melhorias realizadas, porém novamente a falta de planejamento fez com que o contrato fosse desfeito, não apenas por falta de verba, mas também por inimizades políticas.

É possível identificar o perfil de cada modelo de gestão onde ressaltasse as principais características, conforme quadro abaixo:

**QUADRO 1 – Características dos modelos de gestão**

<b>Características</b>	<b>Hospital Católico (02/10/1953 à 23/01/1974)</b>	<b>Hospital Municipal (24/01/1974 a 31/07/2011)</b>	<b>Hospital Filantrópico (01/08/2011 a 06/01/2014)</b>
<b>Mantenedora</b>	Igreja Católica	Município Guaramirim	São Camilo
<b>Gestão</b>	Privada	Pública	Privada
<b>RH</b>	Privada/CLT	Concurso Público	Privada/CLT
<b>Compras</b>	Regimento Próprio	Lei 8666/93	Regimento Próprio
<b>Ponto Fraco</b>	Alta dependência de doações	Morosidade nos processos administrativos, falta de planejamento em longo prazo, mudança constante nos gestores, forte influência política, dificuldade contratação médica e adequação da planta física as	Alta rotatividade funcional



		normas vigentes	
<b>Ponto forte</b>	Alta participação social	Baixa rotatividade	Agilidade administrativa, autonomia nos processos decisórios, contratação legal dos médicos
<b>Receita</b>	Doações, atendimentos particulares	Repasse PMG, SUS (Convênio e particular até 2008)	SUS, Convênio, Particular, repasse convênio PMG

**Fonte: Elaborado pela autora**

A gestão de uma instituição hospitalar é bastante singular devido à natureza do serviço prestado não devendo ser feita de forma amadora, mas através do planejamento feito por profissionais qualificados para tal fim. Desta forma é importante ressaltar que meramente mudar o modelo de gestão não suprime a necessidade de planejamento, profissionais qualificados e processos eficientes. A instituição necessita de gestores capacitados para obter sucesso na sua administração, o que é difícil de ser encontrado na administração pública, porém não é utópico, pois cada vez mais a gestão hospitalar está presente nas instituições de saúde, basta que o gestor público chame pra si a responsabilidade em concursar gestores hospitalares capacitados ou ao menos quando em casos de indicação política fazer a nomeação de um profissional habilitado para exercer a função.

Por fim, pode-se concluir que este trabalho possui grande importância devido à quase nulidade de trabalhos

científicos sobre este tema e sugere-se a elaboração de maiores pesquisas sobre o referido tema.

## 6 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Ceres et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p.1421-1430, ago/set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/08.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2014.

ANDRADE, Marco Aurélio de; et.al. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. **Revista de Saúde Pública**, Fortaleza, nº44, 5, p.950-956, outubro, 2010.

BARBOSA, Allan Claudius Queiroz; MORICI, Marina Campos. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema único de saúde (SUS) e a sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, nº 47, 1, p. 205-225, janeiro/fevereiro, 2013.

BARBOSA, Nelson Bezerra. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público *versus* privado na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, nº15, 5, p. 2497 a 2506, agosto, 2010.

BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, nº 15, 5, p.2483 a 2495, agosto, 2010.

BARBOSA, Pedro Ribeiro; CARVALHO, Antônio Ivo. **Organização e funcionamento do SUS**. Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]; CAPES: UAB, 2010.

BERNARDES, Andrea; et. al. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, nº 22, 3, p.746-753, julho/setembro, 2013.

BERTELLI, Sandra Benevento. **Gestão de Pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Editora Qualitymark, 2004. 252p.

BERTO, Andreia Maria. **Parceria público-privada na gestão hospitalar**. 2008. Dissertação do curso de mestrado em gestão de negócios – Universidade Católica de Santos, Santos, 2008.

BEUREN, Ilse Maria; FREITAG, Alexandre Rocha Filho. Análise da Viabilidade de Atendimento em Laboratório de Análises. **Revista Contabilidade Universidade Federal da Bahia**, Salvador, nº 3, 1, p.88-100, janeiro/abril, 2009.

BORGES, Taís Regina; Costa, Laís Silveira; MARQUES, Paulo. A prestação pelo setor público não estatal dos serviços de saúde pública: análise de hipóteses e potencialidades. **Revista do Serviço Público**, Brasília, nº 61, 3, p.249-267, julho/setembro, 2010.

BRASIL. **Consolidação das Leis do Trabalho**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Publicado no DOU em 09 de agosto de 1943. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm). Acessado em: 17 de maio de 2014.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei 12.101 de 27 de novembro de 2009. **Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências**. Publicado no Diário Oficial da União em 30 de novembro de 2009.

\_\_\_\_\_. Lei 9.637 de 15 de maio de 1998. **Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.** Publicado no D.O.U. de 18.5.1998 e retificado no DOU 25.5.1998.

\_\_\_\_\_. Lei 9.790, de 23 de março de 1999. **Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.** Publicado no DOU de 24.03.1999.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8666, de 21 de junho de 1993. **Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.** Publicado no DOU de 22.6.1993, republicado em 6.7.1994 e [retificado em 6.7.1994](#).

\_\_\_\_\_. **PDRAE.** Institui o Plano Diretor da Reforma do aparelho do Estado. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, Brasília, 1995. Disponível em <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em 15 de maio de 2014.

BRAVO, Maria Ines Souza, et. al. **Agenda para a Saúde: desafios a serem enfrentados.** In: BRAVO, Maria Ines Souza, et. al.(Org.). **Política de Saúde na atual conjuntura.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008. P. 44-48.

BRÊTAS, NiloJúnior; DOBASHI, Beatriz de Figueiredo; SILVA, silvio Fernandes. **O pacto interfederativo na saúde e a gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde?** In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; SANTOS, Nelson Rodrigues dos (Org). **Gestão pública e relação público-privado na saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010. P. 11-23.

BRUCKMANN, Andre. **Integração Hospital Padre Mathias Maria Stein**. Guaramirim, 15 de janeiro de 2012. 49 slides. Apresentação em Power-Point.

CAMPOS, Marcelo Almeida, et. al. Relato da experiência da implantação do Incentivo de Adesão a Rede 100% SUS em Belo Horizonte. **Revista de Enfermagem**, Belo Horizonte, nº 16, 2, p. 123-132, maio/agosto, 2013.

CARVALHO, Alex Lima de. **Compras governamentais: uma proposta de dinamização do fluxo de compras em instituições públicas em saúde**. 2009. 173f. Dissertação Mestrado Profissional em Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional De Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

CENTRO CIRÚRGICO DE GUARAMIRIM VAI PASSAR POR REFORMA. **O Correio do Povo**. 04 de agosto de 2010. Disponível em <<http://ocponline.com.br/noticias/centro-cirurgico-de-guaramirim-vai-passar-por-reforma>>. Acesso em 18 de maio de 2014.

CHIAVENATO, Idalberto. **Comportamento Organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

\_\_\_\_\_. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. 634p. 539p.

COMITÊ EM PROL HSA BUSCA INFORMAÇÕES DE MODELO DE GESTÃO. **Aciag: Notícias**. 20 de abril de 2010. Disponível em <<http://www.aciag.com.br/noticias/comite-em-prol-hsa-busca-informacoes-de-modelo-de-gestao>>. Acesso em 04/05/2014.

COSTA, Daniele Bernardi da, et. al. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, nº2, 65, p.339-446, março/abril, 2012.

DRUCKER, Peter. **Desafios gerenciais para o século XXI**. São Paulo: Pioneira, 1999. 168p.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, nº2, 26, p. 8-19, abril/junho, 1992.

ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA. Nº 39, 2011, Foz do Iguaçu. **Parcerias público-privadas: um modelo teórico aplicado a hospitais**. Foz do Iguaçu, 2011. Disponível em <<http://anpec.org.br/encontro/2011/inscricao/arquivos/000-6c6ec0d6af5c4ed101bcd1cd169cf7d2.pdf>>. Acesso em 02 de março de 2014.

EXPECTATIVA COM A MUDANÇA NO HOSPITAL SANTO ANTÔNIO DE GUARAMIRIM. **O Correio do Povo**. 27 de julho de 2011. Disponível em <<http://ocponline.com.br/noticias/expectativa-com-a-mudanca-no-hospital-santo-antonio-de-guaramirim>>. Acessado em 03/04/2014.

FADEL, Cristina Berger et. al. Perfil dos administradores de hospitais públicos do Estado do Paraná. **RAS**, nº37, 9, outubro/dezembro, 2007.

FEITOSA, Susan Denise Alves. **Efetividade das comissões de processo administrativo disciplinar da UFBA: uma análise do período 2006-2007**. 2008. 68f.. Especialização em Políticas de Desenvolvimento e Gestão Pública, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém.

FERNANDES, Alfredo Manoel da Silva et.al. **Planejamento estratégico e operacional em saúde**. In: **Gestão Hospitalar: administrando o hospital moderno**. São Paulo: Saraiva, 2006. P 37-57.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabíola Sulpino. Direito à Saúde, Recursos Escassos e Equidade: Os Riscos da Interpretação Judicial Dominante. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, nº 1, 52, p. 223 a 251, março, 2009.

FERREIRA, Maria Cristina; ASSMAR, Eveline Leal. **Cultura, Satisfação e Saúde nas Organizações**. In: TAMAYO, Alvaro (Org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artemed, 2004. P. 102-126.

FIGUEIRÓ, Sônia Pillin de. Crise atinge Hospital de Guaramirim. **A Notícia**. Disponível em: <<http://www1.an.com.br/1999/mar/15/0ger.htm>>. Acesso em 07 de abril de 2014.

FONTINELE, K Junior. **Administração hospitalar**. Ed. AB, 2002, Goiânia. 223p.

GUARAMIRIM CONHECE INSTITUIÇÃO SÃO CAMILO EM AUDIÊNCIA PÚBLICA. **O Correio do Povo**. 14 de junho de 2011. Disponível em <<http://ocponline.com.br/noticias/guaramirim-conhece-instituicao-sao-camilo-em-audiencia-publica>>. Acesso em 03/04/2014.

GUARAMIRIM. **Lei 418 de 24 de janeiro de 1974. Autoriza o Executivo Municipal a receber por doação, o patrimônio da Sociedade Hospital e Maternidade Santo Antônio**. Acesso em 04/05/2014. Disponível em <<http://www.legislacaomunicipal.com/gedocnet/imagens/83539650000137/lei00419.pdf>>.

\_\_\_\_\_. **Termo de convênio que celebram entre si o município de Guaramirim e a entidade de Beneficência Camiliana do Sul**. Guaramirim, 05 de julho de 2011.

HOSPITAIS FILANTRÓPICOS E PRIVADOS DE SC CANCELAM CIRURGIAS ELETIVAS PELO SUS NESTA SEGUNDA. **Diário Catarinense: online**. Florianópolis, 08 de abril de 2013. Caderno de saúde. Disponível em <<http://diariocatarinense.clicrbs.com.br/sc/geral/noticia/2013/04/hospitais-filantropicos-e-privados-de-sc-cancelam-cirurgias-eletivas-pelo-sus-nesta-segunda-4099809.html>>. Acesso em 17 de maio de 2014.



JESUS, Cristina Santos; SOUZA, Raimundo; SANTOS, Sandrelesse dos. O papel do administrador na política da humanização hospitalar. **Revista Eletrônica de Administração da Faculdade Adventista da Bahia**, Cachoeira, nº 2, 1, p.80-89, 2011. Disponível em < <http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/revistadm/article/viewFile/122/118>>. Acesso em 08 de junho de 2014.

L'ABBATE, Solange; SPAGNOL, Carla Aparecida. Conflito organizacional; considerações teóricas para subsidiar o gerenciamento da enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, nº4, 9, p.822-827, out/dez, 2010.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa**. – 7ªed. São Paulo; Atlas, 2008. 277p.

LAVERDE, Gabriel Pontón; LONDONO, Gustavo Malagón; MORERA, Ricardo Galán. **Administração hospitalar**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2014. 519p.

LIMA, Claudia Marcelo de. Hospital de Guaramirim abre 44 vagas em concurso. **Click RBS**, Florianópolis, 21 de setembro de 2009. Disponível em <[http://www.clicrbs.com.br/blog/jsp/default.jsp?source=DYNAMIC\\_blog.BlogDataServer.getBlog&uf=2&local=&template=3948.dwt&section=Blogs&post=229049&blog=632&coldir=1&topo=3994.dwt](http://www.clicrbs.com.br/blog/jsp/default.jsp?source=DYNAMIC_blog.BlogDataServer.getBlog&uf=2&local=&template=3948.dwt&section=Blogs&post=229049&blog=632&coldir=1&topo=3994.dwt)>. Acessado em 18 de maio de 2014.

MALWEE DOA EQUIPAMENTOS AO HOSPITAL SANTO ANTÔNIO. **A Notícia. 21 de maio de 2004**. Disponível em: <<http://www1.an.com.br/anjaragua/2004/mai/21/index.htm>>. Acesso em 03/04/2014.

MATOS, Carlos apud SIQUEIRA, Elisabete Straditto et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15, p.1301-1314, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s1/039.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2014.

MATUS, Carlos apud LIMA, Sheyla Maria Lemos. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, nº 30, 5, p.101-138, Set/Out, 1996.

Disponível em:

<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8005/6756>>. Acesso em: 01 mar. 2014.

MEDEIROS, Marcelo. Texto para discussão nº 687:**Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. 13 p. Disponível em:

<[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_0687.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0687.pdf)>. Acesso em 02 de março de 2014.

MÉDICOS OBSTETRAS DO HOSPITAL DE GUARAMIRIM SE COMPROMETEM A MANTER SOBREAVISO. **MPSC Boletim Informativo Online**. Março/Abril de 2009. Disponível em:

<[http://www.mpsc.mp.br/portal/conteudo/cao/ccf/informativos/info\\_2\\_mar\\_abr\\_2009.pdf](http://www.mpsc.mp.br/portal/conteudo/cao/ccf/informativos/info_2_mar_abr_2009.pdf)>. Acesso em 07 de abril de 2014.

MENDES, Ana Magnólia; SIQUEIRA, Marcus Vinicius Soares. Gestão de pessoas no serviço público e a reprodução do discurso do setor privado. **Revista do serviço Público**. Brasília, n. 60, 3, p. 241-250, jul/set, 2009.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. 2ªed. São Paulo: Atlas, 2009. 204p.

MORADORES FAZEM MANIFESTAÇÃO CONTRA A INTERDIÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO DE GUARAMIRIM. **A Notícia**. 27 de fevereiro de 2010. Disponível em:

<<http://anoticia.clicrbs.com.br/sc/noticia/2010/02/moradores-fazem-manifestacao-contr-a-interdicao-do-centro-cirurgico-de-quaramirim-2823213.html>.> Acesso em 03 de abril de 2014.

MOTTA, Paulo Roberto. Modernização administrativa: propostas alternativas para o estado latino-americano. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, nº4, 21, p.31-61, out/dez,1987.

\_\_\_\_\_. **Transformação organizacional: a teoria e prática de inovar**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2004.224p.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **O desenvolvimento federativo do sus e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais**. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; SANTOS, Nelson Rodrigues dos (Org). **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. P.24-47.

PERSIKE, Isabel. Exigências do TAC: Centro cirúrgico do Hospital Santo Antônio será fechado por seis meses. **O Regional SC**. 18 de fevereiro de 2010. Disponível em <<http://www.adjorisc.com.br/associados/o-regional/impressa/geral/exigencias-do-tac-centro-cirurgico-do-hospital-santo-antonio-sera-fechado-por-seis-meses-1.654735#.UycxVvldV1Z>>. Acesso em 07 de abril de 2014.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. **Modelos de gestão na saúde**. In: Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. BRAVO, Maria Inês Souza et al. 2ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, p.25-35, 2008.

ROBBINS, S. P. **Administração: mudança e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2003. RUIZ, J. A. Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006 apud HUSEK, Daniele; STEFANO, Silvio Roberto. Gestão de pessoas rotatividade em hospitais filantrópicos da região centro sul do Paraná. 2009. Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná – Unicentro.

SANTOS, Jotha; FLORIANI, Rodrigo. Projeto do centro cirúrgico de Guaramirim é aprovado. **Jaraguá AM**. 22 de maio de 2010. Disponível em: <<http://www.jaraguam.com.br/jornalismo/geral/projeto-do-centro-cirurgico-de-quaramirim-e-aprovado>>. Acesso em 03 de abril de 2014.

SÃO CAMILO ASSUME O HOSPITAL DE GUARAMIRIM EM AGOSTO. **Jaraguá AM**. 07 de julho de 2011. Disponível em <<http://www.jaraguam.com.br/jornalismo/geral/sao-camilo>>

[assume-o-hospital-de-guaramirim-em-agosto](#)>. Acesso em 04/05/2014.

SCHORK, Francisco Herbert. **Hospital Santo Antônio 50 anos – assistindo vidas e renovando esperanças**. Gráfica Guaramirim, 2003, Guaramirim. 50p.

SIQUEIRA, Elisabete Straditto et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15, p.1301-1314, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s1/039.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2014.

STADLER, C.C; KOVALESKI, J.L; LOPES, P.C.B. **Gestão da mudança organizacional**. 2003. Artigo apresentado ao curso de especialização em gestão industrial – CEFET, Ponta Grossa Paraná: 2003.

TRINDADE, Evelinda. **A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo**. *Caderno Saúde Pública*, São Paulo, nº 5, p.951-964, maio, 2008.

WANDERSEE, Adriana. Hospital Padre Mathias recebe R\$550 mil para centro cirúrgico. **O Regional**. 22 de dezembro de 2011. Disponível em <<http://www.adjorisc.com.br/associados/o-regional/impressa/geral/hospital-padre-mathias-recebe-r-550-mil-para-centro-cirurgico-1.1006148#.U3kkX9JdWbQ>>. Acessado em 18 de maio de 2014.

ZAITUNE, Fernanda do Amaral. Licitação. 2012.74 slides. Disponível em <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:gHcs0tiM5\\_0J:www.campinas.sp.gov.br/governo/gestao-e-controle/cursos/anexo\\_direito\\_basico\\_servidor\\_publico\\_turma\\_ii/icitacao.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:gHcs0tiM5_0J:www.campinas.sp.gov.br/governo/gestao-e-controle/cursos/anexo_direito_basico_servidor_publico_turma_ii/icitacao.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acessado em 05 de maio de 2014.

ZANGHELINI, Daiane. Funcionários do Hospital Padre Mathias Stein, de Guaramirim, recebem o aviso prévio na segunda. A

Notícia. 30 de novembro de 2013. Disponível em <<http://anoticia.clicrbs.com.br/sc/geral/an-jaraqua/noticia/2013/11/funcionarios-do-hospital-padre-mathias-stein-de-quaramirim-recebem-o-aviso-previo-na-segunda-4351015.html>>. Acesso em 19 de maio de 2014.

\_\_\_\_\_ Gestão do hospital Padre Mathias Stein, de Guaramirim, muda na segunda-feira. A Notícia. 03 de janeiro de 2014. Disponível em <<http://anoticia.clicrbs.com.br/sc/geral/an-jaraqua/noticia/2014/01/gestao-do-hospital-padre-mathias-stein-de-quaramirim-muda-na-segunda-feira-4380423.html>>. Acesso em 19 de maio de 2014.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – Gestores HMSA**

<b>Gestor</b>	<b>Período de gestão</b>
<b>Salim J. Dequech</b>	13/08/1974 a 13/08/1976
<b>Oswaldo Oeschler</b>	01/08/1976 a 12/08/1984
<b>Salim J. Dequech</b>	13/08/1984 a 31/12/1986
<b>Victor Kleine</b>	01/04/1987 a 31/12/1988
<b>Oswaldo Oeschler</b>	01/01/1989 a 21/01/1989
<b>Sidnei Sylvio Finardi</b>	25/01/1989 a 15/05/1990
<b>Ivo Rangheti</b>	16/05/1990 a 02/04/1992
<b>Arnaldo Kruger</b>	06/04/1992 a 05/05/1995
<b>Antonio C. da Luz</b>	05/05/1992 a 31/12/1992
<b>Oswaldo Oeschler</b>	06/01/1993 a 27/04/1993
<b>Antonio V Stringari</b>	28/04/1993 a 14/06/1994
<b>Jair Tomelin</b>	15/06/1994 a 30/06/1994
<b>Antonio V Stringari</b>	01/07/1994 a 01/09/1994
<b>Jair Tomelin</b>	01/09/1994 a 24/07/1995
<b>Jose C. de Albuquerque</b>	01/08/1995 a 30/10/1995
<b>Oswaldo Oeschler</b>	01/01/1995 a 12/01/1997
<b>Nilson Bylaardt</b>	13/01/1997 a 31/05/2000
<b>Jose C. de Albuquerque</b>	08/03/2001 a 30/03/2001
<b>Antonio C. da Luz</b>	01/06/2000 a 31/12/2000
<b>Alceu Butschardt</b>	01/04/2001 a 01/04/2003
<b>Luiz C. Pereira</b>	13/02/2003 a 20/03/2005
<b>Sidnei Sylvio Finardi</b>	21/03/2005 a 02/10/2005
<b>Luiz C. Pereira</b>	03/10/2005 a 31/12/2008
<b>Aline Mainardi</b>	01/01/2009 a 06/05/2009
<b>Ivo Rangheti</b>	06/05/2009 a 12/06/2009

<b>Paulo Veloso</b>	13/07/2009 a 27/07/2009
<b>Roque Zatar</b>	27/07/2009 a 04/09/2009
<b>Maria Vasques</b>	04/09/2009 a 02/02/2010
<b>Ivo Rangheti</b>	03/02/2010 a 31/12/2012
<b>Márcia Pruesse</b>	04/01/2013 - atual



## **ANEXOS**

**ANEXO A - Autorização**

Guaramirim, 28 de março de 2014.

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, Márcia Adriana Pruesse, gestora autárquica nomeada através da Portaria nº 184/2013, venho por meio desta autorizar a divulgação do nome do Hospital Municipal Santo Antônio no Trabalho de Conclusão de Curso de Gestão Hospitalar da servidora pública Céli Hend Lopes Alves.



MARCIA ADRIANA PRUESSE  
Gestora do Hospital