

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
UNIVERSITÁRIA
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO UNIVERSITÁRIA

DANIELA QUADROS

**DIAGNÓSTICO DA TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM UMA
ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE:
ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC**

Florianópolis
2013

Daniela Quadros

**DIAGNÓSTICO DA TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM UMA
ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC**

Dissertação de Mestrado
apresentada à Universidade
Federal de Santa Catarina - UFSC,
como requisito parcial à obtenção
do Grau de Mestre em
Administração Universitária.
Orientador: Prof. Dr. Mário de
Souza Almeida.

Florianópolis
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Quadros, Daniela
Diagnóstico da Terceirização de Serviços em uma Organização
de Saúde : Estudo de Caso do Hospital Universitário /
Daniela Quadros ; orientador, Mário de Souza Almeida -
Florianópolis, SC, 2013.
147 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa
de Pós-Graduação em Administração Universitária.

Inclui referências

1. Administração Universitária. 2. Terceirização. 3.
Qualidade. 4. Prestação de Serviços. 5. Organização de Saúde.
I. Almeida, Mário de Souza. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Administração
Universitária. III. Título.

Daniela Quadros

**DIAGNÓSTICO DA TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM UMA
ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE:
ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC**

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de Mestre em Administração Profissional Universitária, aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 09 de Julho de 2013.

Prof. Pedro Antônio de Melo, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Mário de Souza Almeida, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientador

Prof. Marcos Baptista Lopez Dalmau, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Alessandra de Linhares Jacobsen, Dr^a.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dante Girardi, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho a Deus, cerne da minha existência e a minha família, especial minha mãe Nilza, meu amor.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, minha imensa fortaleza, por ter me dado fôlego de vida e ter me oportunizado a alegria de subir mais um degrau na minha busca pelo conhecimento, após várias pedras ao longo desta minha caminhada;

Aos meus pais, em especial minha mãe, Nilza, pelo amor, compreensão, paciência e dedicação;

À minhas irmãs, Nézia, Jane, Bernadete e a todos meus sobrinhos e amigos, pela compreensão da ausência e por tornarem minha vida mais feliz;

Ao meu orientador Dr. Mário de Souza Almeida, pelo incentivo, orientação e confiança com que me guiou no desenvolvimento deste trabalho;

Aos professores e amigos Dante Girardi, Marcos Baptista Lopez Dalmau e Alessandra de Linhares Jacobsen, por aceitar o convite de participarem como membros da banca e avaliar este trabalho, por estarem presentes em mais uma importante etapa da minha vida;

Aos Diretores do Hospital Universitário, que me apoiaram, incentivando e oportunizando o meu crescimento profissional;

Aos meus colegas do Hospital Universitário, pela colaboração com a pesquisa, em que puderam enriquecer o meu conhecimento e, em consequência, gerar esta pesquisa;

À UFSC, pela oportunidade de participar deste projeto e, mais especificamente, ao Professor Pedro Antônio de Melo, coordenador do Programa de Pós-Graduação em Gestão Universitária – PPGAU, pelo privilégio de ter sido sua aluna e ter sido brindada por seu conhecimento, além do carinho dispensado a todos;

A todos os servidores da UFSC, colaboradores e amigos que, direta ou indiretamente, contribuíram com sua participação.

“ Bem-aventurado o homem que encontra sabedoria, e o homem que adquire conhecimento, pois ela é mais proveitosa que do que a prata, e dá mais lucro do que o ouro”.

Provérbios 3: 13-14.

RESUMO

A terceirização é considerada uma técnica de gestão amplamente utilizada, podendo ter o foco na atividade fim, permitindo a desburocratização, a agilidade nos processos de trabalho, diminuição de custos, aumento da qualidade ofertada, entre outros fatores. Este modo de administrar teve forte crescimento em função da globalização, possibilitando que organizações privadas e públicas encontrassem nela a oportunidade de criar parcerias com outras empresas para obter estes ganhos. Porém, numa organização na área da saúde, o assunto é preocupante e complexo, pois não se deve tratar a terceirização de forma desassociada de critérios e cuidados relacionados à saúde do paciente. Neste contexto, avalia-se a terceirização paralelamente com a qualidade que está sendo oferecida na prestação destes serviços terceirizados, tendo em vista que o Hospital Universitário-UFSC se utiliza desta ferramenta em áreas estratégicas relacionadas à saúde. Acreditando que o HU-UFSC, busca a excelência na oferta dos seus serviços junto à comunidade a que está vinculado, o presente trabalho se propõe a analisar os benefícios e riscos do uso da terceirização em relação à qualidade dos serviços da área de saúde no Hospital Universitário - UFSC. Caracteriza-se a pesquisa metodologicamente como um estudo de caso do tipo descritivo, utilizando-se de dados bibliográficos e primários, estes extraídos por meio de questionários e entrevistas, aplicados a servidores técnicos administrativos, funcionários terceirizados e gestores que desenvolvem suas atividades dentro das Diretorias de Apoio Assistencial (DAA), Diretoria de Enfermagem (DE) e Direção de Medicina (DM) do Hospital Universitário. A amostragem da população foi não probabilística, intencional e por tipicidade. Para a análise dos dados foram utilizados procedimentos quantitativos e qualitativos, análises estatísticas para os questionários e a análise de discurso para as entrevistas. Os resultados obtidos indicam que há muitas falta de comprometimento e de identificação com a organização pelas empresas terceirizadas e pelos seus funcionários, gerando assim grande rotatividade dentro do HU-UFSC. A terceirização é pouco percebida como agente de incremento na qualidade da prestação de serviços no Hospital Universitário, devido ao baixo número destes em relação à real necessidade para atendimento à

demanda de serviços para os atingimento de metas, nestas áreas pesquisadas. Identificou-se também que, apesar dos limitados recursos federais, aos quais, a organização tem acesso para incremento de pessoal, esta ainda consegue, com esforço conjunto de todo seus servidores e terceirizados, obter a satisfação de seus clientes, os pacientes, no atingimento de qualidade na prestação dos serviços relacionados à saúde.

Palavras-Chave: Terceirização. Qualidade. Prestação de Serviços. Organização de Saúde.

ABSTRACT

The outsourcing is considered a management technique widely used, which aims to focus on core business, allowing the bureaucracy, the agility to work processes, reduced costs, increased quality offered, among other factors. This new way of managing had strong growth when the era of globalization, where private and public organizations have found it the opportunity to create partnerships with other companies to get these gains. But an organization in the area of health, the issue is much more complex and worrisome, since we should not treat outsourcing so disassociated criteria and health-related care paciente. Neste context of evaluating outsourcing parallel with the quality being offered to provide these outsourced services in order that the University Hospital-UFSC using this tool in strategic areas related to health. Believing that the HU-UFSC, strives for excellence in offering their services to the community to which it is bound, the present work is to analyze the benefits and risks of the use of outsourcing in relation to quality of health care services in the Hospital University - UFSC. Characterized the research methodologically as a case study descriptive, using bibliographic data and primary extracted from these questionnaires and interviews, applied to technical and administrative servers, outsourced employees and managers who develop their activities within the Boards Support Assistance (DAA), Board of Nursing (DE) and Medical Director (MD) of the University Hospital. The sample population was non-probabilistic, purposive and typicality. For data analysis procedures were used quantitative and qualitative statistical analysis for questionnaires and discourse analysis for the interviews. The results indicate that there are a lot of commitment and lack of identification with the organization by those contractors and their employees, thus generating large turnover in the HU-UFSC. Outsourcing is just perceived as an agent for increasing the quality of services at the University Hospital, due to the low number of these in relation to actual need to meet the demand of services for achieving goals in those areas surveyed. Also identified that, despite the low federal funds, which the organization is subject to increase staff, it still manages, with the joint effort of all your servers and contractors, obtain the satisfaction of their customers, patients, the achievement of quality in provision of health-related services.

Key Words: Outsourcing. Quality. Provision of Services. Health Organization.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Riscos e Benefícios da Terceirização no setor da saúde	56
Quadro 2:Fatores Determinantes em Qualidade de Serviços....	59
Quadro 3:Número de funcionários pesquisados nas Diretorias HU (DAA, DE, DM).	68
Quadro 4:Identificação dos gestores HU pesquisados nas Diretorias (DAA, DE, DM).....	69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:Distribuição do gênero de profissionais respondentes:	78
Gráfico 2:Distribuição percentual quanto à forma de contratação com o HU-UFSC.....	79
Gráfico 3:Distribuição percentual quanto à idade dos servidores e terceirizados do HU-UFSC.....	80
Gráfico 4:Distribuição dos servidores e terceirizados quanto ao tempo de serviço no HU-UFSC.....	81
Gráfico 5:Escolaridade dos servidores e terceirizados HU-UFSC.	82
Gráfico 6:Percepção quanto à alternativa de terceirização como forma de contratação de pessoal para o HU-UFSC.	83
Gráfico 7:Percepção quanto a qualidade dos serviços oferecidos pelo HU-UFSC aos seus clientes internos e externos.....	85
Gráfico 8:Percepção quanto à qualidade oferecida em estrutura física do HU-UFSC.	87
Gráfico 9:Percepção quanto a qualidade em suprimentos e equipamentos oferecidos pelo HU-UFSC aos seus clientes.....	88
Gráfico 10:Percepção quanto à contribuição da legislação vigente para a melhoria da qualidade ofertada aos clientes do HU-UFSC.	90
Gráfico 11:Percepção de satisfação da qualidade de serviços ofertados em sua unidade de trabalho dentro do HU-UFSC.....	92
Gráfico 12: Satisfação quanto à qualidade de serviços ofertados pelos terceirizados em todo o HU-UFSC.	94
Gráfico 13:Percepção quanto à utilização de medidas corretivas na prestação de serviços em todo o HU-UFSC.....	96
Gráfico 14: Percepção quanto ao relacionamento interpessoal entre servidores e terceirizados em todo o HU-UFSC.	98
Gráfico 15: Percepção quanto à satisfação da qualidade de serviços ofertados pelos servidores do HU-UFSC.	99
Gráfico 16:Percepção quanto à melhoria de qualidade ofertada em serviços após o ingresso de terceirizados nas unidades de serviços dentro do HU-UFSC.....	101

Gráfico 17:Percepção quanto À melhoria do desempenho dos servidores após o ingresso de terceirizados no HU-UFSC.	103
Gráfico 18:Percepção quanto à melhora em qualidade de serviços ofertados em todo o HU-UFSC, após o ingresso de terceirizados	104
Gráfico 19:Conhecimento dos servidores e terceirizados sobre a legislação que trata sobre o tema da terceirização.	105
Gráfico 20:Percepção sobre os serviços prestados pelas empresas terceirizadas para a prestação de serviços.	107
Gráfico 21:Percepção quanto à agilidade nos serviços prestados pelas empresas terceirizadas.	108
Gráfico 22:Percepção quanto à confiança no trabalho desenvolvido pelos servidores nas unidades de serviços.....	108
Gráfico 23:Percepção quanto à confiança relacionada ao trabalho desenvolvido pelos terceirizados nas unidades de serviços do HU-UFSC.	109
Gráfico 24: Percepção quanto à agilidade e cordialidade nas funções desempenhadas pelos servidores nas unidades de serviços do HU-UFSC.....	111
Gráfico 25:Percepção quanto à agilidade e cordialidade dos terceirizados nas unidades de serviços do HU-UFSC, com o seu público.	112
Gráfico 26:Percepção quanto às dificuldades de gerenciamento de terceirizados nas unidades de serviços.....	113
Gráfico 27:Percepção quanto às dificuldades de gerenciamento de servidores nas unidades de serviços do HU-UFSC.	114

LISTA DE ABREVIATURAS

CF - Constituição Federal.

CGU - Controladoria Geral da União.

CUN – Conselho Universitário da UFSC.

DAA – Diretoria de Apoio Assistencial

DAP/HU – Divisão Auxiliar de Pessoal do Hospital Universitário.

DE – Diretoria de Enfermagem

DM – Diretoria de Medicina

HU – Hospital Universitário

IES - Instituições de Ensino Superior.

IFES - Instituições Federais de Ensino Superior.

MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.

MEC - Ministério da Educação e Cultura

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS- Organização de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PPGAU- Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária

REHUF- Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

RJU – Regime Jurídico Único.

SETIC–Superintendência de Governança Eletrônica e Tecnologia da Informação e Comunicação.

SUS - Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União.UFSC

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
1.1 TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA	26
1.2 OBJETIVO GERAL.....	28
1.2.1 Objetivos específicos	28
1.3 JUSTIFICATIVA	29
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	30
2 REFERENCIAL TEÓRICO	33
2.1 REFORMA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	33
2.2 GESTÃO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	35
2.2.1 Administração Hospitalar.....	36
2.3 TERCEIRIZAÇÃO	39
2.3.1 Terceirização no serviço público e a sua legalidade. 43	
2.3.2 Terceirização no setor da saúde	49
2.3.3 Definição de serviços	51
2.4 QUALIDADE	52
2.4.1 Qualidade na Prestação de Serviços.....	54
2.4.2 Qualidade na prestação de serviços em organizações de saúde	55
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	63
3.1 TIPO DE PESQUISA	63
3.2 Delineamento da Pesquisa	65
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA.....	66
3.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS	69
3.5 TRATAMENTO DOS DADOS COLETADOS	71
3.6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	72
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	73
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFSC	73
4.2 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO.....	76
4.3 CORPO FUNCIONAL.....	77
4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	78
4.4.1 Quanto a visão sobre à Terceirização no HU-UFSC . 83	
4.4.2 Qualidade de Serviços ofertada pelo HU-UFSC	84
4.4.3 Oferta de qualidade em estrutura física	86
4.4.4 Oferta da qualidade em materiais e equipamentos....	88
4.4.5 Qualidade e legislação	89
4.4.6 Satisfação com a terceirização.....	91
4.4.7 Medidas de avaliação da prestação de serviços:.....	96

4.4.8	Relacionamento interpessoal entre permanentes e terceirizados	97
4.4.9	Satisfação no desempenho de serviços servidores permanentes	99
4.4.10	Melhora da qualidade após ingresso dos Terceirizados em unidade de serviço	101
4.4.11	Melhora no desempenho dos servidores permanentes após ingressos dos terceirizados	102
4.4.12	Melhora da qualidade de serviços em todo o HU após ingresso de terceirizados	104
4.4.13	Conhecimento quanto contratos de terceirização ..	105
4.4.14	Serviços terceirizados quanto às expectativas	106
4.4.15	Quanto à agilidade dos serviços	107
4.4.16	Confiança no trabalho desenvolvido pelo grupo de trabalho	108
4.4.17	Quanto à agilidade e cordialidade do grupo permanente	110
4.4.18	Quanto a Cordialidade e agilidade do grupo de terceirizados	111
4.4.19	Dificuldades no gerenciamento do grupo de trabalho	112
5	CONCLUSÃO	117
5.1	RECOMENDAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS	119
APÊNDICES	.....	129
APÊNDICE A	– SOLICITAÇÃO AO HU-UFSC	130
APÊNDICE B	– ROTEIRO DE ENTREVISTA	131
APÊNDICE C	– ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO	134
ANEXOS	.....	143
ANEXO A	.....	144
ANEXO B	.....	145
ANEXO C	.....	146
ANEXO D	.....	147

1 INTRODUÇÃO

Durante mais da metade do século XX, o processo hegemônico de produção de mercadorias no modo de produção capitalista concentrou-se no modelo de Henry Ford e grandes estruturas organizacionais verticalizadas. Com o declínio deste modelo, particularmente a partir dos anos 90 em países em desenvolvimento como o Brasil, desencadeou-se um processo de reestruturação produtiva, caracterizado pelas inovações tecnológicas e organizacionais, à horizontalização organizacional e junto a ela a terceirização (ANTUNES, 1995; LOCKE, 1999).

Então veio a era da globalização da economia, com uma proposta que implanta uma nova concepção entre o capital e o trabalho, com suas flexibilizações em contratações de mão-de-obra, onde se buscou a redução de custos das empresas, num cenário marcado pela competição acirrada entre as mesmas, e as questões econômicas tornaram-se o ápice dos interesses de forma global.

Com o desenvolvimento econômico, tecnológico, como o das telecomunicações, algumas empresas transformaram-se rapidamente em grandes potências, que expandiram seus mercados na busca de acumulação de capital, aproveitando principalmente a mão-de-obra barata dos países subdesenvolvidos e o baixo custo para a produção, permitindo assim uma nova dinâmica, a de internacionalização dos mercados de bens e serviços, possibilitando uma livre circulação de trabalhadores entre estes países (SANTOS, 2005).

Neste contexto, conforme aponta Druck(1999), a terceirização se insere num esforço de dotar as empresas de flexibilidade e adaptabilidade em face de um mercado que está em constante mutação, que exigem montagens e desmontagens constantes de seus arranjos organizacionais.

Corroborando Santos (2005) que surge assim, a doutrina da desregulamentação e da flexibilização dos direitos do trabalho; relaxando as suas normas para que haja uma adequação capaz de atender a dinâmica do mercado, enquadrando a relação de trabalho ao novo cenário mundial de concorrência. Além destas, as flexibilizações de normas trabalhistas se deram para atender às determinações de um processo globalizador, que prometeu prosperidade econômica e a abertura de diversos postos de trabalho com diminuição dos seus pesados encargos.

Como tendência mundial de terceirização surgiu do Consenso de Washington, em 1989, no auge dos governos de *Ronald Reagan* e de *Margareth Thatcher* um conjunto de medidas que se compõe de dez regras para promover o "ajustamento macroeconômico" dos países em desenvolvimento que passavam por dificuldades (NEGRÃO, 1998).

Um encontro que estabelece que o funcionamento da economia deva ser entregue às leis de mercado. Segundo defensores destas medidas, a presença estatal na economia inibe o setor privado e freia o seu desenvolvimento do mesmo (SOUZA, 2008).

Souza (2008) corrobora na afirmação que o Consenso de Washington tinha como cerne pregar o estado mínimo nas áreas de saúde, segurança e infraestrutura, e apresenta algumas de suas características, tais como:

- a) abertura da economia por meio da liberalização financeira e comercial e da eliminação de barreiras aos investimentos estrangeiros;
- b) amplas privatizações;
- c) redução de subsídios e gastos sociais por parte dos governos;
- d) desregulamentação do mercado de trabalho, para permitir novas formas de contratação que reduzam os custos das empresas.

Portanto, esta política chamada conhecida ficou conhecida como neoliberalismo que este promoveu um enxugamento do Estado, com o recuo de investimentos nas questões sociais e trabalhistas aumentaria a demanda de emprego e ajudaria as empresas a diminuir os custos com os respectivos encargos trabalhistas (SANTOS, 2005).

1.1 TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA

Como era de imaginar, a administração pública brasileira, acompanhando o movimento que tomou conta do mundo neste período, viveu na partir da década de 80, um momento de reforma, movimento este gerado pela globalização, com a instituição das privatizações, aqui considerado em seu sentido amplo, onde o Estado se serve para diminuir o tamanho do aparelho administrativo, quebrando monopólios, delega a

particulares atividades que eram exclusivamente públicas, intensificando o recurso da terceirização para buscar participação da iniciativa privada para desempenhar suas atividades meio (DI PIETRO, 2009).

Juntamente com estas transformações na economia e nos mais diversos setores, a sociedade começa a exigir da administração pública uma nova postura no que se refere às relações com o cidadão, usuário dos serviços públicos, e o servidor, prestador de serviços ao cidadão (SOUZA, 2009).

Diferentemente da empresa privada, a organização pública tem por finalidade atender aos interesses da coletividade, essenciais à ordem social e econômica. Assim, ela destina seus objetivos e ações ao cliente-cidadão, que manifesta suas necessidades e escolhas por ser detentor de direitos e deveres preconizados na Constituição (BRASIL, 1988).

Porém, gerir, ainda mais na administração pública, não é algo simples, a ser direcionada com posturas de torcedores radicais ou pela imitação de modelos de sucesso, principalmente privados ou da administração pública de outros países. A solução ótima não é algo fixo e universal. Exige análise do contexto e envolve necessariamente aprimoramentos tanto da máquina pública, ou seja, dos contratos internos como das terceirizações e outras formas de contratações externas (TEIXEIRA; PRADO FILHO, 2009).

A terceirização, muito utilizada no âmbito de instituições privadas, aparece hoje como ferramenta moderna pela qual a Administração Pública busca parceria com o setor privado para realizar suas tarefas e atingir seus objetivos (DI PIETRO, 2009).

Na administração pública, de 1996 até os dias atuais, o Governo Federal veio cumprindo as metas de gestão, editando diversas medidas provisórias e leis que determinam a extinção de cargos públicos, gerando, assim, um incremento relevante na terceirização deste setor. Teixeira *et al*, (2009) afirmam que terceirizar bem requer um bom planejamento e controle do processo tanto na administração pública quanto na privada.

As Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), entre os quais o Hospital Universitário é parte integrante, são consideradas instituições diferenciadas em relação às organizações existentes, pois tratam das prioridades básicas e essenciais para a população, ou seja, a educação, a pesquisa e

a extensão (SOUZA, 2009), e no caso do HU, tratam da saúde da população.

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, desde o período desta nova política, em meados de 1990, elevou seu nível de terceirização, acompanhando o modelo das demais organizações e que tem avançado significativamente, não apenas em atividades meio, mas também em atividades fim., ou seja, terceirizando médicos, enfermeiros, técnicos em diversas áreas da saúde que lidam diretamente com a vida da população. Mesmo sendo totalmente financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), parte-se da premissa que o Hospital Universitário-UFSC preocupa-se demasiadamente com a oferta de serviços de qualidade nesta área tão delicada que é a saúde das pessoas. E por acreditar na sua constante busca pela excelência na oferta da prestação de serviços a sua clientela, surge a pergunta da pesquisa que consiste em analisar quais os benefícios e riscos na terceirização, em relação à qualidade dos serviços médicos e técnicos da área de saúde no Hospital Universitário-UFSC?

Desta forma, com a definição do objetivo geral pretende-se buscar o resultado da investigação a que se propõe a presente pesquisa, enquanto que a definição dos objetivos específicos apresenta as etapas do trabalho necessárias para o alcance do objetivo geral.

1.2OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo é analisar os benefícios e riscos do uso da terceirização em relação à qualidade dos serviços da área de saúde no Hospital Universitário- UFSC.

1.2.1Objetivos específicos

Para alcançar o objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) .Analisar a estrutura hierárquica e a presença da terceirização nas áreas de medicina, enfermagem e apoio assistencial;
- b) Comparar as percepções dos gestores, servidores e terceirizados quanto a benefícios e riscos da

- terceirização à qualidade dos serviços prestados pelo HU e;
- c) Propor ajustes visando melhorar a qualidade dos serviços prestados, considerando a terceirização dos serviços nas áreas propostas.

1.3 JUSTIFICATIVA

A terceirização tem sido e continua sendo adotada por muitas organizações públicas e privadas do mundo inteiro principalmente na tarefa de suporte. Suas vantagens em alguns segmentos destas organizações mostraram-se bastante interessante no que se refere à redução de custos administrativos e trabalhistas, além de promover novos empregos.

Terceirizar não é tão simples, as empresas se deparam com problemas, que segundo Giosa (1993), são gerados pela baixa qualidade de serviço e de material utilizado, quebra de contrato, falta de funcionários, e por parte da instituição o excesso de burocracia na contratação destas empresas Para Locke (1999) este tipo de problema dentro da atividade fim pode ser desastroso, e comprometer toda a imagem de uma empresa adquirida ao longo dos anos.

Pensando em como melhor gerir a terceirização, numa organização de ensino e saúde, totalmente SUS, como o Hospital Universitário, e relacionando estas mão-de-obra com a oferta de qualidade necessária, devido às características inerentes a instituição que buscamos junto à literatura e junto aos servidores permanentes e terceirizados, bem como seus gestores a identificação dos pontos fortes e das fragilidades desta ferramenta administrativa.

Apontamos que o assunto ainda é bastante restrito apesar do tema não ser atual. Porém, trata-se de um tema ainda latente dentro das organizações, e que está cada vez mais presente, que gera ainda muitas discussões, pois ainda há bastante desconhecimento dos gestores em como torná-la de fato uma ferramenta eficaz.

Com a possibilidade dos Hospitais Universitários terem uma maior autonomia administrativa e financeira em relação às Instituições de Ensino Superior, e que está dentro do programa de reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF's), a

melhoria de gestão de recursos humanos, esta pesquisa torna-se importante no sentido de orientar estes gestores da atual situação em que se encontra a terceirização nestas unidades administrativas e mostrar quais os caminhos viáveis para equacionar possíveis problemas dele advindos.

A relevância da pesquisa consiste em oferecer parâmetros para o HU identificar os gargalos na gestão de terceirizados na área da saúde, permitindo assim melhorias em seus processos de gerenciamento e controle, tornando toda a sua administração mais eficiente e promover a satisfação de seus clientes.

Espera-se deste estudo, que venha a trazer elementos teóricos e juntamente com sua pesquisa a contribuição para a evolução dos conceitos e práticas que envolvem a Administração Universitária. Além deste, o trabalho torna-se relevante devido este poder contribuir para melhor compreensão da organização estudada e, ser mais uma fonte de pesquisa para outros trabalhos acadêmicos. Relevante ainda por ser a acadêmica integrante do programa de pós-graduação em administração universitária desta IFES. Sob os aspectos expostos, o estudo torna-se importante, original e viável.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente estudo está subdividido em cinco capítulos. O capítulo introdutório apresenta o tema e a delimitação do campo de pesquisa. Partindo dessas definições, são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos que nortearam a realização do trabalho.

O capítulo 2 trata da fundamentação teórico-empírica: este capítulo foi reservado para a contextualização da administração pública e a gestão de hospitais no sistema de saúde brasileiro. A seguir, discutem-se os conceitos de terceirização na administração pública e na área da saúde; os conceitos, vantagens, desvantagens, legislação que as norteia na administração pública. Por último, discorre-se sobre a prestação de serviços e qualidade em serviços, conceitos e seus fatores determinantes e como permeiam a área da saúde.

No capítulo 3, são apresentados os procedimentos metodológicos que foram adotados durante a pesquisa, o delineamento da pesquisa, tipo de abordagem, a fonte de coleta de dados e análise estabelecidos para o estudo.

O capítulo 4 foi reservado para apresentar e descrever a análise dos dados, incluindo a descrição do histórico do HU-UFSC.

O capítulo 5 foi destinado à conclusão do pesquisador sobre a investigação do tema além de suas recomendações para estudos posteriores.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta os principais conceitos envolvidos na pesquisa, distribuídos em três tópicos com a seguinte estrutura (1) Gestão na Administração Pública e Hospitalar (2) Terceirização e (3) Qualidade.

2.1 REFORMA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A Administração Pública vem sendo reformulada ao longo dos anos em sintonia com as profundas mudanças sociais e suas novas exigências. Isto se dá porque a organização pública, como toda organização, é um sistema social aberto que está em permanente interação com o meio ambiente, influenciando-o e sendo por ele influenciada (CARVALHO, 1995).

Completando a assertiva, Schwella (2005, p.267) acrescenta:

[...] o setor público numa sociedade moderna é cada vez mais afetado pelo ambiente no qual opera, transformando-se em um sistema aberto com contínuas relações de troca, no qual também se testemunham mudanças rápidas nas relações entre funcionários públicos e seus clientes. O ambiente externo das organizações do setor público agora pode ser caracterizado como altamente turbulento o que implica um conjunto de condições cada vez mais dinâmicas, hostis e complexas.

A Administração Pública, enquanto organização, gera produtos; produtos esses que são serviços disponibilizados à população. Quando os bens e os interesses são da coletividade, a administração é pública, deve visar ao bem comum em benefício daquela.

Meirelles (2003, p.78-79) define Administração Pública como “[...] o aparelho de Estado preordenado à realização de seus serviços, visando à satisfação das necessidades coletivas”.

Referendando este entendimento, Di Pietro (2003, p.46) elenca o seguinte aspecto da Administração Pública:

Sob o aspecto subjetivo, a Administração Pública é o conjunto de órgãos e pessoas jurídicas; sob o aspecto objetivo, compreende as atividades do Estado destinadas à satisfação concreta e imediata dos interesses públicos; e, sob o aspecto formal, é a manifestação do poder público composta em atos jurídico-administrativos dotados da propriedade da auto-executoriedade, ainda que de caráter provisório.

A organização pública, representada pelo interesse público, reflete o interesse da coletividade, do cidadão que é o cliente dos seus serviços e seu contribuinte de impostos. Por esse motivo, os resultados das ações do Estado devem ser positivas e atender os anseios dos cidadãos.

Corrêa (1993) chama atenção para o papel social da organização pública na prestação de serviços. Lembra o autor, a observância dos princípios fundamentais da Administração Pública como a legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e, mais recentemente, através da Emenda Constitucional nº 19/98, o princípio da eficiência, sendo este o mais moderno dos princípios como comenta Meirelles (2002, p.94):

O princípio da eficiência exige que a atividade administrativa seja exercida com presteza, perfeição e rendimento funcional. É o mais moderno princípio da função administrativa, que já não se contenta em ser desempenhada apenas com legalidade, exigindo resultados positivos para o serviço público e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e seus membros.

Di Pietro (2002, p.38), analisando o princípio da eficiência, contempla:

O princípio da eficiência apresenta, na realidade, dois aspectos: pode ser considerado em relação ao modo de atuação do agente público, do qual se espera o melhor desempenho possível de suas

atribuições, para lograr os melhores resultados; e em relação ao modo de organizar, estruturar, disciplinar a Administração Pública, também com o mesmo objetivo de alcançar os melhores resultados na prestação do serviço público.

Sob este aspecto, a ideia é, transformar a administração pública, de um modelo burocrático, rígido e ineficiente, sempre voltada para si própria, para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento dos cidadãos.

E conforme aponta Meirelles, 2002, ainda assim, todos os princípios básicos da administração pública, devem ser sempre observados, de forma permanente e obrigatória, no sentido de nortear a atividade dos administradores públicos e seus servidores, conforme prescreve a Constituição Federal do Brasil de 1988 (MEIRELLES, 2002).

2.2 GESTÃO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Ao longo dos anos, a administração pública migrou de um modelo incapacitado de fazer a distinção entre o interesse público e o privado, para um modelo burocrático racional-legal de práticas baseadas em uma gestão fechada, rígida, estável, hierarquizada e com centralização de poder, partindo, na sequência, para uma gestão mais gerencial, inserida num contexto ambíguo de imprevisibilidade, ritmo acelerado e mudanças focadas no cidadão, nos resultados e na gestão do intangível - conhecimentos, habilidades e mudanças de atitudes (GAMA, 2008).

Presenciou-se a mudança do Estado com a transferência de muitas das funções do para suas organizações extensivas como as autarquias, fundações, empresas públicas, agências reguladoras, entre outras, caracterizadas por duas ações:

- a) privatização, com a transferência de atividades econômicas para o setor privado e;
- b) publicação, transferência de atividades de cunho social para o terceiro setor. Estas ações visavam um maior dinamismo operacional por meio da autonomia e descentralização funcional (PEREIRA, 1996).

Para Pereira (1996, p.26),

O Estado brasileiro, ao ampliar sua atuação na área social estaria se tornando suficientemente grande para exigir uma reforma gerencial que aproveitasse os avanços ocorridos no século XX na gestão das empresas privadas, criando novas instituições que possam responder às novas realidades econômicas e sociais que ocorrem na sociedade e no Estado.

O empenho em substituir a tradicional burocracia centralista e controladora por um conjunto de órgãos flexíveis, descentralizados e mais sensíveis às necessidades do público vem ocorrendo desde meados do século XX. As propostas de reforma administrativa foram implantadas em 1995 com o Plano Diretor da Reforma do Estado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Este plano foi criado com o intuito de responder, com presteza e efetividade, às demandas sociais advindas do processo de globalização (SOUZA, 2002).

Desta forma, Pereira (1996, p.25) acrescenta:

Reformar o Estado é tarefa que ultrapassa possibilidades do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Destacando que é tarefa de todo o governo, em seus três níveis, ampliar essa missão aos demais setores, conclamando toda a nação brasileira. Na era atual a preocupação com pessoas nas organizações privadas e mais recentemente nas públicas, tornou-se uma das mais relevantes ações.

2.2.1 Administração Hospitalar

Segundo Souza (2009), no Brasil, na segunda metade do século XX, diante do novo ritmo das relações econômicas e sociais, a gestão pública precisou encontrar uma forma mais ágil de administrar sendo criado, em 1995, o plano de Reforma do aparelho do Estado.

Este plano contém um modelo de gerenciamento no qual o controle deixaria de ser apenas burocrático e evoluiria para

controle de resultados, controle contábil, controle social e uma competição administrada (SOUZA, 2009).

No enfoque da economia liberal, o homem deixa de ser meio, mero fator de produção subordinado aos interesses do capital e da técnica, para ser o fator essencial de todo o processo produtivo (LEITÃO; LAMEIRA, 2005).

Neste contexto, com o controle de resultados, aliado com menor burocracia, permite mais liberdade aos gestores públicos para utilizarem da descentralização e a horizontalização das estruturas (SOUZA, 2009).

Dessa nova maneira de administração pública, não ficaria de fora estas ações nas áreas de serviços da saúde públicas, onde conforme Souza (2009), o modelo de gestão pública, através da terceirização dos serviços, se deu nas Instituições de Ensino Superior (IES) a partir de partir da década de 1980, quando a globalização se impôs no modelo do capitalismo:

Houve, junto da terceirização, a perda de prioridade na universidade pública nas políticas públicas do Estado, e foi, antes de mais nada, o resultado da perda geral de prioridade das políticas sociais (educação, saúde, previdência) induzida pelo modelo de desenvolvimento económico conhecido por neoliberalismo ou globalização neoliberal que, a partir da mesma década, se impôs internacionalmente (SANTOS 2002, p.18).

A terceirização, uma forma de privatização, caracterizada como um dos pontos básicos dos denominado Consenso de Washington, este caracterizado pela convergência de idéias que tenderam a reduzir a dimensão do Estado. Destaque para a educação e saúde, que perderam amplamente sua importância nas políticas estatais, onde foram diretamente afetadas as universidades, bem como seus hospitais, públicos e federais, com a falta de incentivo financeiro para sua manutenção de sua estrutura de pessoal e instalações, além da falta de investimento em pesquisas.

Assim, os serviços de saúde, para acompanhar a influência da globalização e dos avanços tecnológicos, passam por processos de mudança no seu modo de gerenciar as ações a fim de atender as exigências da sociedade, cada vez mais informada

sobre seus direitos e mais exigente em relação ao consumo das ações de saúde (RENNÓ; DINIZ; MAFRA, 2007).

Nessa ótica da gestão, acredita-se que tanto os hospitais públicos quanto os hospitais privados devem ser gerenciados como qualquer outro tipo de empresa, isto é, sensibilizados pela lógica de redução de custos e despesas e melhoria das receitas. Assim sendo, se faz premente se reestruturar administrativamente e tecnicamente para enfrentarem o mercado em que estão inseridos (RENNÓ; DINIZ; MAFRA, 2007).

Por outro lado, Seleme (1988, p. 41) destaca que, nas organizações hospitalares, boa parte do comportamento é governado pela lógica do conhecimento técnico e não por regras burocráticas. O controle através do trabalho do especialista pode sobrepor-se ao controle burocrático convencional. Contudo, esse tipo de organização ainda mantém, em certo grau, determinadas características burocráticas.

Há, dentro da saúde pública, dos hospitais públicos, um grupo bem particular, que são os hospitais universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (HU/IFES), caso do HU/UFSC. A ligação desses hospitais com a universidade se dá sob a forma de unidade suplementar, com financiamento compartilhado, paritariamente, entre as áreas de Saúde e da Educação, em um sistema de pactuação que inclui o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Os hospitais de uma forma geral tem despertado o interesse como empresa, impulsionando diversos estudos na área administrativa planejamento estratégico, sistemas de informação, redução de custos, entre outros aspectos. Esta perspectiva está atrelada ao contexto neoliberal, de globalização e reforma do Estado, que apresenta alta exigência por resultados positivos (lucros) para sobrevivência em um mercado competitivo. É sabido que estes estudos dão evidência ao contexto mercantil no qual a saúde está inserida, entretanto pouco é revelado sobre o impacto no cotidiano e nos modos de trabalhar (WEBER;GRISCI, 2010).

Com isso, a reforma administrativa como um todo buscou atender as demandas por reestruturação do Governo onde suas organizações já se apresentavam desarticuladas, desmotivadas e sem condições de dar respostas às necessidades sociais (SOUZA, 2002).

Para Siqueira e Mendes (2009, p.241), a modernização da administração pública é um processo contínuo em que modelos e modismos gerenciais são implantados com frequência na expectativa de que a estrutura do Estado possa atender de modo mais eficiente e eficaz às demandas sociais.

2.3 TERCEIRIZAÇÃO

Embora o termo "terceirização", ou *outsourcing*, como também é chamado, não seja recente, sua origem se deu, na década de 1940, quando os Estados Unidos aliaram-se aos países europeus para combater as forças nazistas e, posteriormente, o Japão, ganhando relevância ao longo da Segunda Guerra Mundial, quando as indústrias bélicas americanas precisavam melhorar sua capacidade produtiva (MAIOR, 2007 *apud* SALUM, 2007).

Estas indústrias transferiam para terceiros algumas atividades, que não se demonstravam ser de cunho estratégico para o seu negócio principal, que era a produção de armas necessárias para manutenção da supremacia aliada.

Descobriu-se que algumas atividades de suporte à produção dos armamentos

como limpeza, vigilância e alimentação poderiam ser repassadas a outras empresas prestadoras de serviços. A guerra acabou e esta prática administrativa se concretizou a partir da década de 50, quando ocorreu um desenvolvimento acelerado da indústria na tentativa de suprir as lacunas deixadas pela Segunda Guerra Mundial. Hoje, evoluiu e consolidou-se como uma técnica administrativa eficaz, quando aplicada de forma adequada (GIOSA, 2003 *apud* GIRARDI 2008)

Para Giosa (2003, p.13 *apud* GIRARDI 2008), "a recessão como pano de fundo levou também as empresas a refletirem sobre sua atuação".

As empresas brasileiras, a exemplo do modelo adotado por outros países, acolheram, quase que de imediato a nova possibilidade de contratação de pessoas. Percebeu-se que a terceirização estava incentivando abertura de novas empresas, com oportunidades de oferta de mão-de-obra, restringindo, assim, de certo modo, o impacto social da recessão e do desemprego. Porém, precisamos apontar que o rápido aceleramento do processo de gestão da terceirização no país

deu-se em função do perfil do brasileiro, cujo principal objetivo consiste em montar uma empresa, "ser o dono do seu próprio negócio"(CHILLIDA; COCCO, 2004).

No caso do Brasil, a terceirização também passou a ser difundida a partir dos anos 90, embora implementada sob outro enfoque, da economicidade, ou seja, da obtenção do menor custo possível, conforme afirma Chillida e Cocco (2004), "a terceirização tem sido mais uma tática de redução de custos pela exploração de relações precárias do trabalho, do que redução dos custos baseados no aumento da eficiência e produtividade".

Terceirização é definida, de acordo com a Ciência da Administração, como:

[...] a transferência de atividades para fornecedores especializados, detentores de tecnologia própria e moderna, que tenham esta atividade terceirizada como sua atividade fim, liberando a sua tomadora para concentrar seus esforços gerenciais em seu negócio principal, preservando e evoluindo em qualidade e produtividade, reduzindo custos e gerando competitividade (CARELLI, 2003, p. 686, *apud* MASCARENHAS; GODOY; PINTO, 2007, p28).

Esta conceituação é referendada por GIOSA (1993, p. 14 *apud* GIRARDI, 2008) quando afirma que:

[...] a terceirização é um processo pelo qual as empresas repassam algumas atividades para terceiros e com os quais se estabelece uma relação de parceria, ficando a empresa concentrada apenas em tarefas essencialmente ligadas ao negócio em que atua.

Ou seja, terceirização não é um mero fornecimento de trabalhadores, é a entrega de uma atividade completa a outra empresa (CARELLI, 2003 *apud* MASCARENHAS *et.al*, 2007), é uma relação de parceria, onde ambos os lados ganham com aumento de empregabilidade e de lucratividade.

Conforme aponta Maior (2007 *apud* SALUM, 2007, p.143),

A terceirização é vista como estratégia das organizações, pois a mesma consiste em

transferir para terceiros, atividades que não fazem parte da sua linha principal de atuação, tendo como objetivos mais comuns à melhoria da qualidade dos serviços e a redução de custos e esforços administrativos.

Carelli (2003) resume que a terceirização é caracterizada pela gestão de trabalho, especialização da empresa contratada e utilização de outros recursos além do elemento humano no objeto da contratação.

Nesta gestão, é caracterizada pela determinação do número de funcionários, as funções que serão exercidas por eles e a determinação do horário de trabalho. A empresa contratada tem que “deter um saber e fazer específico, distinto daquele que detém a contratante” segundo Carelli (2003 *apud* MASCARENHAS; GODOY; PINTO, 2007, p.95).

A empresa terceirizada deve utilizar meios próprios para a execução dos serviços e não somente o simples emprego de mão-de-obra.

Na terceirização, só há vínculo empregatício entre o terceirizado e a empresa contratada. Assim sendo, pode-se ser vista como sendo um determinado serviço ou produção de um bem que não mais será realizado diretamente pela empresa que o produz ou fornece, pois esta contratou uma empresa especializada para fazê-lo. E, uma vez que a empresa-“mãe” decidiu-se por contratar “alguém” que é especialista no assunto para desempenhar algo que não faz parte de seu *know-how*, espera-se logicamente obter-se aumento, sobretudo de qualidade, produção e, porque não com redução de custos (RUSSO, 2007).

Para Heilborn e Lacombe (2008), a terceirização pressupõe, no mínimo, que se mantenha a qualidade, a redução de custos, velocidade e inovação tecnológica.

Contudo, “as competências centrais que garantem a vantagem competitiva da empresa, não podem ser terceirizadas, se o forem, a empresa estará cedendo *know-how* e *know-why* valiosos, e estes podem ser transferidos à concorrência” (HEILBORN; LACOMBE, 2008, p.513).

Verdade é que a terceirização ganhou muito espaço e vem atingindo de forma crescente áreas anteriormente protegidas, como os serviços profissionais especializados e essenciais, a gerência de serviços e de saúde e de gestões financeiras

(GONÇALVES, 2006).

Nos países de primeiro mundo, como os EUA, a terceirização é utilizada como uma ferramenta para as empresas alcançarem maior produtividade e qualidade em atividades que não fazem parte da sua principal competência, obtendo-se, com isso também, redução de custos, mas este entendido como uma possível consequência do processo e não como principal fator motivador (GONÇALVES, 2006).

O processo de terceirização genuíno possui, como principal tendência, o foco em firmar parcerias, “redimensionando as estruturas da organização, de forma que estas tendam a se desverticalizar para conquistar maior mobilidade competitiva.” (GIRARDI, 2008, p.79).

O que geralmente não acontece com os países em desenvolvimento, como o Brasil, que ao terem adotado este modelo externo, cercado obviamente por certos interesses econômicos, ainda não amadureceram suficientemente este entendimento. Em tais países, o que deveria ser apenas uma benéfica consequência parece estar se transformando, ou já ter se transformado, no principal objetivo da terceirização: a redução de custos (GONÇALVES, 2006).

Girardi (2008, p.80), nos esclarece que:

A terceirização não pode, e não deve possuir como principal objetivo a redução de custos, pois caso esta seja sua principal motivação, esta prática já não se apoia em princípios éticos e técnicos que garantam a busca pelo aumento de qualidade e produtividade, enfraquecendo a competitividade ao invés de fortalecer.

O principal objetivo deste processo fortalece-se na medida em que as empresas envolvidas tenham a capacidade de entender a importância da consolidação da parceira, que nasce entre elas no momento em que se ligam mediante o contrato de trabalho. O sucesso da terceirização depende mais do entendimento do que o sucesso de uma, depende do sucesso da outra. Quanto mais essa realidade ficar clara, quanto mais houver transparência, maiores as chances de sucesso.

Para Girardi (2006), a terceirização no Brasil tem apresentado grandes problemas devido à falta desta

conscientização. A dificuldade está no entendimento equivocado imaturo do processo que é visto muito mais pela possibilidade que oferece de reduzir custos, mediante redução do quadro de funcionários, do que pelo aumento da qualidade e excelência nos serviços.

A terceirização como processo que privilegia custos em detrimento da qualidade, não mais deveria ser classificada como tal, devendo assumir qualquer outra classificação.

Conforme Barros (2002 *apud* GIRARDI, 2006), é possível perceber com certa regularidade, a existência de tratamento diferenciado entre os colaboradores efetivos da empresa e os prestadores de serviço das empresas terceirizadas, que se encontram dentro da unidade produtiva da empresa tomadora.

Estes acontecimentos, no Brasil, são justificados em função do início do processo de terceirização, quando o objetivo primeiro se configurava na redução de custos a qualquer preço. Era comum se fazer uso de trabalhadores com pouca qualificação como uma forma de se adequar ao valor acertado pelo prestador e tomadora, sendo que o pessoal da empresa prestadora se satisfazia em receber uma remuneração inferior e praticamente sem benefícios. Esta distorção, possivelmente, foi a geradora de uma visão equivocada sobre o profissional terceirizado, causando impactos no relacionamento dentro das empresas, entre o colaborador do tomador e o do terceirizado (BARROS 2002 *apud* GIRARDI, 2006).

O colaborador do prestador de serviço tem necessidades iguais aos que trabalham para a tomadora. Assim, não se justifica que se tenham dois pesos e duas medidas para o tratamento dado. Muitas vezes, o pessoal do terceirizado anseia em se tornar um contratado do tomador, pois se sente uma pessoa desqualificada. Dentro do seu pensamento, esta seria a maneira de conquistar um tratamento igualitário.

Assim, faz-se premente humanizar o trabalho terceirizado. Todos precisam se sentir parte integrante e fundamental do processo produtivo (GIRARDI, 2006).

2.3.1 Terceirização no serviço público e a sua legalidade

A terceirização, na esfera do poder público, possui o mesmo intento, a princípio, que nas organizações privadas, ou seja, a intenção de canalizar seus esforços para o

desenvolvimento de atividades fundamentais, passando à execução das atividades de suporte para empresas especializadas.

A empresa terceirizada pode fornecer bens ou serviços a custos mais baixos com mais agilidade e flexibilidade, mediante contrato no qual é especificada a mão-de-obra a ser fornecida. No setor público, a terceirização visa a redução ou à supressão da participação do Estado nas atividades consideradas não essenciais, com redução dos gastos públicos, aumento da qualidade e maior eficiência na Administração Pública (ALVES, 2006 *apud* Russo 2007).

Ramos (2001, p. 123), analisando o assunto, assim se posicionou:

[...] há quem identifique a atividade-fim do setor público como a prestação de serviços públicos. Dessa forma, as atividades diretamente direcionadas aos administrados são atividades-fim da Administração Pública, em justaposição às atividades-meio, relativas à organização interna da Administração, que são instrumentais à realização das primeiras.

Logo, as atividades-fim são aquelas que visam desenvolver prestações diretamente aos administrados (DUARTE, 2005), enquanto que as atividades-meio são as direcionadas ao atendimento de serviços administrativos do próprio ente público.

Alguns destes aspectos são salientados por Russo (2007, p.46),

As principais vantagens do nível econômico e administrativo que podem ser citadas em seu projeto de terceirização são: minimizar os desperdícios, as perdas, os controles, os custos administrativos e de pessoal, o nível hierárquico, o passivo e as reclamações trabalhistas, a burocracia, pois os equipamentos e mão-de-obra são do prestador de serviços que é especializado.

A administração pública, antes do Decreto-Lei nº 200/67, fazia uso da CLT como forma de contratação de mão-de-obra. Este Decreto abriu a possibilidade de terceirização, que, segundo

Ferraz (2007), “com seus postulados de planejamento, coordenação, supervisão, delegação de competência (descentralização e desconcentração) e controle, implementou a reforma administrativa”

Para melhor esclarecer, Ferraz (2007) mostra que este mesmo decreto veio com intuito de estabelecer que, no âmbito da esfera governamental, as atividades deveriam ser descentralizadas, ocorrendo, sempre que possível, a transferência de tarefas executivas para empresas privadas, com o objetivo de concentrar as atividades na área de planejamento, coordenação, supervisão, mas tão somente na esfera federal, como se transcreve:

No âmbito da administração pública, a terceirização necessita encontrar respaldo que a regule e a torne lícita, sob o ponto de vista constitucional, para que possa ser colocada em prática. O Decreto-Lei nº 200, de 1967, autoriza-a, conforme o entendimento do conteúdo constante no art. 10, parágrafo primeiro, alínea “c”, onde consta que a execução das atividades da Administração Federal deverá ser amplamente descentralizada, sendo esta descentralização colocada em prática por meio de contratos ou concessões entre a Administração Federal e a iniciativa privada. E, por meio do entendimento do parágrafo sétimo, no qual consta que existindo, na iniciativa privada, empresa suficientemente capacitada e desenvolvida para desempenhar tarefas executivas que exijam demasiado crescimento da máquina administrativa, a Administração procurará mediante contrato delegar tal execução (MENDES, 2010).

A lei 8.666/93 (BRASIL, 1993) que regulamenta a forma de contratação de serviços e licitações na administração pública através do artigo 37 do inciso XXI e no que tange a contratação de serviços institui normas:

Art. 37, da Constituição Federal: A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade e eficiência e, também, ao seguinte:

XXI – ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compra e alienações serão contratados, mediante

processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações 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).

O decreto nº 2.271 de 7 de julho de 1997, dispõe sobre a contratação de serviços na Administração Pública Federal direta, incluindo as autarquias e as fundações, determinando de que forma estas podem contratar terceiros no art 1:

§ 1º As atividades de conservação, limpeza, segurança, vigilância, transportes, informática, copeiragem, recepção, reprografia, telecomunicações e manutenção de prédios, equipamentos e instalações serão, de preferência, objeto de execução indireta.

§ 2º Não poderão ser objeto de execução indireta as atividades inerentes às categorias fundacionais abrangidas pelo plano de cargos do órgão ou entidade, salvo expressa disposição legal em contrário ou quando se tratar de cargo extinto, total ou parcialmente, no âmbito do quadro geral de pessoal (BRASIL, 1997).

No artigo 6º, deste mesmo decreto, tem-se que:

A administração indicará um gestor do contrato, que será responsável pelo acompanhamento e fiscalização da sua execução, procedendo ao registro das ocorrências e adotando as providências necessárias ao seu fiel cumprimento, tendo por parâmetro os resultados previstos no contrato (BRASIL, 1997).

A rigor, o que haverá é a prestação de serviços sem que haja qualquer vínculo destes profissionais com a entidade, que seria própria da Administração onde o desempenho de tais atividades exige concurso público, exceto nos casos de contratação temporária visando sanar necessidades excepcionais da entidade (DI PIETRO, 2009)

Segundo Salvino e Ferreira (2009), a terceirização no âmbito do serviço público só encontra adequação jurídica quando o objeto da contratação é de natureza meramente material, ou seja, para a execução de atividade-meio.

Quando o objeto da contratação diz respeito à execução de atividade-fim, esta se torna estranha às exigências da entidade, tratando-se apenas de intermediação de mão-de-obra que nada tem a ver com necessidade de serviços especializados, e sim com mera redução de custos (SALVINO; FERREIRA, 2009).

O processo de terceirização tem sido entendido de forma equivocada no Brasil de um modo geral, seja na iniciativa privada ou no âmbito da Administração Pública. Esta visão se configura como ilustra Barros (2002, *apud* GIRARDI 2006) na frequência de contratar pessoas de menor qualificação para se adequar ao preço contratado, sendo que estes contratados se satisfaziam a esta remuneração inferior. Tal visão é fruto, sobretudo, da falta de planejamento no que se refere às reais possibilidades dos objetivos serem alcançados, às reais possibilidades de se obter vantagens, como aumento da qualidade aliada a redução de custos e do desperdício, e o mais importante, é fruto da falta de estudos prévios acerca dos impactos que causará, de uma maneira geral, considerando especialmente a cultura e o clima organizacionais (GONÇALVES, 2006).

Problemas advindos de remuneração baixa são umas das frequentes trocas de pessoal, ou rotatividade que, para Lemos (2010), onde esta troca frequente de funcionários é improdutiva tanto pelos custos trabalhistas quanto pelo tempo e recursos investidos na integração e aprendizado do contratado, porém por outro lado é ruim não poder trocar nenhum funcionário quando necessário.

O Decreto nº 2.271, de 7 de julho de 1997, em que definiu quais as atividades seriam preferencialmente executadas de forma indireta, e dispôs, ainda, o seguinte em seu art. 1º, § 2º:

Não poderão ser objeto de execução indireta as atividades inerentes às categorias funcionais abrangidas pelo plano de cargos do órgão ou entidade, salvo se expressa disposição em contrário ou quando se tratar de cargo extinto, total ou parcialmente, no âmbito do quadro geral de pessoal.

Na constituição federal de 1988, considerou-se que, a execução de serviços de saúde é uma atividade meio, pois esta prevê legalmente a terceirização de parte dos serviços de saúde, no que se denomina de Sistema Único de Saúde, SUS, conforme os Art. 197 e 199, CF/88:

Art. 197 – São 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).

Segundo Silva (2011), em 1993, o TST editou nova súmula, a 331, que, até hoje, orienta sobre a Terceirização, indicando as seguintes normas:

- I. – A contratação de trabalhadores por empresa interposta é ilegal, formando-se o vínculo diretamente com o tomador dos serviços, salvo no de trabalho temporário. (Lei n.6019, de 03.01.1974).
- II. – A contratação irregular do trabalhador, mediante empresa interposta, não gera vínculo de emprego com os órgãos da administração, público direta, indireta ou fundacional. (art.37, II, da CF/1988).
- III. -Não forma vínculo de emprego com o tomador a contratação de serviços de vigilância (Lei nº 7.102, de 20-06-1983), de conservação e limpeza, bem como a de serviços especializados ligados à atividade-meio do tomador, desde que inexistente a pessoalidade e a subordinação direta.
- IV. -inadimplemento das obrigações trabalhistas, por parte do empregador, implica a responsabilidade subsidiária do tomador dos serviços, quanto àquelas obrigações,

inclusive quanto aos órgãos da administração direta, das autarquias, das fundações públicas, das empresas públicas e das sociedades de economia mista, desde que hajam participado da relação processual e constem também do título executivo ou judicial (art. 71 da Lei nº 8.666, de 21.06.1993). (Alterado pela Res. 96/2000, DJ18.09.2000.

Hoje, as bases legais e normativas da terceirização no âmbito da Administração Pública Federal atualmente são: Lei 8.666/93, Decreto Federal 2.271/97, IN nº 2/2008 – SLTI e suas alterações, além da Súmula 331 – TST e, apesar de não se constituir em norma, devem ser considerados também os entendimentos constantes das deliberações do TCU.

Juridicamente, a terceirização no setor público é um recurso legal e contratual de transferência da responsabilidade de alguns serviços a empresas privadas, nacionais ou multinacionais, cooperativas de trabalho, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), Organizações Sociais (OSs) e Organizações Não-Governamentais (ONGs) sendo, necessariamente precedida por licitação disciplinada pela Lei 8.666/93 e pelas leis que posteriormente a alteraram (DIEESE, 2007).

2.3.2 Terceirização no setor da saúde

As organizações de saúde recorrem à terceirização por razões similares a outras noutros setores de atividade, embora com consequências diferentes. Os motivos mais mencionados na literatura são por: redução de custos, mitigação do risco, operação de mudanças rápidas sem comprometer recursos internos (GUIMARÃES; CARVALHO, 2011).

De acordo com Cherchiglia (1999), a terceirização dos serviços de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), possui previsão na própria Constituição, que, em seus artigos 197 e 199, permitem que a execução dos serviços de saúde possa ser feita tanto pelo Poder Público quanto pela contratação de terceiros, podendo estes últimos ser instituições privadas, as quais podem participar de maneira complementar do SUS, por meio de contratos.

Dessa forma, entende-se que os serviços de saúde podem ser delegados a terceiros desde que o seja de maneira complementar, ou seja, delegando apenas a execução material de determinadas atividades e não a sua gestão operacional.

Os contratos por tempo determinado tem sido uma prática recorrente no serviço público de saúde como uma forma de escapar da rigidez imposta pelo Regime Jurídico Único, como os contratos realizados pelas fundações dentro das universidades. No entanto, esses contratos que deveriam durar apenas de três a seis meses, podendo ser prorrogado por igual período, têm permanecido por anos em determinadas situações (CHERCHGLIA, 1999).

O maior malefício observado pela adoção deste tipo de prática é o que acomete justamente os usuários desses serviços, pois a mão-de-obra fornecida por estas empresas possuem, compreensivelmente, motivação e comprometimento com o trabalho proporcional aos seus baixos salários e à carência de benefícios.

Assim, a terceirização, para Girardi *et al* (1999), no âmbito da saúde, apresenta uma série de disfunções como a crescimento de contatos e da burocracia para a sua administração, o aumento da concorrência e dos conflitos entre grupos de trabalhos terceirizados com os da empresa, a diminuição da disposição à cooperação entre profissionais e especialidades e entre trabalho para com seus gestores, a diminuição ou a perda de interesse dos funcionários dos serviços de saúde, o descompromisso com a continuidade dos cuidados nos serviços em todas as áreas da instituição, e a desumanização no atendimento aos usuários.

Em larga medida, percebe-se a escassez de critérios e da forma desordenada que vem sendo conduzida a terceirização dos serviços de saúde, na qual estas situações produzem crescente insatisfação dos usuários com relação à qualidade nos serviços de saúde e aos demais serviços a ela relacionados (GIRARDI *et al*, 1999).

Para Guimarães e Carvalho (2011), os riscos da terceirização no setor da saúde são: perda de controle e de flexibilidade, dependência excessiva do fornecedor, problemas de comunicação, perda de reputação, exposição à violação de conformidade, custos “escondidos”, problemas de rotação e

qualidade, descontinuidade e inconsistência do serviço, diferenças culturais.

Em contrapartida, segundo Guimarães e Carvalho (2012), os benefícios são: foco nas competências centrais e distintivas, o acesso a especialistas, redução de custos, adaptabilidade a necessidades internas, capacidade de inovação, menor volatilidade no investimento tecnológico, resposta ao aumento de volume e de capacidade e melhor serviço ao paciente.

Mas, será possível terceirizar e manter a qualidade na prestação de serviços? Para melhor compreensão desta questão, é interessante entender as características dos serviços.

2.3.3 Definição de serviços

Serviços, segundo Silva e Kovalevski (2011), são, essencialmente, intangíveis, embora possam estar associados a elementos tangíveis. Como exemplos, tem-se a decoração de um quarto de hotel, buscando-se o conforto de uma cama, a higiene de um restaurante e aparência dos atendentes de uma loja.

Segundo os mesmos autores, há quatro características básicas de serviços, sendo elas (COBRA, 1992, p.373 *apud* SILVA; KOVALEVSKI, 2011):

- a) Intangibilidade: Os serviços são intangíveis. Ao contrário dos produtos, os serviços não podem ser provados, apalpados, ouvidos ou cheirados antes de serem comprados. O principal desafio do homem de marketing é tornar os serviços tangíveis, através da localização física;
- b) Inseparabilidade: os serviços são feitos e consumidos ao mesmo tempo, não podendo ser estocados para venda ou consumo posterior;
- c) Variabilidade: os serviços são altamente variáveis, pois dependem de quem os realizam e quando e onde são realizados. Ou seja, nunca serão um igual ao outro, pois as pessoas são diferentes, as necessidades são variadas, os momentos são diferentes;
- d) Perecibilidade: os serviços que não podem ser estocados são perecíveis. Esta característica torna-se um problema quando há período de baixa demanda.

Para Giansesi e Correa (1994, p.94 *apud* SILVA; KOVALEVSK; GAIA, 2011), a presença do cliente implica em um maior grau de participação do cliente no processo. O cliente é quem inicia o processo de prestação do serviço, pois o serviço só é produzido após a solicitação do cliente. Os autores ainda afirmam que a presença do cliente no processo de produção do serviço introduz um elemento não controlado pelo prestador do serviço e, ainda, acrescenta a necessidade de o cliente ficar satisfeito com a forma como o serviço é prestado.

No caso dos serviços de saúde, o componente intangível é mais importante que o tangível, no processo de produção e entrega do serviço. Tal intangibilidade é devido ao fato de referir-se a processos e não a objetos, dificultando a padronização (LOURENÇO; KNOPP, 2010).

Da mesma maneira, e este segundo Amorim (2009), está determinado na Lei, como alude:

A própria Lei 8.666/93 define “serviços” como a atividade destinada a obter determina utilidade de interesse para a Administração (art. 6º, II). Assim, o serviço objeto de terceirização é uma tarefa prestada pelo particular imediatamente à Administração para satisfação dos interesses desta em apoio ao exercício de suas atribuições. Apenas de forma mediata o serviço é prestado à comunidade, através do ente público contratante, beneficiário direto da prestação.

Ou seja, a prestação de serviços deve ser feita sem que se abra mão da qualidade.

2.4 QUALIDADE

A preocupação com a qualidade é inerente ao ser humano e evolui com ele, gerando com o correr dos tempos, variadas formas de esforços contra a imperfeição, segundo as circunstâncias do momento (RAUTER, 1992 *apud* CUNHA; ADAMI; D'INNOCENZO, 2006).

No entanto, falar de qualidade, muitas vezes, parece evasivo, e ambíguo no sentido que não é possível apresentar a definição de forma clara e objetiva, devido ao fato que deve-se ter parâmetros para avaliar a qualidade, seja em produtos ou serviços.

De outro modo, vale lembrar que existem várias conceituações para o termo qualidade. Este fato é que torna

difícil manter uma posição definitiva para a ideia do que realmente seja a qualidade.

O ápice da qualidade deu-se na década de 70, com o ressurgimento da indústria japonesa, que começou a utilizar a qualidade como vantagem competitiva (MARTINS; LAUGENI, 2006).

Após este período, houve a abertura do mercado brasileiro, em 1990. Com a globalização dos mercados, as empresas se viram diante de um novo desafio, apresentando um diferencial aos seus clientes de maneira a manter-se no mercado e esta diferenciação não era mais pautada apenas em preço, mas também na qualidade dos produtos ofertados.

O que se sabe, é que a qualidade chegou para ficar, seja no trabalho, em casa, na produção de bens ou na prestação de serviços. Ou seja, em qualquer atividade humana, a qualidade tornou-se imprescindível.

Talvez, a definição mais básica sobre a condição do que seja qualidade e dada por Deming, um pioneiro do movimento de qualidade na indústria, que definiu, em palavras simples, que qualidade é “fazer o que é correto e da forma correta” (DEMING, 1990, p.38). Ou seja, oferecer um serviço que seja seguro, seria o correto e de modo que satisfaçam as necessidades dos clientes seria a forma correta.

Para Stevenson (2001), o sentido pleno de qualidade tange na capacidade que determinado produto ou serviço, tem de atender, ou mesmo superar as expectativas do cliente, de maneira consistente.

Para Ishikawa (1986), qualidade é o desenvolvimento primordial de uma empresa, projeto, produto, serviços, que seja o mais econômico e o mais útil possível, causando satisfação ao usuário.

Slack *et al.*,(1999, p. 59 *apud* MOREIRA, 2011) afirmam que qualidade é fazer certo as coisas. Toma-se como exemplo em um hospital, onde a qualidade deve significar a segurança de um paciente ou usuário ter o tratamento mais apropriado, recebendo a medicação correta para o problema apresentado, ser bem informado sobre seu estado de saúde, participar da escolha em caso de tratamentos alternativos, mas a qualidade, também deve incluir aspectos relacionados a limpeza, higiene hospitalar, funcionários bem informados e educados com seus pacientes.

Existem diversas definições para qualidade. Segundo Mezomo (1995, p. 73 *apud* MOREIRA, 2011), contudo, trata-se de um conjunto de propriedades de um serviços ou produto que o tornam adequados à missão da empresa concebida como resposta à necessidade legítima e expectativa de seus clientes.

Segundo Girardi *et al* (1999), a introdução dos tempos modernos dos conceitos de qualidade se deu com o americano W. Eduards Deming, convidado a ensinar os padrões americanos de administração aos industriais japoneses, em país totalmente destruído pela guerra. Graças aos seus ensinamentos, a qualidade passou a ser uma preocupação prioritária na base das organizações japonesas.

O americano, Juran levou as primeiras técnicas a ser aplicadas nas organizações, deixando de se preocupar com a produção, mas transformou-se em prioridade todos os níveis e áreas de administração das organizações japonesas (GIRARDI, 2006).

Assim Juran e Deming tornaram-se conhecidos em território norte americano muito tempo depois. Deming (1999) levando o controle estatístico da qualidade e o impulso da melhoria continua e, Juran (1985) à chamada administração da qualidade total. A abordagem administrativa mais recente era a administração da qualidade. Isso significa a adequação das características do produto ou o serviço e as expectativas entre o cliente e o consumidor. Mais do que isso, algumas organizações não se contentam em atender apenas as expectativas dos clientes, preferindo ultrapassar este e encantá-los.

2.4.1 Qualidade na Prestação de Serviços

Para Berwick (1995), é possível adaptar os conceitos de qualidade utilizados na indústria, para o setor saúde, até com certa facilidade, dando exemplos concretos da utilização das tradicionais ferramentas da qualidade.

De acordo com Gianesi e Corrêa (1996),

A qualidade em serviços pode ser definida como o grau em que as experiências do cliente são atendidas por sua percepção do serviço prestado. Basear a definição de qualidade nas expectativas do consumidor pode ser um problema, já que cada

consumidor pode ter uma expectativa. Porém, a qualidade precisa ser entendida do ponto de vista do consumidor, pois, é este que vai avaliar o serviço através da sua percepção (GIANESI; CORRÊA, 1996, p.81).

Devido à sua característica de intangibilidade, a qualidade do serviço e sua avaliação são feitas pelo cliente e dão-se através da conferência equiparada entre o que o cliente aguardava e o que percebeu do serviço oferecido, ou seja, pela percepção do cliente (DONABEDIAM, 1993 *apud* MOREIRA, 2011).

Em serviços de saúde, a percepção é realizada tendo por base algumas variáveis gerenciais, medindo as condições estruturais dos serviços, desde os parâmetros físicos, de habilitação de pessoal, e/ou do desempenho do equipamento. Outras maneiras de realizar a avaliação são através de indicadores do processo, função de sensibilidade das tarefas ou especificação da assistência médica e da indicação e aplicação apropriada da terapêutica. (NOVAES; PAGANINI, 1992).

Qualidade em serviços é a propriedade de obter maiores benefícios com os menores riscos para os usuários, realizando-se o possível, considerando os recursos disponíveis e os valores sociais existentes (DONABEDIAM, 1993 *apud* MOREIRA, 2011).

2.4.2 Qualidade na prestação de serviços em organizações de saúde

Para Silva, Oliveira e Montenegro (2010), o cenário das organizações de saúde vem evidenciando desafios que tomaram vulto e precisam ser enfrentados. Aliados a complexidade das relações profissionais existentes, tornam-se mais complexas a gestão deste tipo de organização por parte de seus gestores e que devem então adotar modelos de gestão comprovadamente positivos que auxiliem na busca contínua pela excelência e qualidade, resultando uma assistência à saúde segura de seus pacientes.

Assim sendo, a preocupação com qualidade, nos programas e serviços de saúde, crescem consideravelmente nos últimos anos (SILVA; OLIVEIRA; MONTENEGRO, 2010).

Afirmam que a qualidade de serviços é atribuída à discrepância que existe entre as expectativas e as percepções

do cliente sobre um serviço experimentado (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 1990 *apud* ELEUTÉRIO; SOUZA, 2002).

Eleutério e Souza (2002), ainda afirmam que não basta conhecer a importância de um serviço de excelente qualidade; é de suma importância que haja um processo contínuo de monitoramento das percepções dos usuários ou clientes sobre a qualidade dos serviços, identificação das desconformidades encontradas e a inserção de mecanismos adequados para a melhoria.

Segundo D'Inocenzo, Adami; Cunha (2006), desde quando se deu o início do atendimento médico-hospitalar, pôde-se identificar uma preocupação com a qualidade, uma vez que parece improvável o fato de alguém atuar sobre a vida de seu semelhante sem manifestar a intenção de fazê-lo com que o faça com a melhor qualidade possível.

A Organização Mundial da Saúde de 1993 definiu qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde (NOVAES, 1997).

O quadro 1, aponta benefícios e riscos considerados por Guimarães e Carvalho (2012), na terceirização do setor de saúde.

Quadro 1 – Riscos e Benefícios da Terceirização no setor da saúde

Riscos	Benefícios
. Perda de controlo e flexibilidade	. Foco nas competências centrais e distintivas
. Dependência do fornecedor	. Acesso a especialistas
. Problemas de comunicação	. Redução de custos
. Perda de reputação	. Adaptabilidade a necessidades internas
. Exposição a violação de conformidade	. Capacidade de inovação
. Custos "escondidos"	. Menor volatilidade no investimento tecnológico
. Problemas de rotação e qualidade	. Resposta a aumento de volume e capacidade
. Descontinuidade/inconsistência do serviço	. Melhor serviço ao utente
. Diferenças culturais	. Benefícios públicos (acessibilidade)

Fonte: GUIMARÃES E CARVALHO (2012).

O quadro 1 representado, identifica os pontos considerados relevantes dentro da terceirização para ambientes de saúde, onde gestores devem analisar com muita cautela, em quais unidades dentro da sua organização devem ser aplicadas a terceirização dos serviços, pois dependendo do grau de especificidade deste unidade, a relação que possui para seu cliente-paciente, pode causar danos irreparáveis. E neste caso, esta decisão poderá afetar diretamente a saúde do cliente, e causar danos irreparáveis não apenas ao mesmo, mas à unidade de serviços, ou mesmo, à toda organização.

Donabedian (1993 *apud* Moreira 2011) amplia o conceito de qualidade em serviços de saúde e se baseia em sete pilares, assim por ele denominados, que são os seguintes:

- a) Eficácia: Significa o que melhor se pode fazer de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na condição de saúde e no bem estar;
- b) Efetividade: Significa o que melhor se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias;
- c) Eficiência: Trata-se na melhoria alcançada de saúde, ou alcançável nas praticas usuais da prática cotidiana. É a medida com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada, preferencialmente com o menor custo;
- d) Otimização: torna-se relevante a medida que os efeitos do cuidado não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. O processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais adições perdem a razão de ser;
- e) Aceitabilidade: significa o cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e das suas famílias;
- f) Legitimidade: significa a aceitação dos cuidados da forma que são vistos pela comunidade ou sociedade em geral;
- g) Equidade: princípio pela qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e seus benefícios entre os membros de uma população.

Parafraseando Garvin (2002), para à obtenção da qualidade interna à organização, faz-se necessário cumprir

algumas etapas, quais sejam: determinar, com a maior precisão possível, quais são as necessidades, desejos e expectativas dos clientes; converter essas características em especificações, adequação dos processos de produção para cumprir com precisão essas especificações e finalmente estabelecer normas ou parâmetros de qualidade que permitam controlar a produção no sentido de que a mesma se ajuste a essas especificações e evitem que se comercializem produtos que não cumpram com essas normas.

Assim como a qualidade externa da organização pode ser definida como a forma pela qual se realiza a prestação do serviço, significa identificar as características que possui o produto/serviços quando da entrega ao cliente.

Ainda, de acordo com pensamento de Garvin (2002), essas características podem ser mais bem visualizadas quando se levam em consideração as dez dimensões da qualidade de serviços. São elas os mesmos determinantes da Qualidade de Parasuraman (1985), sendo estes para o autor os determinantes da qualidade na prestação de serviços. Contudo, em paralelo e similarmente Lovelock (1992 apud Siqueira 2006), nos aponta dezoito determinantes de qualidade em serviços que contrapomos com Parasuraman (1985), no quadro 2 representado.

Diante da visão dos dois autores, apresenta-se no quadro 2, a síntese dos fatores que determinam a qualidade em ambientes de saúde, elencando-as e dando a elas significado.

Quadro 2:Fatores Determinantes em Qualidade de Serviços

QUALIDADE EM SERVIÇOS		
VISÃO DOS AUTORES		
FATORES DETERMINANTES	PARASURAMAN, 1985	LOVELOCK, 1992.
Aparência e conforto das instalações, apresentação pessoal e equipe.	ASPECTOS FÍSICOS	ESTÉTICA, LIMPEZA, CONFORTO.
Consistência do desempenho das instalações, dos produtos e do pessoal da organização do serviço.	CONFIABILIDADE	CONFIABILIDADE
Disposição para ajudar o cliente e oferecer um serviço rápido e a tempo	AGILIDADE	RESPONSIVIDADE
Os conhecimentos e habilidades que permitem realizar o serviço com eficácia	PROFISSIONALISMO	COMPETENCIA
Respeito, consideração e sentido de simpatia e amizade que se demonstra aos clientes, oferecendo ajuda aos clientes, mostrando-se interessado e disposição ao servir.	CORTESIA	CORDIALIDADE, CORTESIA, ATENÇÃO, ASSISTÊNCIA
Honestidade que a empresa projeta no seu pessoal e nos serviços que prestam, imparcialidade no tratamento com os clientes.	CREDIBILIDADE	INTEGRIDADE
A preocupação com o cliente, ausência de danos, riscos, incertezas.	SEGURANÇA	SEGURANÇA, CUIDADO

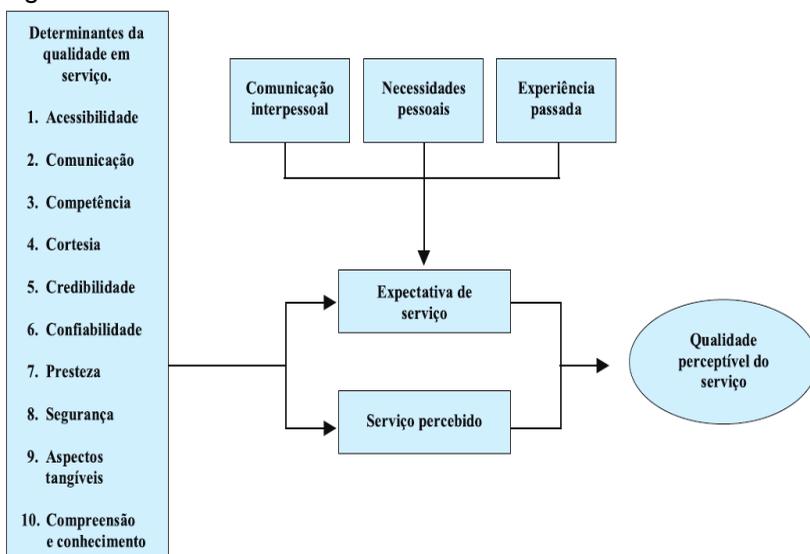
Facilidade de contato com a empresa e seus diretores, com o local onde é prestado os serviços, a clareza de como chegar até ele.	ACESSIBILIDADE	ACESSO
Capacidade para manter os clientes informados em uma linguagem que podem entender e tenham disposição para lhes escutar, com clareza, totalidade e a precisão de informação.	COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO
Esforços que se realizam para conhecer, com a maior amplitude possível, as necessidades, desejos e expectativas dos usuários.	COMPREENSÃO	–
Tempo em passar com cada cliente de forma individual.	–	DISPONIBILIDADE
Compromisso com o trabalho, inclui seu orgulho e satisfação, perfeccionismo	–	COMPROMETIMENTO
Disposição por parte dos funcionários em complementar algum serviço, segundo as necessidades do cliente;	–	FLEXIBILIDADE
A natureza do serviço e a sua adaptação ao propósito da qualidade do produto	–	FUNCIONALIDADE

Fonte: Adaptado (Parasuraman, 1985; Lovelock, 1992).

Diante do quadro exposto, é perceptível que a intangibilidade é característica destes fatores determinantes, características estas em prestação de serviços, onde todas possuem relação direta com o cliente-paciente, onde a agilidade, assistência e segurança, são fatores primordiais no trato com a saúde dos mesmos.

Para aplicação da presente pesquisa e devido a similaridade de pensamento de Parasuraman e Lovelock, utilizamos o conceito e as definições dos determinantes de qualidade em serviços, sob a síntese de Parasuraman (1985).

Figura 1- Determinantes de Qualidade.



Fonte: Parasuraman (1985).

A figura 1 representada, permite a compreensão de como se dá a percepção na qualidade dos serviços prestados, frente aos dez determinantes de qualidade elencados pelo autor que são associados com a união das necessidades do indivíduo, suas experiências advindas de outros serviços, com a forma de que é atendido no primeiro contato para obter este serviço (através da comunicação). Unidos estes aspectos, geram uma expectativa ao cliente, que quando há a concretização dos mesmos, obtém-se a percepção da qualidade oferecida, o que

vai proporcionar a satisfação ou insatisfação do tomador de serviços.

Entende-se que, a qualidade é fruto de um esforço planejado, direcionado e organizado. Para ser atingida, é necessário identificar e compreender os processos envolvidos na cadeia produtiva. Para entender esse processo, é preciso encontrar meios que facilitem o seu estudo, planejamento e implementação. Desde que esteja implementado, um processo pode e deve ser melhorado, onde para isso, são necessárias ferramentas para sua compreensão e controle (SILVA, *et al*, 2010).

Esse é um dos principais papéis das ferramentas da qualidade, fornecer dados e informações fundamentais para gerar o conhecimento necessário, para compreender e controlar um processo produtivo (SILVA, *et al*, 2010).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo apresenta os aspectos metodológicos que foram propostos para a elaboração da pesquisa, onde se buscou os elementos que deram suporte técnico-científico para o desenvolvimento teórico e prático através da coleta, tratamento e análise dos dados.

Identifica-se neste capítulo a metodologia utilizada na pesquisa proposta, o tipo de pesquisa, o seu delineamento, os procedimentos adotados na composição e determinação da população e amostra, os instrumentos utilizados na coleta e análise dos dados, bem como as suas limitações.

Para Demo (1995, p.111), ao mesmo tempo em que metodologia.

[...] visa conhecer caminhos do processo científico, também problematiza criticamente, no sentido de indagar os limites da ciência, seja com referência à capacidade de conhecer, seja com referência à capacidade de intervir na realidade.

3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente trabalho de pesquisa caracteriza-se por ser de natureza quantitativa e qualitativa.

Para Minayo (1998), pesquisas quantitativas e qualitativas, são de naturezas diferentes em seus aspectos metodológicos, porém não são consideradas contraditórias, e sim complementares.

Utilizou-se a pesquisa quantitativa, para avaliação do grau de satisfação quanto aos temas abordados através de questionários, enviados a uma parcela pré determinada de servidores e terceirizados por e-mail, via *google docs*.

Segundo Diehl (2004, p.5 *apud* MARCONI; LAKATOS, 2007), afirma que, a pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo uso da quantificação, tanto na coleta, quanto no tratamento das informações, por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples, como percentual, média, quanto as mais complexas, como coeficientes de correlação, análise de regressão, etc., com o objetivo de garantir resultados e evitar distorções de análise e

de interpretação, possibilitando uma margem de segurança maior quantos às inferências.

Por outro lado, utilizou-se de pesquisa qualitativa para descrever a percepção dos dez gestores quanto às questões abordadas em questionários semi – estruturados, apresentados neste estudo.

Conforme Godoy (1995, p.58), na pesquisa qualitativa:

[...] considera o ambiente como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave; possui caráter descritivo; o processo é o foco principal de abordagem e não o resultado ou o produto; a análise dos dados foi realizada de forma intuitiva e indutivamente pelo pesquisador; não requereu o uso de técnicas e métodos estatísticos; e, por fim, teve como preocupação maior a interpretação de fenômenos e a atribuição de resultados.

A pesquisa qualitativa é considerada essencialmente de campo, porquanto nas ciências sociais a maioria dos estudos está relacionada a fenômenos de grupos ou sociedades, razão pela qual o investigador deve atuar onde se desenvolve o objeto de estudo. Araújo e Oliveira (1997, p.11) entendem a pesquisa qualitativa como um estudo que:

[...] se desenvolve numa situação natural, é rico em dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatiza mais o processo do que o produto, se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada.

A metodologia qualitativa preocupa-se, portanto, em analisar e interpretar os aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano”, (MARCONI ; LAKATOS, 2010, p.269).

3.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Quanto ao delineamento, foi utilizada primeiramente a pesquisa bibliográfica, com o intuito de estudar o conceito e a legislação através da coleta de dados em livros, revistas, artigos, dissertações e teses.

Quanto ao assunto, Cervo e Bervian (2007, p.48), afirmam que:

a pesquisa bibliográfica é meio de formação por excelência. Como trabalho científico original, constitui a pesquisa propriamente dita na área das Ciências Humanas. Como resumo de assunto, constitui geralmente o primeiro passo de qualquer pesquisa científica.

Na sequência, utilizou-se de pesquisa documental, por meio da qual foram analisadas leis, normas, estatutos, resoluções, enfim toda a gama de legislação que legaliza a terceirização de serviços e ambientes de área da saúde.

A análise documental com a verificação dos relatórios da Divisão de Apoio Pessoal do HU, contratos de terceirizados, documentos internos da organização que possibilitaram conhecer, do ponto de vista institucional, as práticas adotadas para lidar com os desafios da gestão de terceirizados. Conforme definição de Lakatos e Marconi (2007, p.62), “[...] é a fase da pesquisa realizada com o intuito de recolher informações prévias sobre o campo de interesse”.

A principal característica da pesquisa documental está relacionada com a sua fonte, a qual se restringe a documentos escritos ou não escritos, sempre de fontes primárias.

Por último, realizou-se o estudo de caso que, na percepção de Yin (2001, p.21), trata de pesquisar:

[...] características holísticas e significativas dos eventos da vida real – tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de alguns setores.

Para o autor, o maior risco do Estudo de Caso único é que a explicação científica parece por fragilidade, devido a possíveis incidências de fenômenos encontrados apenas no universo pesquisado, comprometendo a confiabilidade dos achados.

Ao adotarmos o estudo de caso, para embasamento da pesquisa, contou-se com o método da entrevista, que é a técnica utilizada sempre que os dados não são encontrados em registros e fontes documentais, podendo ser facilmente obtidos por meio de contatos pessoais (CERVO; BERVIAN, 2007).

Para Flick (2004, p.107), a vantagem da técnica da entrevista é que “o uso consistente de um guia de entrevista aumenta a comparabilidade dos dados, e sua estruturação é intensificada como resultado das questões do guia”.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA

A população para o presente estudo foi composta pelos servidores técnicos- administrativos e funcionários terceirizados, que desenvolvem suas atividades dentro das Diretorias de Apoio Assistencial (DAA), Diretoria de Enfermagem (DE) e Direção de Medicina (DM) do Hospital Universitário voltados à área de assistência ao paciente. Ou seja, os médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, técnicos em radiologia, auxiliares em radiologia, fonoaudiólogos, farmacêuticos, técnicos em laboratório, auxiliares de laboratório, fisioterapeutas e copeiros.

Entende-se que, para efeito de estudo, foram considerados como terceirizados todos os funcionários que prestam serviços oferecendo mão-de obra interna diária ao Hospital Universitário, que não fazem parte do quadro permanente da UFSC, ou seja, os fundacionais e aqueles dos contratos via licitação.

Quanto à amostragem, o pesquisador deve levar em conta o tipo de pesquisa, a acessibilidade aos elementos da população, a disponibilidade ou não de ter os elementos da população, a representatividade desejada ou necessária, a oportunidade apresentada pela ocorrência de fatos ou eventos, a disponibilidade de tempo, recursos financeiros e humanos etc. (MATTAR, 2005).

Para este estudo, utilizou-se a amostragem não probabilística intencional, por acessibilidade e tipicidade.

A utilização da amostragem não probabilística se deve quando, a obtenção de uma amostra de dados que reflitam precisamente a população, não seja o propósito principal da pesquisa, além de referir-se às “limitações de tempo, recursos financeiros, materiais e pessoas necessários para a realização de uma pesquisa com amostragem probabilística” (MATTAR, 2005, p. 157).

Para Almeida (2011, p. 22) a amostragem intencional é “aquela que os elementos da população que fornecerão os dados da pesquisa são selecionados intencionalmente pelo pesquisador”.

Mattar (2005), esclarece que a amostragem por acessibilidade é destituída de qualquer rigor estatístico, onde o pesquisador seleciona os elementos para compor a amostra. São aplicados este tipo de amostragem em estudos exploratórios ou qualitativos onde não é requerido elevado nível de precisão. Já a amostragem por tipicidade, constitui-se em selecionar um subgrupo da população que com base nas informações disponíveis possa ser representativo de toda a população, entretanto requer considerável conhecimento da população e do subgrupo selecionado para não haver o comprometimento da representatividade da amostra (MATTAR, 2005).

Os servidores do quadro permanente ao total são em número de 1.318 (Um mil e trezentos e dezoito) servidores, 498 terceirizados (Quatrocentos e noventa e oito), sendo 133 (Cento e trinta e três) Fundacionais (FAPEU) e 365 (Trezentos e sessenta e cinco) terceirizados por contratos licitados.

Devido à delimitação da pesquisa, ela foi aplicada somente na área fim do HU, onde utilizaram-se 983 servidores permanentes e 115 terceirizados (DAA, DE, DM). Como terceirizados considerou-se os funcionários fundacionais (FAPEUS) que foram em número de 93 pessoas, e 22 funcionários dos contratos terceirizados.

Contudo, o número de respondentes foi de 93 questionários do universo de 1098 pesquisados, ou 8,49% de respostas de todos os e-mails enviados, o que sugere que o resultado estará limitado à visão destes e do entendimento dos responsáveis entrevistados, não podendo ser considerado como uma leitura plena da Instituição, ou seja, por ser um estudo de caso, e por este não se permite generalizações (GODOY, 2006).

Os sujeitos pesquisados em entrevistas foram divididos em 3 (três) grupos, sendo assim distribuídos segundo os critérios que atenderam às necessidades e expectativas desta pesquisa:

a) Grupo 1: Diretoria de Apoio Assistencial (Conforme Anexo A):

- Divisão de Apoio Assistencial;
- Divisão de Diagnóstico Complementar;

b) Grupo 2: Diretoria de Enfermagem (Conforme Anexo B)

- Divisão de Enfermagem em Ambulatório e Emergência;
- Divisão de Atenção a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente;
- Divisão de Enfermagem em Clínica Médica;
- Divisão de Enfermagem em Clínica Cirúrgica;

c) Grupo 3: Diretoria de Medicina (Conforme Anexo C)

- Divisão de Clínica Médica;
- Divisão de Clínica Cirúrgica;
- Divisão de Pediatria;
- Divisão de Tocoginecologia.

O quadro 3, apresenta o número de funcionários permanentes e terceirizados pesquisados nas áreas pré-definidas.

Quadro 3: Número de funcionários pesquisados nas Diretorias HU (DAA, DE, DM).

Diretorias	Quadro Permanente	Quadro Terceirizados
Apoio Assistencial	197	39
Enfermagem	546	48
Medicina	240	28
Total	983	115

Fonte: Dados primários (2013).

O quadro 4 demonstra a quantidade e identifica os gestores que fizeram parte do presente estudo.

Os gestores foram selecionados de acordo com o grau de hierarquia que estão dentro da estrutura organizacional, sendo estes dez entrevistados são os diretores das Divisões das áreas

de estudo, escolhidos devido a experiência profissional dentro do HU o que o fazem ter conhecimento de todos os profissionais que estão a eles subordinados, estando numa posição hierárquica intermediária sendo assim conhecedores de todos os problemas ou recursos sua área de responsabilidade.

Quadro 4: Identificação dos gestores HU pesquisados nas Diretorias (DAA, DE, DM).

DIRETORIAS	NÚMERO DE GESTORES	FUNÇÃO
APOIO ASSISTENCIAL (DAA)	2	Diretores <ul style="list-style-type: none"> • Divisão de Apoio Assistencial; • Divisão de Diagnóstico Complementar.
ENFERMAGEM (DE)	4	Diretores <ul style="list-style-type: none"> • Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente; • Enfermagem Médica; • Enfermagem Cirúrgica; • Enfermagem de Ambulatório e Emergência.
MEDICINA (DM)	4	Diretores <ul style="list-style-type: none"> • Divisão de Clínica Médica; • Divisão de Clínica Cirúrgica; • Divisão de Pediatria; • Divisão de Tocoginecologia.
TOTAL	10	

Fonte: Dados Primários (2013).

3.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Do instrumento de coleta de dados, fazem parte, a pesquisa documental, 1 (um) roteiro de entrevista semiestruturada (conforme apêndice B) durante a qual o gestor entrevistado teve a liberdade para discorrer sobre o tema e 1(um) roteiro de questionário (apêndice C) onde foi realizado um censo, sendo enviado por e-mail a todos os servidores e terceirizados da área fim do Hospital, ou seja DAA, DE e DM.

As coletas de dados ocorreram em duas etapas no mês de junho. Nas duas primeiras semanas de junho de 2013, para as dez entrevistas com os gestores e na segunda a quarta semana de junho para envio e recebimento dos questionários a todos os servidores e terceirizados nas áreas da DAA, DE e DM, na qual foi realizada pela autora deste trabalho, auxiliada por seu orientador e pela colaboração dos gestores, servidores e terceirizados do Hospital Universitário e demais técnicos, sem a qual seria impossível concluir a presente pesquisa no prazo previsto.

Para cada uma destas 26 afirmações, foi apresentada uma escala de respostas numeradas, em que cada número corresponde gradualmente a uma opção de resposta que melhor expressa a opinião do respondente. A utilização das escalas likert, segundo Godoy (1995), justifica-se quando o problema é ordenar uma série de itens ao longo de um *continuum*, ou seja, quando se faz necessário transformar uma série de fatores qualitativos ou atributos, numa série de dados quantitativos ou variáveis. Além do que, o desenvolvimento de um estudo mais científico na área da teoria social reclama medidas comparativas e quantitativas que podem ser supridas pela utilização criteriosa das técnicas de escalonamento.

As respostas foram escalonadas em números sequenciais de 1 a 5, de modo a identificar a percepção do respondente em relação a cada uma das afirmativas da seguinte forma:

O número 5 corresponde ao grau máximo, significando que o respondente concorda totalmente ou muitíssimo com a afirmativa;

O número 4 corresponde a um valor entre o grau máximo e médio, significando que o respondente concorda com a afirmativa;

O número 3 corresponde ao valor médio, significando que o respondente está indeciso quanto à afirmativa;

O número 2 corresponde a um valor entre o grau médio e mínimo, significando que o respondente discorda parcialmente da afirmativa ou concorda pouco;

O número 1 corresponde ao valor mínimo, significando que o respondente discorda integralmente da afirmativa.

O roteiro de entrevistas semi – estruturada (Apêndice B) foi aplicado aos gestores das Divisões das três áreas relacionadas diretamente com a área fim do Hospital Universitário, ou seja,

Diretoria de Apoio Assistencial (DAA) com dois gestores, Diretoria de Enfermagem (DE) com 4 gestores e Diretoria de Medicina (DM) com 4 gestores, totalizando 10(dez) entrevistas realizadas com a utilização de gravador.

O roteiro de entrevista semi – estruturada, foi composto por 27 questões distribuídas em 3 blocos de categorias a saber: Bloco 1 com 6 Questões sobre Qualidade nos serviços, Bloco 2 com 14 questões sobre Terceirização dos serviços, e o bloco 3 com 6 questões sobre servidores permanente e terceirizados, que foram realizados durante o prazo de 15 dias, enquanto eram aguardadas as respostas dos questionários.

Além deste, foram aplicados questionários (Apêndice C) aplicados a todos os técnicos administrativos permanentes e terceirizados das áreas de estudo (DAA, DE, DM) por e-mail, em número de 983 (Novecentos e oitenta e três) funcionários do quadro permanente de funcionários e 115 terceirizados, sendo composto por 28 questões distribuídas a conhecer a opinião sobre a qualidade e a terceirização dos serviços no Hospital Universitário.

3.5 TRATAMENTO DOS DADOS COLETADOS

Na fase de tratamento de dados coletados de questionários, foram utilizadas as técnicas de análise de conteúdo, análise de discurso e pesquisa documental.

A análise *de* conteúdo foi utilizada no tratamento de dados que visa identificar o que vem sendo dito acerca de determinado tema (VERGARA, 2007).

Para Bardin (1977, p.42 *apud* Ponte 2006), a análise de conteúdo compreende a um conjunto de análise da comunicação que visa obter através da descrição dos conteúdos das mensagens sejam eles quantitativos ou qualitativos que permitam a inferência dos conhecimentos relativos as condições de recepção ou produção destas mesmas mensagens.

Para a análise de dados dos questionários aplicados, foram aplicados procedimentos de natureza quantitativa, com uso de técnicas estatísticas.

A coleta de dados foi realizada no início do mês de junho, sendo realizada pela autora deste trabalho via e-mail, enviada através do *google docs* para todos os 1098 (um mil e noventa e

oito) respondentes do questionário e as 10 (dez) entrevistas que foram presenciais com uso do gravador.

Por fim, como técnicas de análise de dados, foi utilizada a análise de discurso que, segundo Vergara (2007) é um método que pretende não somente apreender como uma mensagem é transmitida, mas também explorar o seu sentido. A análise de discurso avalia quem enviou a mensagem, quem recebeu a mensagem e qual o contexto em que está inserida.

Conforme Ponte (2006), com clareza, a análise de discurso é a transcrição de entrevistas e discursos na íntegra, sem cortes, correções ou interpretações iniciais.

3.6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

As limitações da pesquisa foram observadas durante o processo, mas podem-se destacar algumas dificuldades advindas no processo de delimitação do universo pesquisado.

Percebeu-se bastante limitação quanto a sua população e amostra, tendo em vista que a mesma não foi aleatória, além de que o tamanho da amostra se apresentou em número bastante reduzido, considerando os resultados encontrados apenas para a população em questão.

Outra limitação da pesquisa identificadas foi, a abordagem quanto aos riscos constitutivos e operacionais da terceirização no setor da saúde, sendo estes observados através de riscos e benefícios aliados à qualidade aos serviços sob o enfoque da população pesquisada.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O presente capítulo é destinado à apresentação e descrição dos dados coletados neste estudo. Ele está estruturado em dois tópicos, quais sejam: histórico do HU-UFSC, apresentação dos resultados obtidos quanto à pesquisa aplicada relacionando à qualidade da prestação de serviços e à qualidade percebida pelos entrevistados aliado aos fatores determinantes da qualidade na prestação de serviços.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFSC

O Hospital Universitário de Santa Catarina, também conhecido como Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, é parte integrante do conjunto de 46 hospitais universitários vinculados a 32 universidades federais. Estes hospitais são considerados de elevada importância na formação de recursos humanos na área da saúde além de que prestam apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão das instituições federais de ensino superior às quais estão vinculados.¹

No que tange à assistência à saúde, os hospitais universitários federais são importantes centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS).¹

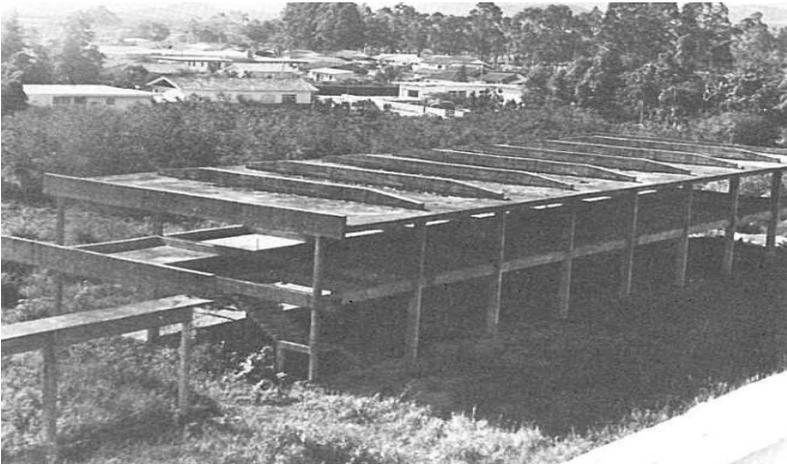
Segundo o Regimento Interno HU (2010), o Hospital Universitário é órgão suplementar da UFSC, previsto no artigo 12, inciso V do Estatuto da Universidade Federal de Santa Catarina, diretamente vinculado ao Reitor. Considerado um hospital geral, tem por finalidade promover assistência, ensino, pesquisa, e extensão na área de saúde e afins, em estreita relação e sob a orientação das Coordenadorias e dos Departamentos de Ensino que nele, efetivamente, atuam além de prestar assistência à comunidade em todos os níveis de complexidade e de forma igualitária. A idealização do Hospital Universitário de Santa Catarina (HU-UFSC) se deu junto com a fundação da Faculdade de Medicina de Santa Catarina, em 1960, tendo como seu principal visionário o Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

¹ Ver < <http://ebserh.mec.gov.br/hospitais-universitarios>>

Em novembro de 1963, após 2 anos de implantação da faculdade de medicina foi constituída uma comissão de implantação do Hospital de Clínicas, como anteriormente era denominado, com a finalidade de orientar os trabalhos de planejamento e construção, que tiveram três fases. Primeira fase iniciou em abril de 1966 quando de seu estaqueamento e paralisação em julho deste mesmo ano, uma segunda fase as obras reiniciadas em janeiro de 1968 completando assim 10.800 m² de estruturas até março de 1971 e terceira fase com reinício em novembro de 1976 e conclusão em fevereiro de 1980, sendo inaugurado em 02 de maio de 1980 (SÃO THIAGO, 1983).

São Thiago (1983, p.102), declara quando da segunda paralisação das obras em 1971, “passou a estrutura de concreto de 10.800m², com aspecto de gaiola cinzenta, vazia de vida e de ruído, a destacar-se no horizonte verde, dali a pouco recoberta e escondida pela vegetação exuberante da Ilha de Santa Catarina”, conforme apresentado na figura 2.

Figura 2- Hospital Universitário em Construção.



Fonte: Extraído de São Thiago (1983, p.105).

Figura 3: Vista Atual do Hospital Universitário-UFSC



Fonte: Extraído de<<https://plus.google.com/photos>>

A figura 3 nos apresenta o Hospital Universitário nos dias atuais, onde possui cerca de 39.000 m² de área construída, fora inicialmente projetado para 22.000 m² de construção e 320 leitos. Hoje, possui capacidade instalada para 304 leitos de internação, realizando aproximadamente 12.500 consultas/mês, além de diversos exames complementares laboratoriais e de imagem.²

Considerado um hospital de referência no estado de Santa Catarina pela qualidade no atendimento a pacientes de todas as regiões, tem ampliado nestes últimos anos sua área de atuação através da realização de exames de alto custo e cirurgias de alta complexidade como transplantes de tecidos e peles, de fígado e cirurgia bariátrica³.

Sua estrutura organizacional é piramidal e composta por Direção Geral, Vice-Diretoria, além de mais quatro diretorias, Direção Administrativa, Direção de Enfermagem, Direção de Medicina e Apoio Assistencial. Cada Diretoria é composta por Divisões, e estas compostas por serviços e seções, conforme

² Relatório de Gestão, HU,2012.

³ Relatório de Gestão, HU,2012.

organograma apresentado (Anexo E), onde podemos localizar todas as áreas relacionadas neste estudo.

4.2 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

A elaboração do Planejamento Estratégico HU em 2006, ocorreu diante da necessidade da instituição em adequar-se às novas demandas da sociedade, fazendo a organização se repensar e adotar de uma ferramenta técnica capaz de sincronizar todas as ações e potencial interno de trabalho, às demandas crescentes de seus usuários e da sociedade como um todo⁴. O Planejamento Estratégico do HU-UFSC foi assim definido:

- a) **Declaração de Valores:** identificação das crenças e princípios que orientam a instituição e que guiam suas atividades e operações, quais sejam:
- qualidade;
 - humanização;
 - ética;
 - ser público e gratuito;
 - inovação;
 - valorização, qualificação e competência profissional;
 - compromisso social;
 - articulação do ensino, pesquisa, extensão e assistência;
 - construção e socialização do conhecimento;
 - respeito aos princípios o SUS quanto à integralidade, universalidade, equidade e resolutividade (PLANO 2006-2012, p. 09).
- b) **Missão:** passou a ser aquela que visa a “ Preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social” (PLANO 2006-2012, p. 11).
- c) **Visão:** foi estabelecida como a de “Ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na

⁴ Ver <<http://www.hu.ufsc.br/~plano2012/index.php?id=26>>

integralidade de atenção à saúde e no trabalho interdisciplinar”,(PLANO 2006- 2012, p. 13).

d) **Fatores críticos de sucesso:** ficaram identificados como aqueles voltados a:

- qualidade na atenção à saúde;
- resolutividade;
- credibilidade;
- identidade com a UFSC;
- gestão profissional;
- investimentos tecnológicos;
- educação permanente;
- produção de conhecimento em saúde;
- atendimento exclusivamente SUS;
- adesão às políticas públicas de saúde;
- captação de recursos;
- estabelecimento de parcerias;
- articulação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência (PLANO 2006-2012, p. 15).

4.3 CORPO FUNCIONAL

Considerado como uma autarquia pública, o HU tem realizado, desde década de 90 e até os dias atuais, contratações de mão-de-obra de terceiros via licitação pública e contratação via fundações, tendo em vista a necessidade de suprir a pouca oferta de postos de trabalhos advindos do governo federal e pelo cancelamento de postos de trabalho, principalmente para níveis de apoio e nível médio.

Segundo relatório DAP/HU/2013, o Hospital Universitário hoje possui 1319 funcionários efetivos, 136 contratados através da Fundação de Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU) e 350 contratados terceirizados de empresas via licitação, 210 bolsistas e chega hoje a possuir 32 empresas distintas, todos em prol a atender a demanda de serviços para atendimento ao Hospital Universitário.

Na data da realização deste estudo, o HU-UFSC disponibilizava 183 leitos aos seus usuários em tratamentos clínicos e cirúrgicos, de ginecologia, alojamento conjunto, berçário, pediatria, Unidade de Terapia Intensiva (adulto e neonatal), além de emergências adulta e pediátrica. A diminuição considerável de leitos se deu, haja vista que havia três unidades

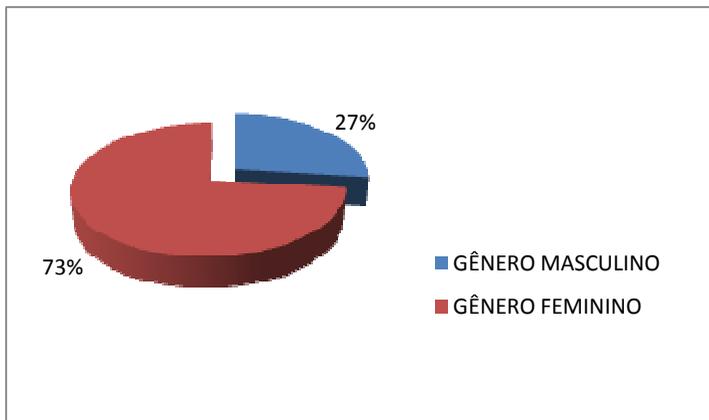
de internação em reformas em suas áreas físicas, sendo 2 de internação médica com 29 leitos e uma unidade de tratamento intensivo neonatal com 16 leitos e o fechamento de uma unidade de internação médica de 29 leitos fechada por falta de funcionários.

4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Inicialmente, caracterizam-se os profissionais das três Diretorias pesquisadas com variáveis relacionadas ao gênero, grau de escolaridade, forma de contratação, idade, tempo de trabalho no Hospital Universitário, se possui cargo de chefia.

Identifica-se que, quanto ao gênero, o maior número de respondentes da pesquisa refere-se ao sexo feminino com 73% e masculino, apenas 27% conforme gráfico 1 apresentado.

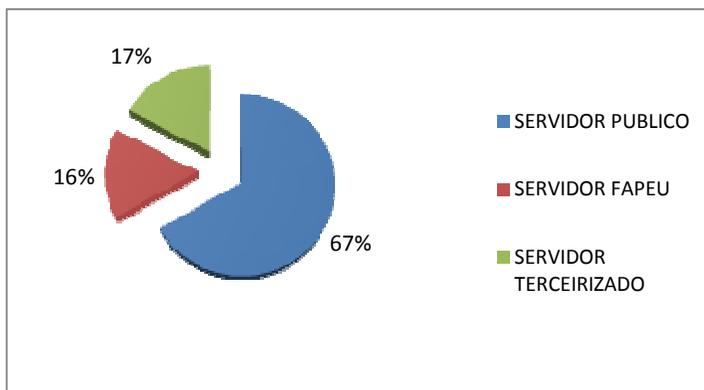
Gráfico 1: Distribuição do gênero de profissionais respondentes:



Fonte: Dados primários (2013).

Quanto à forma de contratação de prestação de serviços no Hospital Universitário apresentado no gráfico 2, obteve-se dos respondentes o seguinte percentual: 67% servidores são do quadro permanente, 17% são terceirizados contratos via licitação, e 16 % dos respondentes são funcionários fundacionais.

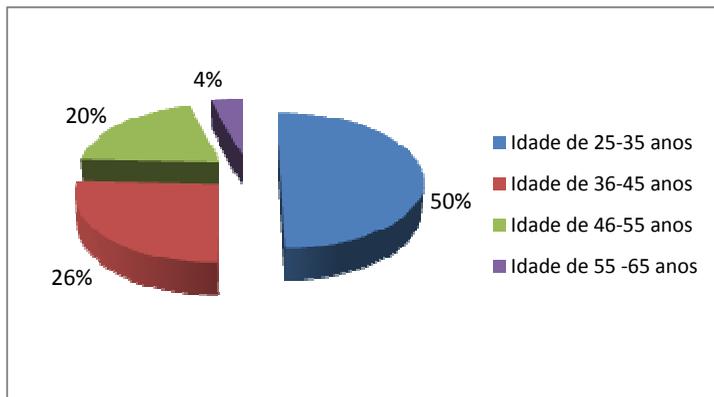
Gráfico 2: Distribuição percentual quanto à forma de contratação com o HU-UFSC.



Fonte: Dados primários (2013).

Quanto à idade da amostra, pode ser considerada heterogênea, variando de 25 anos a 63 anos, sendo que 50 % da amostra varia de 25 a 35 anos, outros 26 % da amostra de 35 a 45 anos, outra parte entre 45 e 55 anos com 20%, e apenas 4% entre 55 e 63 anos, onde o gráfico 3 melhor ilustra estes percentuais.

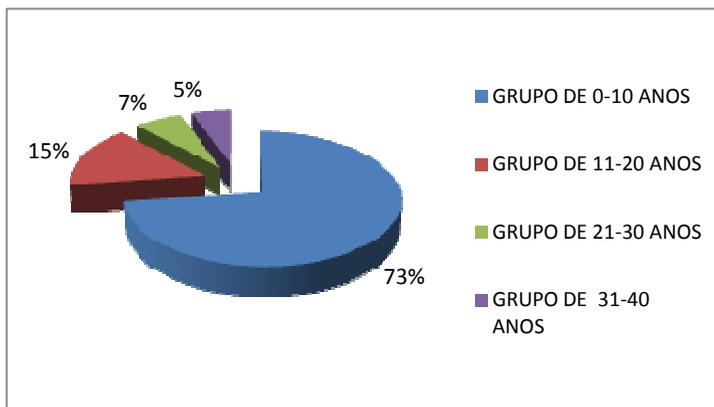
Gráfico 3: Distribuição percentual quanto à idade dos servidores e terceirizados do HU-UFSC



Fonte: Dados primários (2013).

No que tange ao tempo de serviço prestado no Hospital Universitário, a amostra também foi bastante heterogênea, variando de 3 meses a 40 anos de tempo de serviços, onde 73% ingressaram em menos de 10 anos. Dos pesquisados, 15% estão no HU entre 11 a 20 anos, 7% entre 20 e 30 anos de trabalho e um grupo de 5% possuem entre 30-40 anos de HU.

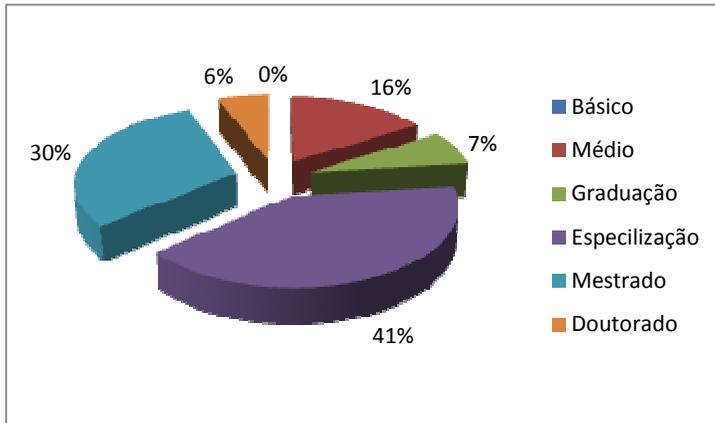
Gráfico 4: Distribuição dos servidores e terceirizados quanto ao tempo de serviço no HU-UFSC.



Fonte: Dados primários (2013).

Quanto ao nível de escolaridade, observa-se em pesquisa da amostra, 16% possuem o ensino médio, apenas 7% possuem graduação, 41% possuem especialização, 30 % possuem mestrado seguido de 6% com doutorado, conforme gráfico 5 apresentado.

Gráfico 5:Escolaridade dos servidores e terceirizados HU-UFSC.



Fonte: Dados primários (2013).

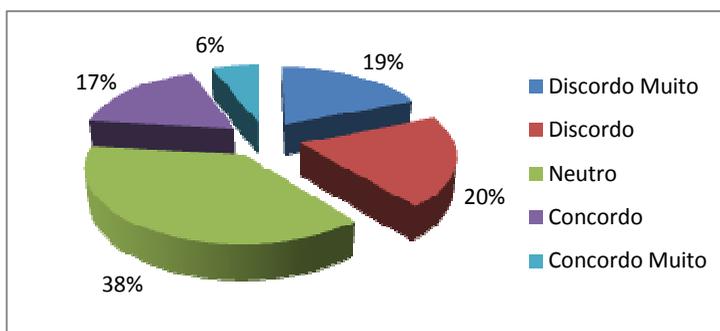
Analisando os gráficos 1 a 5, estes revelam alguns dados quanto ao grupo pesquisado que ao se relacionar o gráfico 1 e o gráfico 5, observa-se que o grupo, cujo grau de instrução é o médio, representa a fatia do grupo terceirizado via licitação. Então, pode-se afirmar que todos os servidores fundacionais que participaram desta pesquisa possuem no mínimo graduação, mesmo os contratados de auxiliar e técnico. Portanto, há uma busca de atualização em seu campo de conhecimento, muito importante, o que é essencial na área da saúde. Além de que, revela os altos índices de especialização e mestrado que concentram mais de 70% dos respondentes.

Os demais 6%, revelam ser médicos e/ou professores nas diversas áreas pesquisadas dentro do Hospital Universitário. Percebe-se que este grupo não teve talvez, tempo ou interesse em responder a presente pesquisa. O gráfico 3 e o gráfico 4 mostram que o grupo permanente de trabalho e o fundacional vem se renovando (dentro dos limites de vagas destes), onde 50% dos pesquisados possuem até 35 anos de idade e 73% tem, no máximo, 10 anos de trabalho no HU. Vale salientar que 17% destes são terceirizados e que, neste grupo, há mesmo uma grande rotatividade de pessoal.

4.4.1 Quanto a visão sobre a terceirização no HU-UFSC

Quando questionado se, a terceirização no HU/UFSC foi uma boa alternativa para a contratação de pessoal para o Hospital Universitário, tiveram-se as seguintes respostas representada no gráfico 6, onde 38% dos pesquisados ficaram neutros, 20% discorda que tenha sido uma boa alternativa, 19% discorda muito desta afirmação, 17% concorda com a afirmação e 6% concorda muito.

Gráfico 6: Percepção quanto à alternativa de terceirização como forma de contratação de pessoal para o HU-UFSC.



Fonte: Dados primários(2013).

Estes números negativos, apresentados com 39% discordando ou discordando muito da afirmação e mais 38% não tendo certeza se foi uma alternativa, vem de encontro às falas dos entrevistados, como exemplo o **C9** que declarou o seguinte sobre o que pensa da terceirização na área da saúde:

Em momento de impacto de grande evasão de servidores, a terceirização serve como curativo, para suprir esta necessidade emergencial, a enfermagem está cheia de atestados. Mas o que acho que seja o grande problema de terceirização em áreas estratégicas ao hu como enfermagem, medicina, a própria manutenção predial, além de que acredito que não cria vínculo com a instituição.

A percepção do entrevistado **C5** é de que:

A terceirização, dentro do HU pode ser boa mas, ao mesmo tempo tem fatores que limitam. Por exemplo, o baixo salário que pagam, deixam os profissionais muito insatisfeitos, sempre que comparam o salário que eles recebem, com o salário que nós recebemos para fazer o mesmo trabalho que é deles é muito aquém.

Quando questionado o entrevistado **C1**, obteve-se a seguinte resposta:

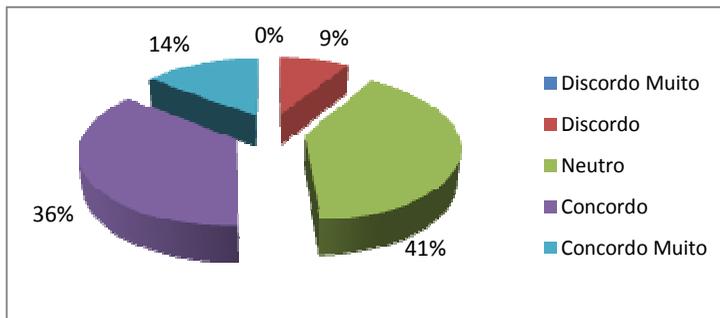
Trabalhar com concursados não é fácil, elas tem optado por ter mais de um emprego, e não se envolvem ou se envolvem pouco com a instituição, e dentro da instituição pública é complicado, e com terceirização eles são gerenciados de outra maneira, então eles produzem mais, às vezes a qualidade dele não é tão boa quanto o efetivo.

Compartilhando do pensamento de Girardi *et al* (1999), percebe-se a escassez de critérios e da forma desordenada que vem sendo conduzida à terceirização dos serviços de saúde, na qual estas situações produzem crescente insatisfação dos usuários com relação à qualidade nos serviços de saúde e aos demais serviços a ela relacionados, porém compartilha-se com Leiria(1993), ao afirmar que a terceirização quando bem administrada traz inúmeras vantagens. Porém, o percebido pelo público, e até mesmo pelos pesquisados, não parece ter sido uma boa alternativa. Talvez esta percepção deveu-se, pela forma na qual ela está sendo conduzida pela administração do HU. Alguns ajustes nesta ferramenta estratégica podem trazer resultados mais satisfatórios.

4.4.2 Qualidade de Serviços ofertada pelo HU-UFSC

Na questão qual se afirma que o Hospital Universitário oferece serviços de qualidade para seus clientes externos e internos, obteve-se o maior percentual, isto é, 41% não concordam nem discordam, encontrou-se neutro. Na outra parte da amostra, 36% concordam e 14% concordam muito, e apenas 9% discordam, conforme gráfico 7 apresentado.

Gráfico 7: Percepção quanto a qualidade dos serviços oferecidos pelo HU-UFSC aos seus clientes internos e externos.



Fonte: Dados primários (2013).

Ao observar, somando o grupo que concorda e o que concorda bastante temos 50% da amostra e 41% encontra-se neutro.

Estes percentuais vão ao encontro dos resultados obtidos nas entrevistas que de forma unânime pelos dez gestores das áreas de estudo afirmam que o Hospital oferecem serviços de qualidade sim, conforme a fala do entrevistado **C2**:

O Hospital Universitário, dentre suas limitações financeiras e da legislação que o cerca, apesar da falta de pessoal, ainda oferece serviços de boa qualidade sim, pois isso se reflete no olhar com carinho do paciente que vem nos agradecer o bom atendimento.

Ao entrevistar **C4**, este revela em sua fala que:

Há muito a melhorar, não nos comparando com outros países, mas dentro da nossa realidade de Brasil, com receita unicamente SUS, com as verbas que a gente tem, fizemos muito bem feito, de forma segura e com qualidade.

Para o entrevistado **C7**:

O HU oferece qualidade, com os serviços que o hu presta e os escassos recursos que temos a disposição, [...] no hu temos várias instituições dentro dela, copa, nutrição, lavanderia, hotelaria, laboratórios, e todos trabalham como uma engrenagem para mover o todo, e em alguns destas engrenagens não estão funcionando como deveriam, existe aí um gargalo, apesar destes gargalos, ainda há muita qualidade em serviços, se comparados com outras instituições públicas e até mesmo com hospitais privados, o HU ainda é ponta em varias situações.

Na fala de **C4** vem corroborar com

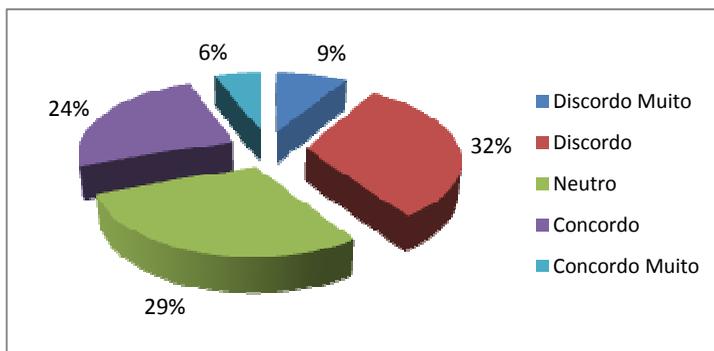
Apesar do sufoco que estamos vivendo, ainda percebo a qualidade nos serviços, ainda vejo os pacientes e ouço comentários deles saírem satisfeitos de uma forma geral.

O que Donabediam (1993 *apud* Moreira 2011), esclarece é que a qualidade em serviços de saúde baseia-se em sete pilares que são a eficácia a eficiência, a efetividade, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. Porém o que o Hospital Universitário parece conseguir atender de forma restrita, mas ainda o faz, mesmo com as amarras da legislação na qual está submetido, tendo em vista ser um Hospital Público porém, com atendimento humanizado, o que demonstra ser o seu diferencial.

4.4.3 Oferta de qualidade em estrutura física

Ao solicitar à percepção do local de trabalho, se este oferece estrutura física de qualidade para seus clientes externos e internos obteve-se as seguintes variações: 9% discordam muito da afirmação, 32% discordam apenas, 29% não concorda nem discordam, 24% concordam e 6% concordam muito, conforme apresentado no gráfico 8.

Gráfico 8: Percepção quanto à qualidade oferecida em estrutura física do HU-UFSC.



Fonte: Dados primários(2013).

A percepção do entrevistado **C6** é a seguinte:

O HU atinge na oferta de qualidade aos pacientes, mas pode melhorar muito, pois em outra instituição de saúde pública que já trabalhei tinham uma qualidade bem melhor, e atribuo que se deve à administração que falha muito na distribuição da renda onde ela vai gastar.

Para o entrevistado **C7**:

O HU se esforça muito, pela renda que ele tem, ele consegue fazer milagre. Em relação ao espaço físico tem tentando melhorar, tentando ampliar, realizando reformas, não no tempo que nos gostaríamos, mas eles estão conseguindo.

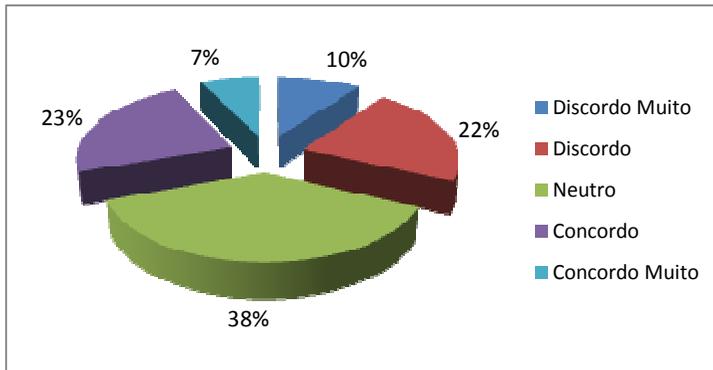
De acordo com o pensamento de Garvin (2002), para a obtenção da qualidade interna à organização, faz-se necessário cumprir algumas etapas, quais sejam: determinar, com a maior precisão possível, quais são as necessidades, desejos e expectativas dos clientes; converter essas características em especificações, adequação dos processos de produção e para este precisa delimitar alguns fatores que determinam a qualidade

de serviços e Parasuraman (1985) elenca o ambiente físico como um destes fatores, não relacionando -se apenas a questão da estética ou conforto, mas no que tange à segurança e controle de infecções aos pacientes, o que o HU-UFSC, em relatos aqui apresentados, consegue atender mesmo com dificuldades, porém não é o percebido claramente pelo público interno pesquisado.

4.4.4 Oferta da qualidade em materiais e equipamentos

Quando questionado sobre a legislação de compras a qual é submetido, se o HU, em geral, consegue oferecer equipamentos e suprimentos de qualidade para seus clientes externos e internos e as respostas foram as seguintes: 10% discordam muito, 22% discordam, 38% não concordam nem discordam, 23% concordam e 7% concordam muito, como se apresenta no gráfico 9.

Gráfico 9: Percepção quanto a qualidade em suprimentos e equipamentos oferecidos pelo HU-UFSC aos seus clientes.



Fonte: Dados primários (2013).

Em entrevistas com os gestores, de forma unânime, concordam que há um esforço de todos os da equipe administrativa quanto de todos os funcionários na busca pela qualidade ofertada. Por esta comunhão de pensamentos, percebe-se que não há um desencontro pleno daquela do grupo respondente, pois apesar de 38% da população participante não

estar em dúvida quanto à afirmação, esta neutralidade percebida por parte dos pesquisados pode estar refletindo o esforço que HU faz para dar o melhor a seus clientes, o mais bem esclarecido na fala de **C2**: “quanto oferecer suprimentos de qualidade, o HU se esforça muito, eu creio que não falte qualidade, principalmente nos materiais da assistência ao paciente e a enfermagem”.

Assim **C6** declara:

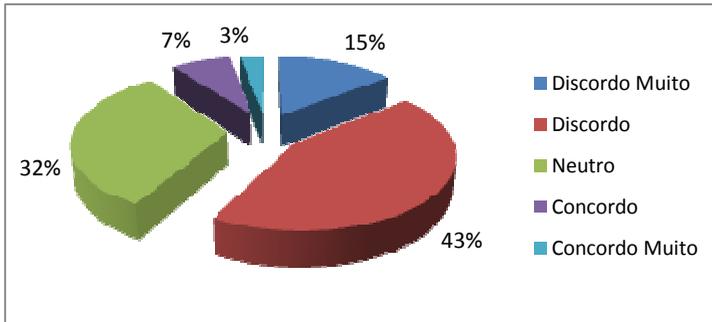
Acredito que há o esforço de todos os lados, tanto da diretoria, da área administrativa, área de enfermagem, área médica, nós da coordenação, para que não compremos apenas pelo menor preço, estamos aprendendo com as licitações a melhorar as especificações e assim obtermos melhores produtos e equipamentos.

Garvin (1992), igualmente, considera equipamentos e suprimentos como um dos fatores que determinam a qualidade em de serviços e Parasuraman (1985), em estudo aqui apresentados, conseguindo este Hospital, atender mesmo com dificuldades. Contudo para o público interno pesquisado, havendo apenas 2% de diferença entre os que concordam e discordam da afirmação.

4.4.5 Qualidade e legislação

Com referencia à visão sobre a legislação ao qual o HU-UFSC está submetido, se está contribui para que haja esta melhora na qualidade de serviços ofertados à população e ao seu público interno, obtivemos os seguintes percentuais: 15% discordando muito, 43% discordam, 32% não concordam nem discordam, 7% concordam e apenas 3% concordam muito, conforme gráfico 10.

Gráfico 10: Percepção quanto à contribuição da legislação vigente para a melhoria da qualidade ofertada aos clientes do HU-UFSC.



Fonte: Dados primários.

Na fala de **C9** reflete-se parte dos entraves da legislação: “Nosso problema é a falta de dinheiro, para comprar coisas pequenas, pois quando falta algum material a dispensa de licitação não é tão ágil, e R\$ 8.000,00 é um valor alto, e exige muitas documentações, aí há muita demora, para pequenos consertos, por exemplo”.

Na entrevista com **C5**, o mesmo entende que:

A legislação apenas dificulta a obtenção da qualidade, creio que a administração falha muito na distribuição da renda onde ele vai gastar, e o hospital universitário peca muito na arrecadação, pois ele deixa de arrecadar grande parte daquilo que ele produz, muitas coisas que são feitas para o HU pelo paciente não são cobradas, por falta de preenchimento de papel, falta de organização desta parte administrativa, muita coisa se perde no caminho e HU não recebe, falta de rigor maior, devido a muito papel, esta burocracia é chata. As pessoas não gostam de fazer, mas acredito que deviam haver pessoas específicas para fazer isso no setor, e não deixar a cargo do médico ou enfermeiro, pois eles não estão ali para isso e acabam não fazendo.

Na fala do entrevistado **C10**,

Creio que seja um aprendizado saber trabalhar com licitação, acho que é bem difícil, quanto mais tempo trabalho, mais aprendo estas coisas, acredito ser um desafio ter um bom preço e seguindo com as características técnicas que buscamos, tendo um bom produto ou um bom serviço a um bom preço. E eu não vejo nos setores que pensem de uma maneira diferente, todos buscam a qualidade dos produtos e serviços. Na área que eu atuo, trabalhamos com produtos mesmo muito bons, mas devido a este aprendizado em saber como especificar os materiais, e nos contratos de serviços estamos aprendendo cada vez mais a melhorá-los.

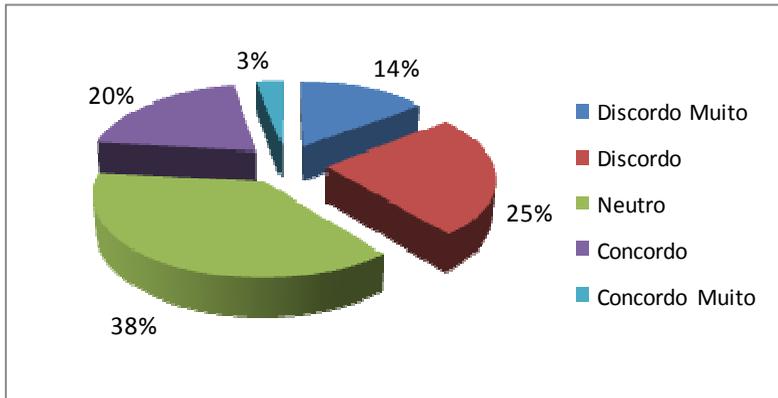
No que tange à percepção dos entrevistados e respondentes a esta pesquisa, há a consonância das dificuldades relacionadas às legislações no alcance da qualidade, principalmente quando se fala, em hospitais da administração pública, onde deve-se ter maior controle dos recursos. Os vários decretos e leis que orientam a terceirização, as leis e decretos que extinguem vários cargos públicos do nível médio e de apoio forçam a contratação de outras empresas via licitação estes serviços que são considerados área meio da empresa. No caso estudado, a área fim é afetada com esta ferramenta administrativa e por conta da própria legislação muitas vezes, de forma não clara, permitiu a contratação de forma não regular, o que é caso dos servidores fundacionais. Por outro, lado a lei de licitações e contratos (8.666, 1993) que regulamenta as compras de materiais e de contratação de serviços, não restringe à qualidade, mas sim solicita que junto a esta venha o melhor preço, e este deve ser assim eleito sobre o que foi solicitado, portanto uma boa especificação é devida no que se quer quando da prestação de serviços ou de materiais, celebrado contratos que devem ser cuidadosamente elaborados.

4.4.6 Satisfação com a terceirização

A partir deste tópico analisa-se o quanto a terceirização satisfaz dentro da unidade de serviços dentro do HU, e para isso, solicita-se em questionário, a percepção do respondente quanto

a satisfação dos serviços de terceirizados que atuam dentro da sua unidade de serviços hospitalar. Obeve-se os percentuais conforme ilustrado no gráfico 11, com 38% dos respondentes com resposta neutra, não tendo certeza, 25% discordando da afirmativa e 14% discordando muito da mesma.

Gráfico 11: Percepção de satisfação da qualidade de serviços ofertados em sua unidade de trabalho dentro do HU-UFSC.



Fonte: Dados primários (2013).

A declaração de **C1** vem colaborar com o ilustrado no gráfico 11, que afirma:

Estou satisfeito com os trabalhos terceirizados, em parte sim, eles executam o trabalho, mas falta o elo com os servidores e com o HU, os Fapeus participam de reuniões, mas os outros terceirizados deixam a desejar, pois ficam alienados. Porém há uma rotatividade muito grande dos Fapeus, quase todo mês fazemos seleção para eles, assim muitos não formam vínculo com a instituição, se um outro hospital oferece um salário um pouco melhor, eles vão.

Na visão de **C8**:

Há pessoas, principalmente os mais antigos da fundação, são extremamente comprometidos e que só temos a agradecer que eles estejam aqui trabalhando conosco. Lamentamos porque muitas vezes não

passam no concurso, pois são exemplos para os recém-contratados permanentes e das demais empresas o que eu percebo são fora do hospital, não sei se pela rotatividade, pela falta de treinamento, eles não incorporam a esta coisa de trabalhar num hospital.

Ao se observar o gráfico 11, relacionando-o com a fala dos entrevistados, percebeu-se que esta convergência se deve porque, como grande parte dos servidores terceirizados nas áreas fim são fundacionais, e muitos já integram a equipe a longos anos, não houve mesmo esta percepção de satisfação pois, o que importa é a divisão das atividades, a não sobrecarga da equipe. Além do que, os mais jovens contratados fundacionais, assim como os demais terceirizados, devido à rotatividade, não formam vínculo com a instituição apontando esta proximidade nas percepções negativas com 39% e neutras 38% por parte dos entrevistados.

Guimarães e Carvalho (2012), apontam como riscos a terceirização nesta área, questões da rotatividade, problemas de comunicação ou da falta dela, no caso presente do HU algumas empresas terceirizadas através de seus funcionários ficam alienados, não participam, não se comprometem, pois não se sentem parte integrante de nenhuma empresa e por esta razão muitas vezes aliado aos baixos salários saem desta para melhores propostas.

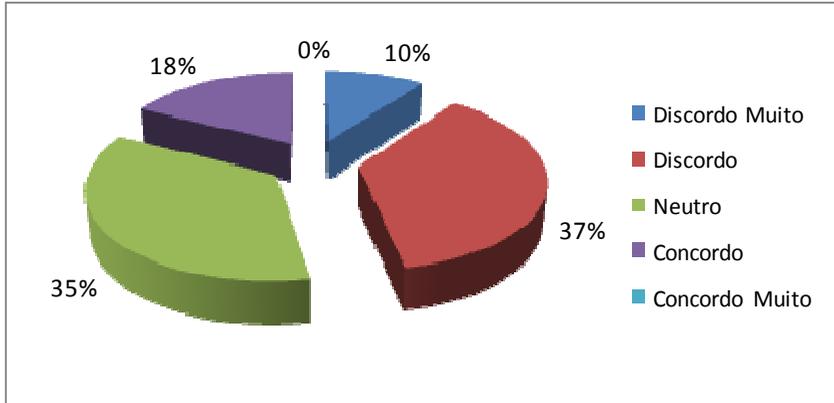
No que tange a falta de envolvimento, isto ocorre com os Fapeus recém-ingressados, pois além dos salários baixos em relação aos demais servidores na mesma função, há o mito que no HU há menos flexibilidade de horários, que são mais rígidos e que trabalham mais que nas outras instituições, o que causa bastante estranheza na declaração.

Lemos (2010), aponta que a frequente troca de funcionários é prejudicial à empresa no caso o HU-UFSC, que com certeza a maior prejudicada é a contratante que investe recursos e tempo de treinamento na qual é desperdiçado.

No gráfico 12, percebe-se a relação de satisfação com os serviços de terceiros na área da saúde, atuando dentro do Hospital como um todo, onde obteve-se os seguintes percentuais: 10% discordam muito da afirmação, 37 %

discordam, 35% não tem certeza, mantendo-se neutros, e apenas 18% concordaram com a afirmação.

Gráfico 12: Satisfação quanto à qualidade de serviços ofertados pelos terceirizados em todo o HU-UFSC.



Fonte: Dados primários (2013).

Declara **C8**:

Digo que eles atendem, mas não satisfazem plenamente. As empresas parecem que não tem claro o que vem fazer aqui, assim eu sou uma empresa terceirizada, eu vou atender o HU, onde que eu vou colocar meu pessoal, o que o HU quer desse pessoal, a tá, aí eu vou no mercado e busco o perfil para atender o HU. Quando o HU no caso dos câmaras escura, o preposto não consegue ouvir sem ficar questionando, ele fica todo irritado, não tem a atitude de dizer assim, vamos ouvir a parte afetada e vamos ouvi-la. Por outro lado falta a supervisão, e supervisão não apenas na questão de pessoal, mas o ambiente que eles estão, se as condições de trabalho estão adequadas, se eles estão com os EPIS necessários para trabalhar, pois não é só colocar o funcionário e colocar no meio de um lugar insalubre e esquecer ele lá. Então os prepostos não sabem o que estão fazendo, não supervisionam, eles tem de entender o seu papel, eles são

representantes da empresa, mas também representam o HU.

C4 percebe da seguinte forma:

Creio que atendem, mas uma parte dos terceirizados, não os Fapeu, que nós é quem passamos as orientações, creio que esta outra fatia poderiam ser melhor administrados. Falta o preparo dos gestores de contrato terceirizado do HU estarem melhor capacitados para fiscalizar estes contratos, pois a instituição indica pessoas e não as instrumentaliza, ou seja, não dá a base de como fazer. Joga a elas junto com a série de atividades que tem de ser feitas. Isso tudo a pessoa tem de correr por conta própria, sem receber mais nada por isso, só dor de cabeça. Falta um curso para dar a base de como fazer isso.

O gráfico 12, aponta para uma maior insatisfação quanto aos terceirizados como um todo no HU, com 47% que discordam ou discordam muito da afirmativa, 35% mantém-se neutros, e apenas 18% que encontram – se satisfeitos.

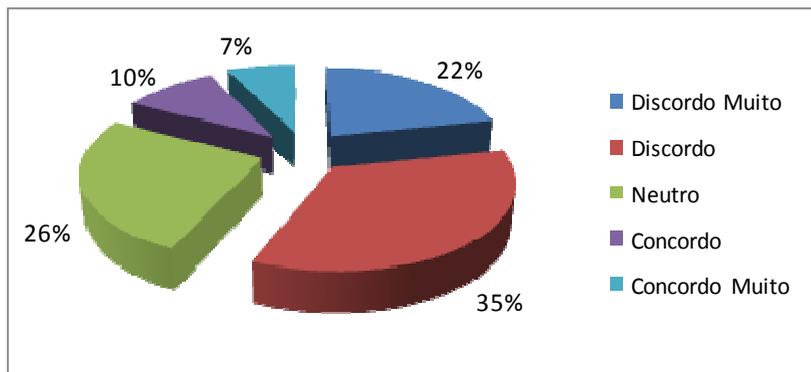
A presença de problemas além da rotatividade, pelas próprias empresas contratadas não saberem para quem estão trabalhando, a falta de supervisão dos funcionários, problemas na fiscalização de contratos, vem gerando provavelmente os inúmeros desgastes de ambos os lados, tanto contratada, como contratante, no caso HU.

Pelo Decreto 2271 de 1997, a administração indicará um gestor do contrato, que será responsável pelo acompanhamento e fiscalização da sua execução, porém há muitas reclamações da falta de preparação destes gestores de contrato, com falta de cursos, ou mesmo manuais que os permite conhecer e se defender quanto aos aspectos legais e exigências que compõe esta fiscalização que não trata - se apenas de uma supervisão local e sim de responsabilidades com a empresa contratada e a instituição na qual ele é servidor. Problemas de comunicação, diferenças de culturas entre empresas, perda de qualidade são aspectos de riscos já apontados por Guimarães, Mascarenhas (2012), e que se apontam nas falas dos entrevistados.

4.4.7 Medidas de avaliação da prestação de serviços:

Com relação à percepção do respondente quando questionado se a instituição utiliza os resultados da avaliação para a realização de ações corretivas ou de melhorias na prestação de serviços ao seu cliente interno/externo obtiveram-se os percentuais apresentados no gráfico 13, onde 22% discordaram muito, 35 % discordaram da afirmação, 26% não possuem certeza, 10% concordaram e apenas 7% concordaram muito.

Gráfico 13: Percepção quanto à utilização de medidas corretivas na prestação de serviços em todo o HU-UFSC.



Fonte: Dados primários(2013).

Para **C8**:

Realizamos avaliações constantes, em forma de relatório mesmo, porém se percebemos falhas graves a correção é feita de forma imediata. Na área que trabalhamos muitas vezes o erro não permite segunda chance, mas o HU prima por esta qualidade no que oferece aos pacientes, isso parece esta introjetado nos servidores, principalmente nos mais antigos.

Na avaliação de **C3**:

Em relação a correções, resolvemos na hora geralmente. Tenho a percepção que temos o HU como casa, e defendemos ferrenhamente

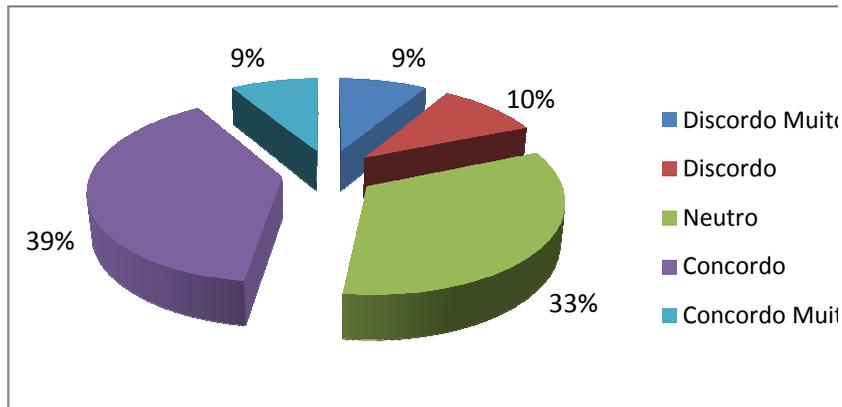
o HU assim, e quando percebemos que há algum ponto que não tá fluindo bem, a gente critica, a gente quer interferir, a gente quer que aquele ponto lá também funcione bem, porque funcionam tudo e todos são como engrenagens e estão todos os serviços inter-relacionados.

Diante do gráfico13, observa-se que, 57% dos entrevistados não conhecem estas medidas de avaliação dos serviços, ou não acreditam nas medidas corretivas. Garvin (2002), diz que, para a obtenção da qualidade interna à organização, faz-se necessário cumprir algumas etapas, quais sejam: determinar, com a maior precisão possível, quais são as necessidades, desejos e expectativas dos clientes readequando processos de produção, principalmente os falhos, a fim de que sejam cumpridas com precisão esses parâmetros de qualidade, que, como salientam Silva, Oliveira e Montenegro (2010), evidenciando desafios que tomaram vulto e precisam ser enfrentados para o atingimento da qualidade e excelência necessários.

4.4.8 Relacionamento interpessoal entre permanentes e terceirizados

Quando solicitada à percepção dos respondentes, quanto ao relacionamento interpessoal entre servidores permanentes e terceirizados dentro do HU, se é considerada boa. Obteve-se os percentuais conforme ilustra o gráfico 14, onde 9% concordaram muito e 39% concordaram com a afirmativa, 33% mantiveram-se neutros, 10% discordaram da afirmação e 9 % discordaram muito.

Gráfico 14: Percepção quanto ao relacionamento interpessoal entre servidores e terceirizados em todo o HU-UFSC.



Fonte: Dados primários (2013).

Para **C5**: “Hoje é boa, mas já tivemos no passado problemas de convívio, um fato isolado que terceirizados que eram grosseiros com servidores e servidores que tratavam mal os terceirizados.”

Para **C10**: “Relação harmoniosa entre eles. Não há diferença no tratamento no momento não são discriminados, porque vai da educação de cada um, é como há muitos terceirizados já está se tornando comum ao convívio.”

Na visão de **C9**:

Os fundacionais e para grande maioria dos funcionários é uma instituição que não existe como empresa que terceiriza, e sim como um atravessador que nos permite contratar pessoas, diferente das demais empresas. Quanto ao relacionamento entre os grupos, não existe diferenciação entre os funcionários fundacionais, terceirizados e os servidores, com exceção em relação a forma de contratação e a questão salarial”.

As respostas apresentadas no gráfico 14 apontaram, 48% das respostas concordando com a afirmativa, 33% mantiveram-se neutros, sem certezas, que ao aliar às entrevistas, foram reveladas convergências da informação o que é benéfico a toda a instituição. Contudo, percebe-se disputas entre os grupos

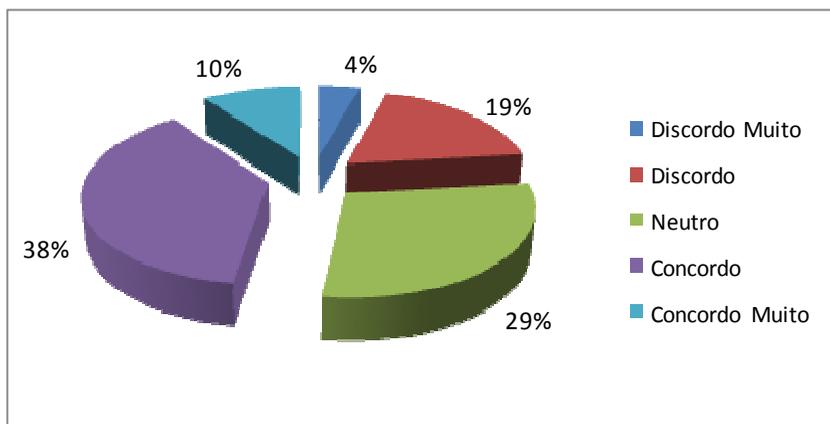
numa mesma área de atuação no caso dos médicos e enfermagem, e todo o grupo fundacional, e terceirizados das demais empresas, mas há uma convivência harmoniosa o que aponta para o crescimento e fortalecimento do grupo que trabalham em sintonia com o objetivo que é prover a saúde.

Como Girardi (2006), nos esclarece que no âmbito da saúde, pode haver conflitos entre grupos de trabalhos terceirizados com os da empresa, a não existência deste é um fator muito positivo, que só agrega valor tanto a quem contrata quanto a quem é contratado, pois o resultado final é de fato a saúde e a satisfação do cliente final que é o paciente.

4.4.9 Satisfação no desempenho de serviços servidores permanentes

Com relação à satisfação quanto ao desempenho das funções dos funcionários do quadro permanente dentro da sua unidade de serviços, obtivemos as seguintes respostas percentuais conforme apresentado no gráfico 15, onde 10% dos entrevistados concordam muito com a afirmativa, 38% concordaram, 29% não tem certeza, 19% discordaram e 4 % discordaram muito.

Gráfico 15: Percepção quanto à satisfação da qualidade de serviços ofertados pelos servidores do HU-UFSC.



Fonte: Dados primários (2013).

Para **C2**:

São servidores muito bons, são pessoas muito boas em sua área de atuação, em todos os setores que eu gerencio salvo algumas situações no dia- a dia, o dia da área da saúde não se repete, são sempre situações novas, é claro que às vezes pode haver um manejo inadequado, raramente temos um paciente insatisfeito, com frequência relatam como foram muito bem atendidos, se sentem seguros, satisfeitos, agradecem a toda equipe, que já foram atendidos em clínicas particulares e comparam o atendimento, é raro receber uma queixa , problemas a gente sempre vai ter, mas considero a equipe fortíssima, muito boa.

Com a declaração de **C10** “a gente percebe que hoje mudou os valores o pessoal recém- admitido permanente chegam à instituição com mil ideias, mil planos, menos cuidar”.

Declarou **C9**:

São ótimos, mas alguns só quando querem trabalhar, tem a maioria deles muito conhecimento, porém temos algumas pessoas que estão aqui que acham que aqui é um cabide de emprego, com os vícios de serviço público, outras do mesmo tempo de serviço ou quase se aposentando tem muita energia, não querem deixar o paciente na mão não.

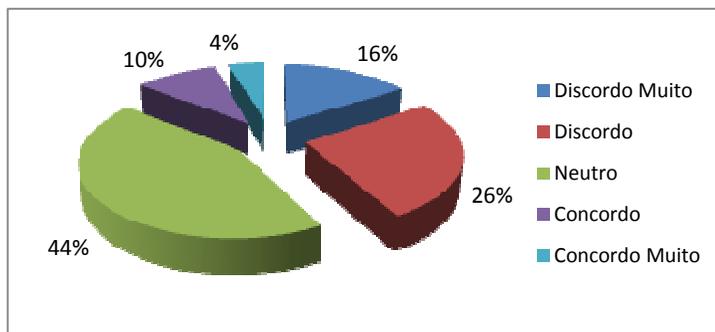
Os número próximos a 50%, no gráfico 15 que concordam com a afirmativa e 29% que não souberam responder, apontam a convergência mesmo entre a percepção do grupo e dos entrevistados. O questionamento aqui se fez quanto ao desempenho dos servidores permanentes, existentes na mesma área de atuação. E este se deve, pois em alguns momentos percebeu-se, a existência do grupo de permanentes não assumirem algumas atribuições. Contudo, apesar disso, o gráfico 14 mostra o bom relacionamento entre os grupos, e este dá consistência a afirmação. Diante disso, Girardi (1999), nos esclarece que a ausência de distorções entre os grupos existentes e contratados, só traz avanços para a contratada e em

consequência o usuário final. Vale salientar que as equipes de saúde estão tão reduzidas que não caberia este tipo de atitude por parte de nenhum dos dois servidores permanentes ou terceirizados, onde o prejuízo maior seria ao paciente.

4.4.10 Melhora da qualidade após ingresso dos Terceirizados em unidade de serviço

Quando questionados se houve melhora na qualidade dos serviços ofertados após o ingresso de funcionários terceirizados em sua unidade de serviço, obtiveram-se as respostas percentuais conforme apresentado no gráfico 16, onde 44 % dos respondentes não percebeu a melhora nem piora dos serviços, ou seja, mantiveram-se inalterados, na sequência com 26% dos respondentes discordam desta afirmação, 16 % discordaram muito e apenas 10 % concordaram com a afirmação e 4 % concordam muito com a afirmação.

Gráfico 16: Percepção quanto à melhoria de qualidade ofertada em serviços após o ingresso de terceirizados nas unidades de serviços dentro do HU-UFSC.



Fonte: Dados primários (2013).

C6 afirma, “não melhorou nem piorou, se manteve, pois ao longo do tempo aumentou a demanda, as exigências e o número de funcionários só reduziu”.

Para **C5**: “mesmo com a terceirização não houve percepção de melhora, pois à quantidade dos serviços aumentaram, disponibilizamos mais exames, mais

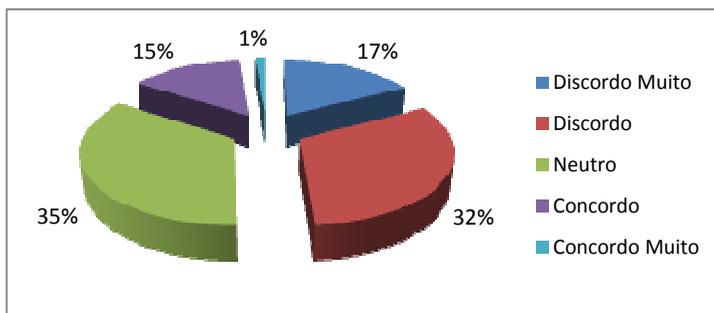
procedimentos, que é muito para a população e bom para a instituição, então ficou aparentemente no mesmo nível.”

O gráfico 16 apresenta a sintonia com a fala dos entrevistados e a população pesquisada revelando que 44% não concordam nem discordam ou não souberam responder, e 42 % discordaram da afirmação evidenciando de fato neste caso do HU a ausência de pessoal para suprir a demanda e o longo tempo na qual os terceirizados via fundação ingressaram na instituição, onde não aumentaram seu número de efetivos. Pelo contrário ao longo dos anos só tem diminuído e quanto aos demais terceirizados em sua maioria vem suprir cargos extintos pela administração pública das áreas dos níveis de apoio. Conforme aponta Santos (2002), houve junto a perda de prioridade da saúde nas políticas públicas e sociais induzida pelo modelo de desenvolvimento económico globalizado, deixando estes investimentos abertos a iniciativa privada, é onde se encaixa a terceirização. Percebe-se a falta de investimento do Estado, numa área que deveria ser considerada prioritária, área esta apoiada pelo decreto 2.271 de 1997 e na constituição de 1988.

4.4.11 Melhora no desempenho dos servidores permanentes após ingressos dos terceirizados

Com relação à melhora o desempenho dos servidores do quadro permanente em sua unidade de serviços melhorou sob a sua ótica após o ingresso de terceirizados, obtivemos os percentuais ilustrados no gráfico 17, onde 1% concordou muito, 15% concordaram, 35 % mantiveram-se neutros, 32% discordaram e 17% discordaram muito da afirmativa.

Gráfico 17: Percepção quanto À melhoria do desempenho dos servidores após o ingresso de terceirizados no HU-UFSC.



Fonte: Dados primários (2013).

Na percepção de **C8**:

O desempenho do servidor é o mesmo, é claro que eles vão com o passar do tempo perdendo um pouco mais de saúde, pegando atestados, mas os terceirizados não influenciaram em neste processo, pois na área da assistência a carga é dividida então não tem como um carregar maior peso, em relação ao desempenho dos servidores é ótimo, geralmente porque ele tem mais conhecimento, mais experiência, mais tempo de casa.”

Para **C1**: “Os Fapeus já estão aqui faz tanto tempo, culturalmente a gente já trabalha com isso, então não percebemos diferença, na minha concepção não aconteceu, para nós o que importa é a gente manter o número de pessoal para atender aos pacientes.”

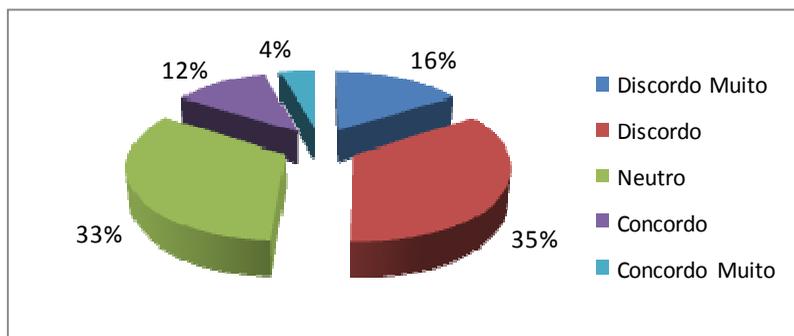
Da mesma forma que o gráfico 16, o gráfico 17 aponta sintonia entre os dados obtidos em questionário com as entrevistas, com 49% dos entrevistados discordando e 35% não tendo certeza, porém revela como no gráfico anterior a existência de longa data dos terceirizados fundacionais na instituição, estes já não percebem a influência no desempenho da qualidade dos servidores permanentes. Da mesma forma esta percepção inalterada também se deve a diminuição crescente do número de

servidores para atendimento em todas as áreas no HU indo na contramão da crescente demanda de serviços, devido ao maior número de pacientes e a necessidade de atingimento de metas para recebimento dos repasses do sistema único de saúde. Como nos revela Weber e Grisci (2010) os hospitais públicos estão sob a perspectiva ainda está atrelada ao contexto de globalização e reforma do Estado, que apresenta alta exigência por atingimento de metas , lucros, para sobrevivência em um mercado competitivo.

4.4.12 Melhora da qualidade de serviços em todo o HU após ingresso de terceirizados

Quanto à possibilidade de melhora na melhora da qualidade dos serviços ofertados após o ingresso de funcionários terceirizados em todo o Hospital Universitário, obtiveram-se as respostas ilustradas no gráfico 18, que apresentam um percentual elevado de discordância, com 16% discordando muito e 35% discordando, 33% mantiveram-se neutros, e apenas, 12% concordando e 6% concordando muito.

Gráfico 18: Percepção quanto à melhora em qualidade de serviços ofertados em todo o HU-UFSC, após o ingresso de terceirizados



Fonte: Dados primários (2013).

Para **C2**: “A qualidade do serviço melhorou entre os terceirizados, pois melhoramos os contratos, mas em relação ao grupo de trabalho junto aos permanentes que estão mais tempo na função, não percebemos esta melhora”.

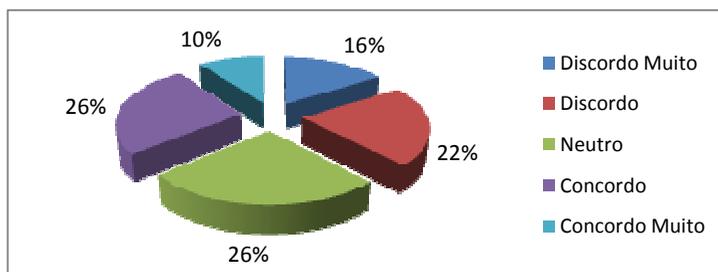
O gráfico 18, mostrou a percepção dos entrevistados e da população pesquisada segue convergindo com os gráficos 16 e 17, com 51% não concordando com a afirmativa e 33% não tendo certeza da resposta revela os fatos já mencionados nas discussões dos gráficos 16 e 17, caracterizando que apesar da melhora dos contratos dos terceirizados e da boa qualificação dos fundacionais existentes, torna claro que houve a diminuição dos servidores permanentes, a diminuição do número de contratações permanentes para suprir a demanda é ainda muito aquém do que o necessário a melhoria da qualidade.

Apesar Parasuran (1985) e Lovelock (1992), nos aponte os fatores determinantes da qualidade e serviços, Guimarães e Carvalho (2012) nos mostra os riscos e benefícios de terceirizar os serviços de saúde, não importando nada, se não houver pessoas para fazê-los acontecer, para o adequado atendimento a pacientes, se faz necessário pessoas, em quantidade suficiente para atendimento à demanda de saúde dos indivíduos de uma região.

4.4.13 Conhecimento quanto contratos de terceirização

Ao tentar identificar se o grupo pesquisado conhece a legislação brasileira, onde a terceirização é uma alternativa estratégica para as empresas, obtiveram-se as respostas, conforme apresentadas no gráfico 19, onde 16% discordaram muito conhecer, 22% discordaram, 26% mantiveram-se neutros, 26% concordaram e 10% concordaram muito.

Gráfico 19: Conhecimento dos servidores e terceirizados sobre a legislação que trata sobre o tema da terceirização.



Fonte: Dados primários(2013).

A declaração em entrevista de **C4** revela:

Em relação ao contrato a gente se adequou, quando a gente começou nos terceirizados não tinha um preposto, depois fomos orientados que tinha que haver estes prepostos. Quando tem alguma coisa errada a gente chama o supervisor e repassa o problema para que ele tome as providencias para correções. As orientações de como fazer as tarefas diárias geralmente passamos direto para os funcionários.

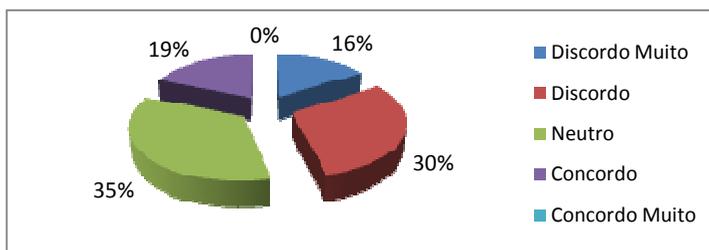
C1 nos revela: “conhecemos os contratos, conhecemos a figura do preposto ou do supervisor da empresa, a questão da não subordinação, mas o problema é que quando os problemas estão acontecendo o preposto está em outro canto e aí até ele vir, o momento já se perdeu”.

O gráfico 19 demonstra que há uma paridade entre os que têm conhecimento e desconhecimento sobre a legislação de contratos terceirizados, 36% concordaram com a afirmativa e 38% discordaram da afirmativa, indo ao encontro com a respostas dos entrevistados, porém mesmo conhecendo a legislação, parece que no HU não se aplica da forma adequada, tendo em vista que continuam se reportando aos servidores terceirizados de forma direta o que não é permitido pela legislação de contratos administrativos, a Lei 8.666/93.

4.4.14 Serviços terceirizados quanto às expectativas

Ao afirmar que na avaliação do respondente, se os serviços prestados pelas empresas contratadas pelo HU UFSC satisfazem a sua expectativa, obtivemos as respostas conforme ilustrado no gráfico 20, onde 16% concordaram muito, 30 % concordaram com a afirmativa, 35% mantiveram-se neutras, 19% concordam.

Gráfico 20: Percepção sobre os serviços prestados pelas empresas terceirizadas para a prestação de serviços.



Fonte: Dados primários(2013).

Para **C7**:

De modo geral satisfazem, mas nós estamos com tanta falta de pessoal, e mesmo ele sendo um funcionário ruim, a gente atura ele, pq se a gente abre mão dele não há outro pra por no lugar, então os problemas com os funcionários públicos são complicados de administrar. Os fapeus também em situações extremas Já os terceirizados a gente sabe que pode demorar um mês ou dois, mas ele vai ser trocado.

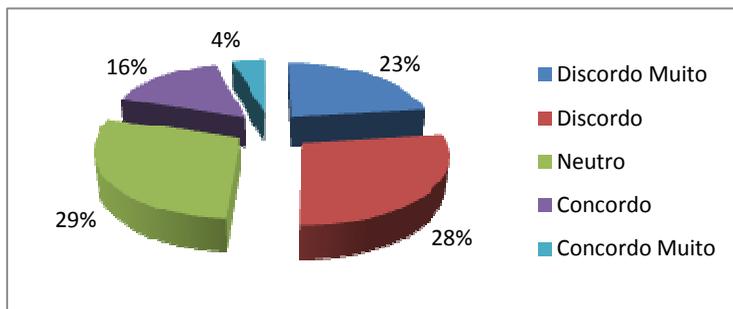
Conforme gráfico 20, a opinião dos entrevistados se divergem em relação a amostra em questionário. Porém, ao analisar que, 46% dos pesquisados discordaram da afirmação e 35% ficaram neutros com a afirmativa, revelam que está na afirmação do entrevistado C2, que mesmo não sendo os servidores ideais, mas na falta ou impossibilidade de substituí-los com facilidade, estes são mantidos nos postos de trabalho para satisfazer pelo menos o serviço, sem preocupar-se com qualidade, pois na ausência de pessoal para substituir, é melhor manter o ruim do que não o ter, perdendo a mão-de-obra.

4.4.15 Quanto à agilidade dos serviços

Sobre a possibilidade de empresas terceirizadas trazer mais agilidade aos processos de serviços de saúde em todo o HU- UFSC, tiveram-se como respostas os seguintes percentuais,

apresentados em gráfico 21, com percentual de apenas 4% que concordam muito, 16% concordam, 29% mantiveram-se neutras, 28% discordaram e 23% discordaram muito.

Gráfico 21: Percepção quanto à agilidade nos serviços prestados pelas empresas terceirizadas.

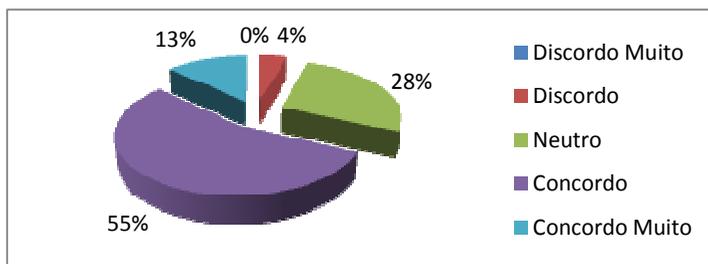


Fonte: Dados primários (2013).

4.4.16 Confiança no trabalho desenvolvido pelo grupo de trabalho

Quando questionados sobre a confiança nos trabalhos desenvolvidos pelos servidores permanentes em seu ambiente de trabalho obteve-se como respostas o que ilustra o gráfico 22, apresentando 55% que confiam e 13% que confiam muito, 28% mantiveram-se neutros, sem certezas, e 4% discordam da afirmativa.

Gráfico 22: Percepção quanto à confiança no trabalho desenvolvido pelos servidores nas unidades de serviços.

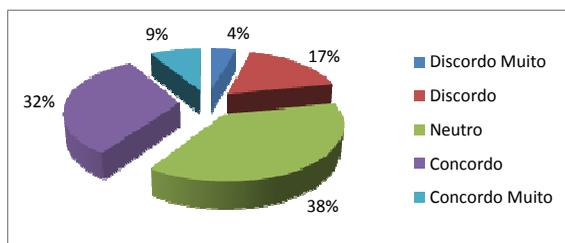


Fonte: Dados primários (2013).

Quando questionados sobre a confiança nos trabalhos desenvolvidos pelos servidores terceirizados em seu ambiente de trabalho, obteve-se as respostas como o gráfico 23 mostra, 32% que confiam e 9% que confiam muito, 38% mantiveram-se neutros, 17% que discordam ou não concordam, e 4% discordam totalmente da afirmativa.

Na percepção de **C10**: “confio totalmente, a equipe que compõe é ótima, muito forte, experiente, tem conhecimento, e esta confiança não tem relação nenhuma com a forma de contratação, é característica das pessoas, que além de formação para o atendimento ao paciente, possuem profissionalismo.”

Gráfico 23: Percepção quanto à confiança relacionada ao trabalho desenvolvido pelos terceirizados nas unidades de serviços do HU-UFSC.



Fonte: Dados primários (2013).

Para **C4**:

Confio no trabalho de todos porque o trabalho é realizado com o mesmo grau de qualidade, mas confiança se adquire com o tempo. É com o tempo que você convive com a pessoa que se adquire confiança, e no caso dos Fapeus por conta da rotatividade que é grande às vezes dificulta, mas para os que ficam é igual esta confiança desta equipe.

Para **C2**: “Temos de conferir o trabalho geralmente, são poucos o que temos de confiar plenamente nos serviços

terceirizados, o que não acontece com os fapeus geralmente pois, é um pessoal mais preparado, e havendo a rotina não é preciso nos preocupar em conferir os serviços.”

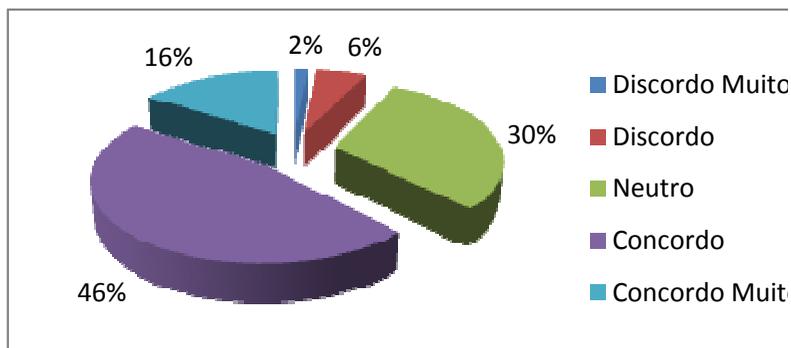
Fazendo uma análise dos gráficos 22 e 23 percebe-se que a um maior grande de confiabilidade nos servidores permanentes com 68% de concordância com a afirmativa e no gráfico 25 apresenta com 41%, o que é facilmente compreensível, até porque o número de servidores permanentes é nove vezes maior que o grupo terceirizado, porém por outro lado, entende-se que por tratar-se de pessoas mais preparadas, no sentido da formação para o cargo ou mais experientes.

No que tange à confiança, segurança, profissionalismo, são fatores que constituem e determinam à qualidade na prestação de serviços para Parasaruman(1985) e Lovelock(1992) e percebe-se na equipe dos servidores fundacionais e que nem sempre se obtém com os demais terceirizados, onde há queixas justamente quanto neste aspecto abordado. Enganos em laudos provenientes de auxiliares de radiologistas, elaboração de uma dieta errada para um paciente podem não causar dano fatal, mas pode desencadear outras complicações até o seu ajuste.

4.4.17 Quanto à agilidade e cordialidade do grupo permanente

Quanto ao público a que estão submetidos no seu ambiente de trabalho, as respostas obtidas, na crença que servidores permanentes agem com cordialidade e agilidade, obteve-se as respostas conforme ilustrado no gráfico 24, onde 2% apenas discordaram muito, 6 % discordaram, 30% mantiveram-se neutros, 36% concordam e 16 % concordam e muito com a afirmativa.

Gráfico 24: Percepção quanto à agilidade e cordialidade nas funções desempenhadas pelos servidores nas unidades de serviços do HU-UFSC.



Fonte: Dados primários (2013)

Para **C5**:

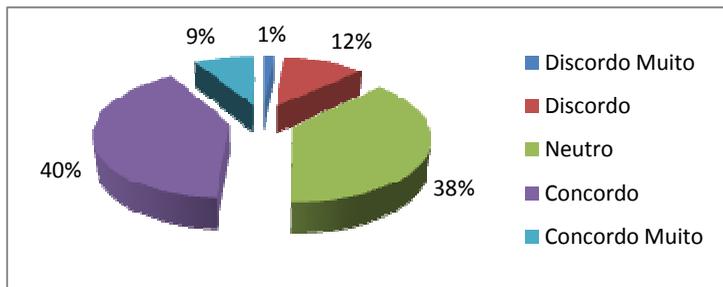
Estas questões de agilidade, cordialidade atribuo isso a cunho pessoal, independente da relação contratual. Questão de educação, formação, caráter da pessoa. Mas isso é o mínimo que se espera no trato do paciente que geralmente está debilitado. Mas não possuímos problemas quanto a isso.

Para **C3**: “é uma questão pessoal da forma de educação da pessoa, da filosofia de vida da pessoa, se eu estou aqui para ganhar dinheiro eu trato de uma forma, se eu incorporo a filosofia do hospital dá outro atendimento.”

4.4.18 Quanto a Cordialidade e agilidade do grupo de terceirizados

Quanto ao público a que estão submetidos, no seu ambiente de trabalho, questionou-se a crença em relação aos terceirizados, se agem com cordialidade e agilidade. Obteve-se as seguintes respostas que estão bem ilustradas no gráfico 25, apontando 9% que concordaram e muito, 40% concordaram, 38% não concordaram nem discordam, 12% discordaram e apenas 1%, discordaram muito.

Gráfico 25: Percepção quanto à agilidade e cordialidade dos terceirizados nas unidades de serviços do HU-UFSC, com o seu público.



Fonte: Dados primários(2013).

Para **C8**:

Este tipo de coisa, exigimos no perfil dos funcionários terceirizados e fapeus que gostaríamos de ter, então selecionamos no treinamento funcionários que mais se aproximam, assim como os servidores permanentes também nem sempre possuem este perfil, mas tentamos explorar o que há o que tem mais próximo ao que a gente entende.

Fazendo análise dos gráficos 24 e 25 percebe-se que, as entrevistas convergiram para o apresentado, havendo maior percepção de agilidade na resolução das tarefas e cordialidade para com o público e apontam maior grau 62% quando referem-se a servidores permanentes e 49% para os terceirizados.

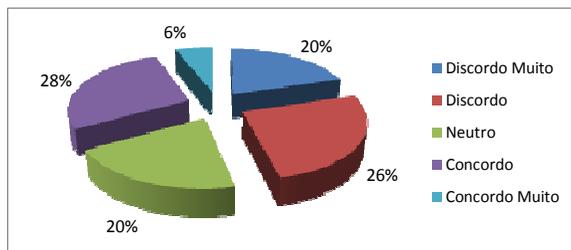
Cordialidade, habilidade, agilidade nas suas tarefas, constituem também fatores que determinam a qualidade na prestação de serviços para os autores Parasaruman e Lovelock já citados.

4.4.19 Dificuldades no gerenciamento do grupo de trabalho

Quando questionados, se há dificuldades no gerenciamento de serviços terceirizados, no seu ambiente de trabalho, obteve-se como respostas, as apontadas no gráfico 26,

onde apresenta que 6% dos respondentes concordaram muito com a afirmativa, 28% concordaram, 20% não concordam nem discordaram, 26% discordaram e 20% discordaram muito.

Gráfico 26: Percepção quanto às dificuldades de gerenciamento de terceirizados nas unidades de serviços.



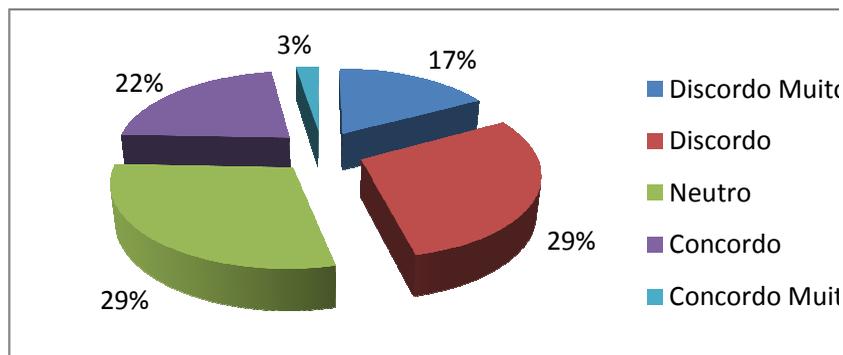
Fonte: Dados primários (2013).

Na percepção de **C9** “A dificuldade se dá muitas vezes é devido a rotatividade deste pessoal e esta se dá por que a gente exige mais qualidade nos serviços, quando ele é Fapeu é mais fácil de administrar.”

Na percepção de **C6**: “No dia a dia é a mesma coisa, muito tranquila. A dificuldade se dá é nos grandes problemas, porque até demitir os funcionários da Fapeu também só por justa causa, porque pelo tempo de serviço de muitos, o Hospital não tem como pagar”.

Em paralelo, quando questiona-se à percepção dos servidores quanto a existência de dificuldade é no gerenciamento de serviços de servidores permanentes no seu ambiente de trabalho obtivemos os seguintes percentuais que se apresentam no gráfico 27 onde 17% discordaram muito, 29% discordaram, 29% mantiveram-se neutros, 22% concordaram e apenas 3% concordaram muito.

Gráfico 27: Percepção quanto às dificuldades de gerenciamento de servidores nas unidades de serviços do HU-UFSC.



Fonte: Dados primários (2013).

Para **C5**: “Se os gestores se utilizassem da sua autoridade não tínhamos a metade dos problemas. Às vezes o gestor não possui o perfil para estar naquele cargo, ficam cheio de dedos, não cobram, ficam está ali por conveniência, ou pelo dinheiro, ou pelo horário, não se impõem”.

A visão de **C3**:

Não é fácil gerenciar pessoas, sabemos e no serviço público talvez seja mais fácil encontrar estes obstáculos, conseguir que o trabalhador dirija seus esforços para cumprir os objetivos da administração, as vezes temos de lembrar o que ele está fazendo ali, parar um pouquinho, olhar para o paciente, se colocar no lugar do outro.”

Na fala de **C1**:

O que se vê hoje é o individualismo, nós que somos mais antigos, a quase 20 anos, fazemos uma comparação por exemplo uma pessoa hoje ingressa na função e para pegar um atestado, ela pega naturalmente, não pensa na equipe, o que nós mais antigos meu Deus, em saber que faremos falta pensamos duas vezes.

Em análise aos gráficos 26 e 27, percebe-se divergências nas falas dos entrevistados com o apresentado em gráficos,

apontando dificuldades no gerenciamento de servidores permanentes com 25% concordando com a afirmativa e no gráfico 27 aponta 34% concordando com a mesma.

Para os gestores pesquisados, há muita dificuldade no gerenciamento dos servidores permanentes, pois devido aos benefícios advindos do Regime Jurídico Único (RJU), o que não acontece com os Fapeus e terceirizados de outras empresas onde a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) não permite.

Fundacionais e Terceirizados são comprometidos com o trabalho, mesmo havendo algumas limitações de conhecimento. Aqui utilizamos novamente Lemos (2010), para ilustrar que, considera-se que a troca frequente de funcionários é improdutiva, porém por outro lado é ruim não poder trocar nenhum funcionário quando necessário.

5 CONCLUSÃO

No presente trabalho foi proposto a responder o nosso problema de pesquisa que são consideradas importantes que avaliam os riscos e benefícios relacionados à qualidade na prestação de serviços na área de saúde dentro do Hospital Universitário.

Para responder às perguntas e os objetivos definidos sobre a terceirização na área da saúde como ferramenta estratégica da administração, que mesmo utilizada em uma organização pública, seja capaz de melhorar a qualidade. Agilizando serviços e aumentando os níveis de produtividade ofertada, conseqüentemente trazer maior satisfação aos clientes internos e externos, melhorando a imagem do Hospital Universitário, diante de rede pública de hospitais da região, sendo ele considerado um hospital de referência em diversas áreas.

Sob está ótica, analisaram-se as percepções dos servidores permanentes técnicos administrativos, servidores fundacionais (FAPEU) e servidores terceirizados das áreas destinadas à saúde, área fim do HU, além da percepção dos gestores do nível intermediário para obter maior consistência na análise.

Percebe-se em toda a administração pública e no HU não foi diferente, o avanço indiscriminado do uso das práticas terceirizantes, que se valeu da falta de atos normativos e da controversa discussão jurídica em relação às atividades-fim e atividades-meio. O que se vê seja no setor público, é uma distância entre a prática e a realidade, mas de maneira geral, a terceirização traz bons resultados tanto para see obedecidos os parâmetros legais e administração estiver preparada para seu acompanhamento e gerenciamento.

O Hospital Universitário da UFSC, totalmente público, apesar das dificuldades de recursos financeiros e de pessoal com toda sua equipe de funcionários, servidores permanentes e terceirizados continuam a oferecer dentro de suas limitações serviços de qualidade, humanizado, investindo em área física e equipamentos.

Os resultados apurados, analisados e interpretados demonstram na percepção de todos os servidores do grupo pesquisado e gestores entrevistados que o Hospital Universitário-UFSC, hospital público de ensino, assim como diversas

instituições da administração pública tiveram que usar a terceirização, não apenas para aumento de produtividade, ou modismo, mas para acompanhar a tendência, como alternativa de prover funcionários para suprir a demanda que o Estado não o faz, devido a necessidade de cumprimento de leis e decretos que obrigam ao seu uso.

No que tange à contratação de servidores, ainda como alternativa para prover cargos, cargos estes que em lei deveriam estar sendo supridos pelo Estado com mais agilidade, e com intuito de não permitir o cancelamento de muitos serviços a população que não possui outra forma de atendimento que o sistema único de saúde, onde a mais de 20 anos, optou-se por uma terceirização irregular, na qual é combatida nos dias de hoje pelo Tribunal de Contas da União, quanto aos servidores fundacionais, aqui chamados de Fapeus.

A terceirização no HU traz o aspecto negativo que, ao contratar uma empresa para prestação de serviços esta não sabe muito bem a diferença de uma unidade hospitalar que necessita de uma série de cuidados, não estando preparadas para atender, visando apenas a contratação de funcionários com baixa qualificação, por baixa, submetendo - os sem um preparo para determinadas tarefas.

Outro fator identificado é a falta de preparo da instituição para receber estes profissionais terceirizados, ou Fapeus, que, ao ingressar na função não conhecem a cultura da instituição, missão, visão, valores, em suma o que o caracteriza e que talvez esta falta de identificação com a instituição gere a falta de comprometimento e a rotatividade evidenciada.

Um fator importante considerado é que a administração não prepara os gestores de contrato para o acompanhamento e supervisão não apenas das atividades como todas as questões relacionadas contratos de serviços, pois além da supervisão *in loco*, há toda a questão legal, como prazos, pagamentos, recolhimento de impostos e obrigações trabalhistas.

No que tange à qualidade, a terceirização não foi percebida como benéfica, porém não se deve apenas a menor qualificação técnica ou formal dos funcionários terceirizados, ela não é sentida principalmente devido ao crescimento das demandas de contratualização com a Secretaria Estadual de Saúde, dos serviços para o atingimento de metas e repasses financeiros e o próprio crescimento populacional da região e

demais fatores econômicos dos pacientes. O que se percebe é que devido à falta de vontade e sensibilização do Estado, associada com as políticas econômicas que priorizam o sucateamento da saúde pública, não contratam profissionais técnicos especializados para atendimento a saúde da população, quando este é de sua responsabilidade.

Pelas questões apresentadas, sugere-se ao Hospital Universitário – UFSC realizar ações:

- a) Programas de qualificação relacionados à capacitação de gestores de contratos e todas as chefias e este curso que sejam obrigatórios para que todos conheçam como funciona a terceirização, as leis que as norteiam, a fim de que haja melhor acompanhamento e as pessoas ali incumbidas da sua supervisão não fiquem reféns da legislação que atribui responsabilidades ao agente público e para que não cometam enganos que posteriormente possa vir a causar ações trabalhistas contra a instituição;
- b) Realizar palestras para sua apresentação, a fim de que servidores permanentes recém - contratados, terceirizados e fundacionais, quando no ingresso de suas atividades, sendo esta para todos os ingressantes, obrigatórias;
- c) Para atendimento da manutenção da mão-de obra comprometida e com qualificação técnica, sugere-se a abertura de concursos públicos para provimento de cargos para áreas estratégicas do hospital, apenas para áreas de tomada de decisão e técnicas, como as áreas administrativas e da saúde, sob regime da consolidação das leis do trabalho.

5.1 RECOMENDAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

Com base na conclusão do presente trabalho, embora sejam restritas ao caso estudado, apontamos algumas recomendações que se apresentam convenientes para o aprofundamento, abriu novas indagações, permitindo assim recomendações para pesquisas futuras:

- a) Fazer uma pesquisa com todo o grupo de servidores permanentes e terceirizados de todas as diretorias do

Hospital Universitário, a fim de ter a percepção plena quanto à qualidade de serviços oferecidos e quanto ao nível de satisfação dos mesmos;

- b) Averiguar o nível de satisfação dos clientes externos do HU, quanto à oferta de qualidade dos serviços prestados;
- c) Realizar uma análise de postos de trabalhos existentes e quantificar os necessários para a manutenção da prestação de serviços de qualidade em cada unidade de serviços, dentro de cada diretoria, do Hospital Universitário.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.S. **Elaboração de projeto, TCC, dissertação e tese**: uma abordagem simples, prática e objetiva. São Paulo: Atlas, 2011.

AMORIM, H.S. **Terceirização no Serviço Público**: Uma Análise à Luz da Nova Hermenêutica Constitucional. São Paulo: LTr, 2009, p.97.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.

BERWICK, D.M. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo (SP): Makron Books; 1995.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>, acesso em: 15/01/2013.

_____. **Decreto nº 2.271, de 7 de julho de 1997**. Dispõe sobre a contratação de serviços pela Administração Pública Federal direta, autárquica e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2271.htm. >acesso e 8 de agosto de 2012.

_____. **Lei n.º 8.666 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. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm.> acesso em 15/01/2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Terminologia básica de saúde**. 1983. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0113terminologia3.pdf>> Acesso em: 5 mar. 2013.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Rehuf**. Disponível em: <<http://ebserh.mec.gov.br/ebserh-rehuf>> Acesso em: 12.05.2013.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A; SILVA, R.. **Metodologia Científica**.6.ed.São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHILLIDA, M.S.P; COCCO, M.I.M. **Saúde do Trabalhador e Terceirização: Perfil de Trabalhadores de Serviço de Limpeza**.Hospitalar.Rev. Lat.-am Enfermagem.2004. março-abril 12(2): 271-276.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da Administração**. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

DIEESE. Relatório Técnico - **O Processo de Terceirização e seus Efeitos sobre os Trabalhadores** no Brasil. Disponível em:<

http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BA5F4B7012BAAF91A9E060F/Prod03_2007.pdf>. Acesso em: 15mai2013.

D'INOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva; CUNHA, Isabel Cristina O.C. **O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem**. Rev Bras Enferm 2006 jan-fev; 59(1): 84-8.

DI PIETRO, M.S.Z. **Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas**. 7 ed. São Paulo : Atlas, 2009.

DRUCK, M.G. **Terceirização - (Des)Fordizando a Fábrica: Um Estudo do Complexo Petroquímico**. São Paulo: Bomtempo Editorial, 1999.

DUARTE, Fabrício Souza. **A terceirização e sua utilização – a possibilidade de sua utilização pela Administração Pública**. Fórum de Contratação e Gestão Pública, Belo Horizonte, ano 4, nº 38, fev/2005.

ELEUTÉRIO, Sueli Aparecida; SOUZA, Maria Carolina A.F.Qualidade na prestação de serviços :**uma avaliação com clientes internos**. Caderno de pesquisas em administração, São Paulo.v.09. n.3, julho/setembro 2002.

FERRAZ, Luciano. **Função Administrativa**. Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico, Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, nº 8, nov/dez – 2006/ jan de 2007. Disponível na internet: <<http://www.direitodoestado.com.br>> . Acesso em 02jun.2013.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GARVIN, D. **Gerenciando a qualidade**. 1ª ed. São Paulo. QualityMark, 2002.

GIRARDI, D. **O impacto da terceirização nas organizações: evolução histórica e tendências**. – Florianópolis: Pandion, 2008.

_____. **A terceirização como estratégia competitiva nas organizações**. Gelre coletânea. Série estudos de Trabalho. Agosto 2006.

GIRARDI, S. N., Carvalho, C. L., Girardi Jr, J.B. **Formas Institucionais da Terceirização de Serviços em Hospitais da Região Sudeste do Brasil: Um Estudo Exploratório**. 1999.

GODOY, A.S. **Introdução a pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v.35, n2, p.57-63.1995.

GODOY, C.G.P; MASCARENHAS, M.C.K.; PINTO, S.R.C.F. **Ética e Relações Interpessoais entre Servidores e Terceirizados**. Brasília, 2007.

GONÇALVES, Laura Atalanta Escovar Bello. **Sistema de controle da terceirização na Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado Profissional em Economia).Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade em Ciências Econômicas, Programa de Pós-Graduação em Economia, Porto Alegre, 2006.

GUIMARÃES C,M; CARVALHO, J.C. **Terceirização em cuidados continuados – uma abordagem de gestão de risco**. Ciências e Saúde Coletiva 2012; 17(5): 1179-1190.

HEILBORN, G.L.J.; LACOMBE, F.J.M. **Administração: princípios e tendências**. - 2.ed.rev. e atual.- São Paulo : Saraiva, 2008.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC. **Apresentação planejamento estratégico**. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/plano2012/index.php?id=26>> Acesso em: 10 maio 2013.

_____. **Regimento Interno HU** Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/regimentointerno> Acesso em 20.05.2013.

LEITÃO, S.P.; LAMEIRA, V.J.. Humanismo e mudança Organizacional. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 731- 751, maio/jun. 2005.

LOCKE, Richard. O futuro das relações de trabalho e de emprego. In Castro, A.B.de et al. **O futuro da indústria no Brasil e no mundo: os desafios do século XX**. Rio de Janeiro: Campus, 1999, p.205-218.

MAIOR, J.L.S.. **Terceirização na administração pública: uma prática inconstitucional**. Boletim Científico da Escola Superior do Ministério Público da União.2006. Disponível em: <<http://www3.esmpu.gov.br/linha-editorial/boletimcientifico/Boletim%2017%20-%206a%20revisao.pdf>>. Acesso em: 03/02/2013.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

_____. **Metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas,. 2010

MARTINS, P.G.; LAUGENI, F.P. **A Administração da Produção**. São Paulo: Saraiva, 2006.

MATTAR, F. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 2005.

MEIRELLES, H.L. **Direito Administrativo Brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 27.ed., 2002.

MENEZES, M.J. Estilo democrático de gestão no contexto organizacional:

Perspectivas. **Administração de Empresas em Revista/ Faculdades Integradas Curitiba**. Curitiba, ano 1, n. 1. 2002.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

MOREIRA, F.K.. **Diagnóstico de Organizações Complexas [Dissertação]**. O caso da Unidade de pronto atendimento sul de Florianópolis. Orientador, Rolf Hermann Erdmann –Florianópolis, SC, 2011.

NEGRÃO, J.J. Consenso de Washington. **Para conhecer o Neoliberalismo.** p. 41-43, Publisher Brasil, 1998. Disponível em: <<http://www.cefetsp.br/edu/eso/globalizacao/consenso.html>> Acesso em: 05/01/2012.

NOVAES HM, PAGANINI JM. **Garantia de qualidade em hospitais da América Latina e do Caribe: acreditação de hospitais para a América Latina e do Caribe.** Organização Pan-Americana de Hospitais/ Organização Mundial da Saúde – Federação Latino Americana de Hospitais. Brasília (DF): Editora da Federação Brasileira de Hospitais; 1992.

NOVAES, GILMORE HM. **Manual de gerência da qualidade OPS/ Kellogg.** Washington (USA): [s.e.]; 1997.

PEREIRA, L.C.B. **Crise econômica e reforma do estado no Brasil:** para uma nova interpretação da América Latina. São Paulo: Editora 34, 1996.

PONTE, V.M.R. **Análise das metodologias e técnicas de pesquisa adotadas nos estudos brasileiros sobre balanced scored card:** um estudo dos artigos publicados no período de 1999 a 2006. [on-line]. Disponível em: <<http://www.anpcont.com.br/site/docs/congressol/03/EPC079.pdf>>. Acesso : 23/02/2013.

RAMOS, D.M.O. **Terceirização na Administração Pública.** 1 ed. São Paulo: LTR, 2001.

RENNÓ, C. S. N; DINIZ, Z. C. M.; MAFRA, A. A. Plano diretor da Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas 2007-2009. In: MARTINS, M.M.; COUTINHO, I.; SANTOS, A. (org.). **Caderno de Especialização em Gestão Hospitalar para o PRO-HOSP** . Belo Horizonte: ESP-MG, 2007.

ROCHA, J.A.O. **Gestão Pública e Modernização Administrativa,** Oeiras: Instituto nacional de Administração. 2001.

RUSSO, G. M. Guia Prático de Terceirização – **Como elaborar um projeto de terceirização eficaz.** - Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SALOMI, G.E; MIGUEL, P.A. **Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços**. Revista Produção v. 14 n. 1 2004.

SANTOS, P.C,J dos.**Flexibilização das normas trabalhistas e sua constitucionalidade**.07/2005.Disponível em:<<http://jus.uol.com.br/revista/texto/12200/flexibilizacao-das-normas-trabalhistas-e-sua-constitucionalidade/3>>. Acesso em 04 jan 2012.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. 6. Ed. Revisada. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

SÃO THIAGO, P. E. **Promovendo saúde e ensino**: Hospital Universitário de Santa Catarina. Florianópolis: Editora da UFSC, 1983.

SILVA, R. G. **A terceirização no Brasil e a Súmula 331 do TST** .10/2011.Disponível em <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/terceirizacao.artigo>>[online].Acesso em: 15/02/2013.

SILVA ,J. G; OLIVEIRA, J. R.; MONTENEGRO, E. B. **Utilização da Escala SERVQUAL na avaliação da qualidade de serviços pelos clientes intersetoriais da expedição da UNIMED**.10/2011.Disponível em<http://www.uniuol.com.br/down/ARTIGO_Emerson_Montenegro_2009.pdf.Acesso em: 15/02/2013.

SILVA, L. C. S.; KOVALEVSKI, J. L.; GAIA, S. **Qualidade em Serviços**: Uma análise teórica sobre as principais características. Ver. Gestão Industrial. Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR. Campus Ponta Grossa-Paraná-Brasil.2011.

SIQUEIRA, Daniel Madureira Rodrigues. **A avaliação da qualidade em serviços**: uma proposta metodológica. Tese (Doutorado). Área de concentração Programa de pós-graduação em engenharia da produção da UFSC, 2006 .

SOUZA, E. C. L. A Capacitação administrativa e a formação de gestores governamentais. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 73 - 88, jan/fev. 2002.

SOUZA, P.C. **O Equilíbrio das contas públicas e o impacto da lei de responsabilidade fiscal nos municípios mineiros.** Dissertação (Mestrado Profissional em Administração).Faculdades Integradas São Leopoldo, Programa de Pós-Graduação em Administração, MG, 2008.

SOUZA, I.M. **Gestão das Universidades Brasileiras: uma abordagem fundamentada na gestão do conhecimento.** 2009. 01 v. Tese (Doutorado) - Curso de Engenharia do Conhecimento, Departamento de Engenharia e Gestão do Conhecimento, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

TEIXEIRA, H.J; MARTELANC, R; PRADO FILHO, L.P.C do. **Dilemas e Perspectivas da Terceirização no setor publico.** 2009 Disponível em : <<http://www.docstoc.com/docs/5938427/DILEMAS-E-PERSPECTIVAS-DA-TERCEIRIZAÇÃO-NO-SETOR-PUBLICO>>. Acesso em: 05.03.2013.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 2007.

WEBER, L.; GRISCI, C. L. I. **Trabalho, gestão e subjetividade:** dilemas de chefias intermediárias em contexto hospitalar. Cadernos EPAPE.BR , Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, art. 4, p. 54-70, mar. 2010.

YIN, R.K. **Estudo de Caso:** planejamento e métodos. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – SOLICITAÇÃO AO HU-UFSC DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.

Florianópolis, _____ Maio de 2013.

À Direção Geral HU-UFSC.

Assunto: Autorização para a pesquisa sobre avaliação da qualidade dos serviços prestados ao Hospital Universitário, oferecidos pelos servidores do quadro permanente e pelos funcionários terceirizados sob a perspectiva dos usuários internos e gestores dos serviços.

Prezado(a) Sr.(a) Diretor(a),

Conforme contato mantido anteriormente, solicita-se autorização dessa universidade para a realização de uma pesquisa que objetiva analisar qualidade dos serviços prestados ao Hospital Universitário, oferecidos pelos servidores do quadro permanente e pelos funcionários terceirizados das áreas sob a égide da Diretoria de Apoio Assistencial, Diretoria de Medicina e Diretoria de Enfermagem, com a perspectiva dos usuários internos e gestores dos serviços relacionados a área fim do hospital, ou seja, tratamento e manutenção da saúde a seus clientes.

O estudo faz parte de Dissertação de Mestrado a ser apresentada à Universidade Federal De Santa Catarina - UFSC, como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Administração Profissional Universitária.

A proposta do estudo visa à realização de entrevistas com gestores das unidades de serviços deste Hospital Universitário, além de realizar questionários com todos os servidores desta instituição.

Sem mais para o momento, agradeço antecipadamente a sua colaboração.

Atenciosamente,

Daniela Quadros

Mestranda em Administração Universitária

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA REALIZADO COM OS GESTORES/ RESPONSÁVEIS DAS UNIDADES DE SERVIÇOS AO ATENDIMENTO À SAÚDE.

Data: ___/___/___ **Hora:** ___:___

Perfil do servidor

- 1) Nome do servidor:
- 2) Idade:
- 3) Escolaridade:
- 4) Cargo/Função:
- 5) Tempo de Serviço no HU:
- 6) Local do exercício de sua função:
- 7) Tempo de Serviço no local de exercício:

A – Qualidade de serviços

- 1) **Qual** o seu entendimento sobre qualidade em serviços?
- 2) Você acredita que o Hospital Universitário oferece serviços de qualidade para seus clientes externos/ internos?
- 3) Em qual área do Hospital Universitário você acredita que estes serviços de qualidade se destacam positivamente? E o que você considera ser o diferencial para o alcance desta oferta de serviços?
- 4) Em qual área do Hospital Universitário você acredita que estes serviços de qualidade se destacam negativamente? E porque você acredita que haja estas deficiências?
- 5) Você percebe que a instituição se preocupa a utilização de materiais, produtos de qualidade no trato de seus clientes? Se caso positivo estão conseguindo adquiri-los?

- 6) Os ambientes do hospital estão oferecendo qualidade, equipamentos (camas, suportes, cadeiras de banho, etc), sua estrutura física, controle de infecções?

B – Terceirização

- 1) Como você vê a Terceirização e/ou contratados via Fundação (FAPEU) dentro da sua instituição?
- 2) Você conhece o contrato de trabalho do pessoal FAPEU e dos terceirizados?
- 3) Você acredita que está respeitando estes contratos?
- 4) Você está satisfeito com os serviços destes terceiros atuando dentro da sua unidade de serviços?
- 5) Você está satisfeito com os serviços de terceiros atuando dentro do Hospital como um todo?
- 6) Você confia nos trabalhos desenvolvidos por estes Fapeus e terceirizados?
- 7) Quanto a agilidade, você acredita que o atendimento destes é rápido.
- 8) Quanto ao profissionalismo, acredita ter os FAPEU e servidores terceirizados conhecimento na área que atuam?
- 9) Em relação a atuação deles com o público interno e externo, você acredita que estes agem com cortesia e respeito para com estes, pelos servidores FAPEU e terceirizados?
- 10) Como se dá a comunicação das chefias com os FAPEU, difere dos servidores permanentes? E com os terceirizados?
- 11) Quais as principais dificuldades encontradas no gerenciamento dos serviços terceirizados e FAPEU?
- 12) Há muita rotatividade de funcionários FAPEU e dos demais terceirizados?
- 13) Como você vê a relação entre os terceirizados, os FAPEU e os servidores do quadro permanente do HU?
- 14) Você acredita que a instituição realize avaliações para a realização de ações corretivas ou de melhorias no processo de trabalho destes funcionários (FAPEU e terceirizados)?

C – Servidores Quadro Permanentes e Terceirizados

1) Como você vê a relação entre os terceirizados, os FAPEU e os servidores do quadro permanente do HU?

1) Você está satisfeito com a atuação dos seus funcionários do quadro permanente dentro da sua unidade de serviços?

2) O desempenho dos servidores do quadro permanente em sua unidade de serviços melhorou ou piorou sob a sua ótica após o ingresso de terceirizados?

3) Você acredita que houve uma melhora na qualidade dos serviços ofertados após o ingresso de funcionários terceirizados em sua unidade de serviço?

4) Você acredita que houve uma melhora na qualidade dos serviços ofertados após o ingresso de funcionários terceirizados em todo o Hospital Universitário?

5) Na seu local de trabalho você confia nos trabalhos desenvolvidos por servidores permanentes ou nos FAPEU/Terceirizados?

6) Na sua área de trabalho o número de funcionários é compatível com a demanda?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO REALIZADO COM SERVIDORES TÉCNICO ADMINISTRATIVOS E TERCEIRIZADOS NAS UNIDADES DE SERVIÇOS DENTRO DO HU-UFSC DE ÁREAS RELACIONADAS AO ATENDIMENTO À SAÚDE.

Prezado (a) colaborador (a), como aluna do Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária (PPGAU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), solicito de Vossa Senhoria a participação na entrevista para minha pesquisa de mestrado cujo tema é o DIAGNÓSTICO DA TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM UMA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC , com o objetivo de conhecer os benefícios e o riscos do uso da terceirização em relação a qualidade dos serviços da área de saúde no Hospital Universitário- UFSC.

Os serviços aqui considerados tratam-se para servidores e terceirizados incluindo os fundacionais voltados à área da saúde, ou seja, cujos serviços estejam voltado aos pacientes do Hospital Universitário.

Sua colaboração será muito importante, pois poderá trazer sugestões de melhoria dentro da instituição. Neste sentido, é importante destacar que os nomes dos participantes não deverão ser divulgados.

Grata,
Daniela Quadros

DADOS PESSOAIS**Preencha os quadros****1. SEXO**

1. masculino
2. feminino

2. IDADE **3. TEMPO DE SERVIÇOS NO HU UFSC EM ANOS** **4. SERVIDOR**

1. Quadro UFSC
2. Fundação
3. Terceirizado

5. NÍVEL ESCOLARIDADE

1. nível superior
2. nível médio
3. nível apoio

6. OCUPA FUNÇÃO DE CHEFIA

1. sim
2. não

7. INDIQUE A SIGLA DA UNIDADE OU SERVIÇO EM QUE VOCÊ ESTÁ LOTADO**8. CARGO QUE EXERCE DENTRO DO HU**

II. DADOS OPERACIONAIS

INSTRUÇÕES:

Atenção! As questões a seguir deverão ser respondidas com base na escala abaixo, por favor, responda com a maior sinceridade !!!

1. Leia com atenção cada questão.
2. Assinale com um **x** **SOMENTE UMA VEZ EM CADA QUESTÃO.**
3. Abaixo de cada questão você encontrará uma escala de 1 a 5.
4. O número **5** = significa que **concordo muito** com a afirmativa.
O número **4** = significa que **concordo** com a afirmativa.
O número **3** = significa que estou **indeciso** quanto à afirmativa.
O número **2** = significa que **discordo** da afirmativa.
O número **1** = significa que **discordo muito** da afirmativa.

APÊNDICE C - ROTEIRO DE QUESTIONARIO A SER REALIZADO COM OS SERVIDORES TECNICOS ADMINISTRATIVOS E TERCEIRIZADOS DAS UNIDADES DE SERVIÇO HOSPITALAR.

QUESTIONÁRIO

1) A terceirização no HU/UFSC foi uma boa alternativa para a contratação de pessoal.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2)O Hospital Universitário oferece serviços de qualidade para seus clientes externos e internos.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3)O Hospital Universitário, em seu local de trabalho, oferece estrutura física de qualidade para seus clientes externos e internos.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4) O Hospital Universitário, em seu local de trabalho, oferece materiais, equipamentos e suprimentos de qualidade para seus clientes externos e internos.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5) Sob a sua visão a legislação na qual o HU-UFSC está submetido está contribuindo para que haja esta melhora na qualidade de serviços ofertados a população e ao seu público interno.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6) Na sua percepção os serviços de terceirizados que atuam dentro da sua unidade de serviços estão satisfazendo você.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7) Está satisfeito com os serviços de terceiros atuando dentro do Hospital como um todo.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8) Você percebe que a instituição utiliza os resultados da avaliação para a realização de ações corretivas ou de melhorias.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9) Você considera boa a relação interpessoal entre servidores permanentes e terceirizados dentro do HU.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10) Você está satisfeito com a atuação dos seus funcionários do quadro permanente dentro da sua unidade de serviços.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11) O desempenho dos servidores do quadro permanente em sua unidade de serviços melhorou sob a sua ótica após o ingresso de terceirizados.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12) Você acredita que houve uma melhora na qualidade dos serviços como um todo ofertados após o ingresso de funcionários terceirizados em sua unidade de serviço.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13) Você acredita que houve uma melhora na qualidade dos serviços ofertados em seu ambiente de trabalho após o ingresso de funcionários terceirizados em todo o Hospital Universitário.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14) Você conhece a legislação brasileira, onde a terceirização é uma alternativa para as empresas contratantes.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15) A contratação das empresas terceirizadas trouxe mais agilidade aos processos de serviços em todo o HU- UFSC.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16) Você considera que a imagem do HU-UFSC melhorou perante a comunidade universitária em função dos serviços terceirizados.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17) Você percebe que o relacionamento do pessoal terceirizado contratadas com o pessoal permanente do seu setor dentro do HU é bom.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18) De acordo com sua percepção, são tomadas ações corretivas para as falhas , quando surgem ,nos serviços terceirizados.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19) Você está satisfeito com a qualidade de serviços terceirizados em todo o HU-UFSC.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20) Você confia nos trabalhos desenvolvidos pelos servidores permanentes em seu ambiente de trabalho.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21) Você confia nos trabalhos desenvolvidos pelos servidores terceirizados em seu ambiente de trabalho.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22) Quanto ao público a que estão submetidos no seu ambiente de trabalho, você acredita que os servidores permanentes agem com cordialidade e agilidade.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23) Quanto ao público a que estão submetidos no seu ambiente de trabalho, você acredita que os terceirizados agem com cordialidade e agilidade.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24) Você acredita que não haja dificuldades no gerenciamento de serviços terceirizados no seu ambiente de trabalho.

ESCALA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25) Você acredita que não haja dificuldades no gerenciamento de permanentes no seu ambiente de trabalho.

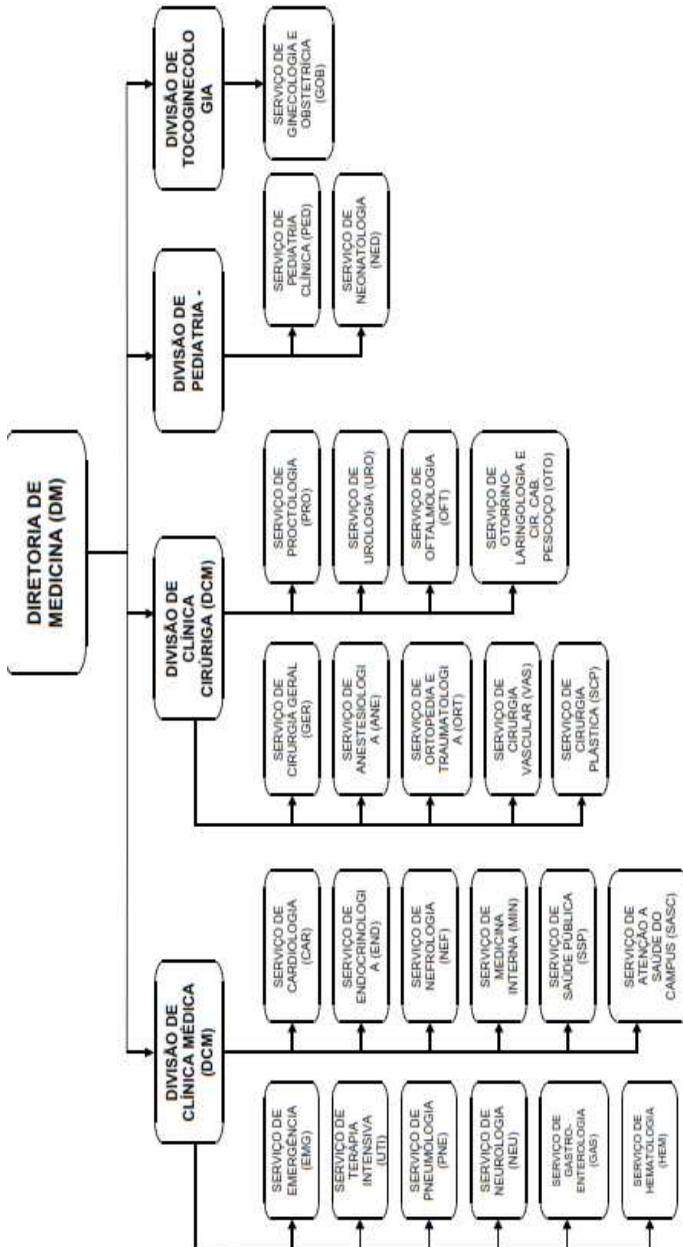
ESCALA

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

Obrigado pela participação!!

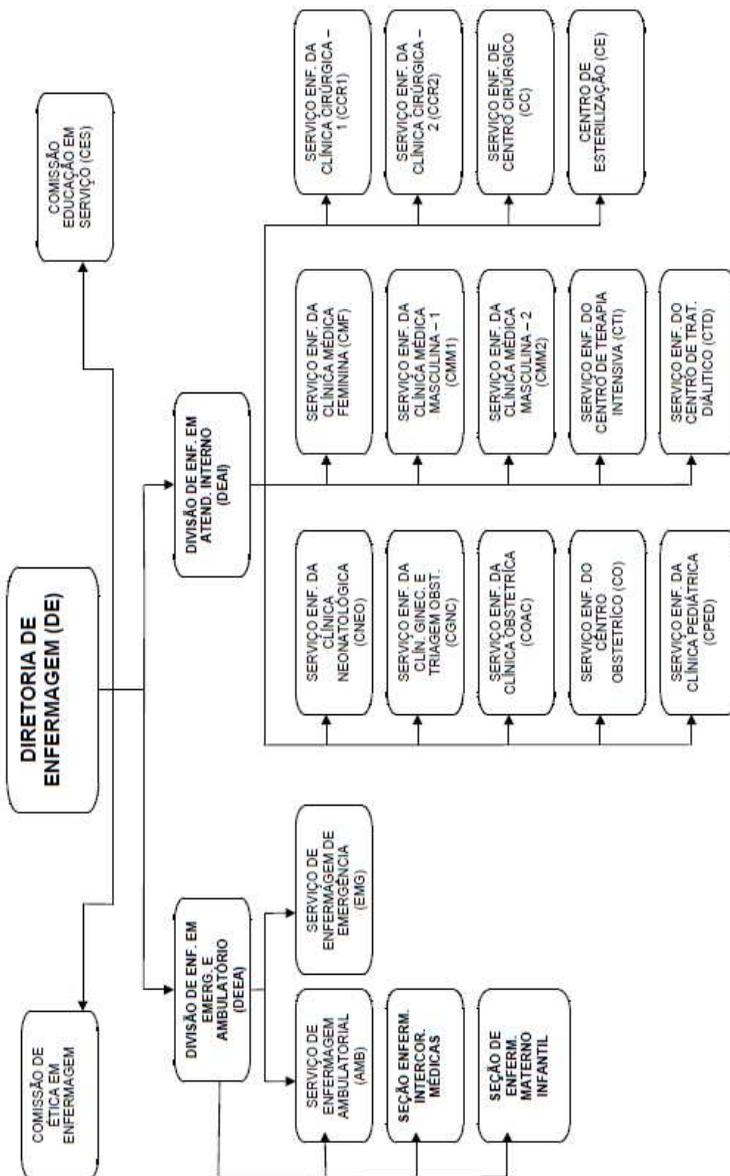
ANEXOS

ANEXO A



ANEXO B

ORGANOGRAMA DA DIREÇÃO DE ENFERMAGEM – DE/HU 2008



ANEXO C

ORGANOGRAMA DA DIREÇÃO APOIO ASSISTENCIAL - DAA/HU 2008

