UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
INSTITUTO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS, ADMINISTRATIVAS E CONTÁBEIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA

PATRICK MATOS FREITAS

SUBSTITUIÇÃO EM MASSA DE PESSOAL COMO MECANISMO DE MUDANÇA INSTITUCIONAL NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM UM HU FEDERAL

RIO GRANDE/RS
ABRIL DE 2021

PATRICK MATOS FREITAS

Substituição em Massa de Pessoal como Mecanismo de Mudança Institucional na Organização do Trabalho em um HU Federal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração – PPGA da Universidade Federal do Rio Grande - FURG como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Márcio André Leal Bauer

RIO GRANDE – RS
ABRIL DE 2021

Ficha Catalográfica

F866s Freitas, Patrick Matos.
Substituição em massa de pessoal como mecanismo de mudança institucional na organização do trabalho em um HU Federal / Patrick Matos Freitas. – 2021.
217 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Administração, Rio Grande/RS, 2021.
Orientador: Dr. Márcio André Leal Bauer.

1. Teoria Institucional 2. Organização do Trabalho 3. Poder Profissional 4. Administração de Recursos Humanos em Hospitais 5. EBSERH I. Bauer, Márcio André Leal II. Título.

CDU

Catalogação na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Márcio André Leal Bauer
PPGA - FURG

_____

Prof.ª. Dr.ª Francielle Molon da Silva
PPGA - FURG

_____

Prof. Dr. Ronaldo Bordin
PPGA - UFRGS

_____

Prof.ª. Dr.ª Cristina Arthmar Albrecht
FURG

AGRADECIMENTOS

Agradeço todo apoio, tempo e energia empregados pelo professor Márcio Bauer na condução assertiva desta pesquisa. Seu profundo conhecimento sobre as teorias de base adotadas e sua forma sempre positiva, principalmente nos momentos de dúvidas e incertezas, foram essenciais para a sua conclusão. Este agradecimento é estendido a todos professores do PPGA/FURG que desde o ingresso no programa foram muito acolhedores em suas aulas, discussões e opiniões, recebendo um aluno de origem diferente em sua área de formação sem qualquer espécie de preconceito ou barreira, até mesmo nos momentos que não possuía o mesmo conhecimento dos demais colegas sobre temas que não lhe eram afetos.

Agradeço a meus pais por todo o incentivo à educação e à formação acadêmica. Aprendi desde muito novo o valor e a diferença que o estudo faz em nossas trajetórias. O mérito de qualquer conquista acadêmica em nosso lar sempre foi compartilhado com entusiasmo por pais, avós e demais familiares. Tenho certeza que momentos como esse, do encerramento de mais um importante ciclo, não aconteceria e não teriam o mesmo sabor sem que vocês estivessem ao meu lado ao longo destes anos. Muito obrigado pai e mãe.

Obrigado aos meus amores Márcia e Valentina por estarem ao meu lado nessa caminhada. Voltar a estudar com a dedicação que um mestrado exige tendo uma filha tão pequena e trabalhando não seria possível sem que tivesse você ao meu lado Márcia. Obrigado por toda compreensão e apoio ao longo destes trinta longos meses. Muitos são os dilemas e as culpas que surgem quando um filho pede para brincar ou quer pelo menos um minuto de sua atenção e você naquele momento só consegue pensar nos prazos que deve cumprir e os compromissos assumidos com seu orientador.

Cada minuto deste convívio que se perde em uma fase tão importante da formação dos nossos filhos parece não poder ser compensado. Tenho certeza que todos que passam por isso entendem esse sentimento. Tenho mais certeza ainda que todas as escolhas foram acertadas e o presente trabalho também vai contribuir para que no futuro a minha amada Valentina cresça em um ambiente que entende e que valoriza o poder da educação. Espero que eu possa ser, assim, um pouco do que o seu Freitas e a dona Cleni foram para mim filha.

Não poderia deixar de agradecer aos colegas e chefias de Universidade por todo apoio durante o curso. Não foram poucas as vezes que tive de me ausentar ou não pude contribuir da forma que desejava com o trabalho em razão das atividades do mestrado. No entanto, jamais

obtive qualquer resposta negativa ou desencorajadora de meus colegas. Muito obrigado Bia, Marina, Marlene, Brenda, Cláudio e Mozart.

Da mesma forma agradeço à FURG por todo o incentivo dado a seus servidores para suas formações através de políticas inclusivas e preocupadas com o desenvolvimento das carreiras de seus profissionais. Não seria de forma alguma possível chegar até o final do curso sem a liberação de carga horária. Embora este seja um direito previsto em lei ao servidor TAE sabemos de muitas realidades diferentes. Uma Universidade que almeja transformar a sociedade e sua realidade regional não consegue cumprir tal tarefa sem ter um olhar especial para seus servidores, responsáveis por levar a diante sua visão e missão, executores de todo seu planejamento e difusores de sua cultura.

Por fim, agradeço a todos os colegas que fizeram parte de minha jornada no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Junior. É impossível trabalhar um dia em um hospital público, 100% SUS, vivenciar todas as dificuldades existentes para prestar uma assistência e contribuir para uma formação qualificada de nossos profissionais sem ter admiração pelo que estes profissionais e gestores fazem, mesmo diante de todas as dificuldades inerentes à atividade no contexto da saúde pública brasileira. Vocês são um exemplo.

Viva ao SUS! Viva o serviço público de qualidade! Viva a ciência e a pesquisa!

"*Há épocas em que a sociedade, tomada de pânico, se desvia da ciência e procura a salvação na ignorância*".

(Mikhail Saltykov-Stecherdrine)

RESUMO

Os hospitais universitários são locais propícios a criação de arranjos de organização do trabalho por parte dos profissionais. Hábitos, rotinas e práticas suprem a inexistência da regulamentação por parte da gestão e do governo federal. Essas práticas são institucionalizadas ao longo dos anos, auferindo legitimidade. A EBSERH foi criada pelo Governo Federal com o objetivo de substituir recursos humanos contratados de forma precária pelas Universidades, gerir recursos de custeio e capital e alterar o modelo de gestão dos HU. O presente trabalho tem como objetivo compreender se a mudança organizacional proposta com a criação da empresa e a substituição em massa dos trabalhadores que atuam nos hospitais universitários foi capaz de desinstitucionalizar a forma construída ao longo dos anos, marcada pela autonomia e autogestão dos trabalhadores. Objetiva-se compreender se aquela forma cedeu lugar a um novo modelo voltado a atender a uma série de mudanças implementadas no serviço público federal iniciadas desde a década de 1990, baseadas no New Public Management. Trata-se de um estudo qualitativo, com uma abordagem exploratória por meio de em estudo de caso. Foram coletados dados através de entrevistas com trabalhadores por meio de roteiro semiestruturado além da obtenção de dados junto ao hospital e fundação de apoio por meio da Lei de Acesso à Informação. Para análise de dados foi utilizada a abordagem fenomenológica descritiva de Sanders, aplicada aos estudos organizacionais. Como resultado verificou-se uma forte influência da academia sobre a gestão e a organização do trabalho dos HU. Além disso, por se tratar de uma típica burocracia-profissional existe uma distribuição assimétrica de poder aos profissionais médicos. A participação sindical nos rumos das decisões de gestão da Universidade e do HU denotam o poder das categorias na administração, ocorrendo a cooptação das principais lideranças como forma de diminuir a pressão sobre a gestão. Uma das principais causas encontradas para a formação de arranjos institucionalizados foi o distanciamento da gestão universitária do HU, abrindo espaço para o poder e influência dos profissionais organizarem o trabalho de acordo com seus interesses. Como principal resultado observou-se que a mudança organizacional pretendida não surtiu nos primeiros cinco anos de gestão o objetivo pretendido. Ao contrário, há indícios de que ocorreu uma aculturação por parte dos novos trabalhadores de hábitos, rotinas e práticas dos trabalhadores remanescentes. Fatores que podem explicar este fenômeno são a força dos profissionais remanescentes como categoria profissional, a influência de fatores externos como sindicato e academia na gestão do hospital e a pouca efetividade de políticas integrativas por parte da gestão. A substituição de pessoal foi a solução mais simples para implementar uma mudança de política de pessoal. A mudança dos recursos humanos em tese traria os resultados de forma imediata. Todavia, para ser operacionalizada e surtir os efeitos desejados exigiria uma participação da gestão que em nenhum momento ocorreu da forma necessária.

Palavras-Chave: Teoria Institucional; Organização do Trabalho; Poder Profissional; Administração de Recursos Humanos em Hospitais; EBSERH.

ABSTRACT

University hospitals are suitable places for the creation of work organization arrangements by professionals. Habits, routines and practices make up for the inexistence of regulation by the management and the federal government. These practices are institutionalized over the years, gaining legitimacy. EBSERH was created by the Federal Government with the aim of replacing human resources precariously hired by universities, managing funding and capital resources and changing the management model of the HU. This study aims to understand whether the organizational change proposed with the creation of the company and the mass replacement of workers who work in university hospitals was able to deinstitutionalize the way built over the years, marked by workers' autonomy and self-management. The objective is to understand if that form gave way to a new model aimed at meeting a series of changes implemented in the federal public service started in the 1990s, based on New Public Management. This is a qualitative study, with an exploratory approach through a case study. Data were collected through interviews with workers through a semi-structured script, in addition to obtaining data from the hospital and support foundation through the Access to Information Law. For data analysis, Sanders' descriptive phenomenological approach was used, applied to organizational studies. As a result, there was a strong influence of academia on the management and organization of work at the HU. Furthermore, as this is a typical professional bureaucracy, there is an asymmetrical distribution of power to medical professionals. Union participation in the direction of management decisions at the University and at the HU denote the power of the categories in the administration, with the co-opting of the main leaders as a way to reduce the pressure on the management. One of the main causes found for the formation of institutionalized arrangements was the distance from the university management of the HU, opening space for the power and influence of professionals to organize the work according to their interests. As a main result, it was observed that the intended organizational change did not achieve the intended objective in the first five years of management. On the contrary, there are signs that the new workers have become acculturated to the habits, routines and practices of the remaining workers. Factors that can explain this phenomenon are the strength of the remaining professionals as a professional category, the influence of external factors such as union and academia in the hospital management and the ineffectiveness of integrative policies by the management. Replacing personnel was the simplest solution to implementing a personnel policy change. The change in human resources in theory would bring results immediately. However, to be operationalized and have the desired effects, it would require management participation that at no time occurred in the necessary way.

Key Words: Institutional Theory; Work Organization; Professional Power; Personnel Administration, Hospital; EBSERH

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Organograma do HU/FURG anterior à adesão à EBSERH.....68
FIGURA 2 - Estrutura organizacional da Superintendência após a adesão à EBSERH.....69
FIGURA 3 - Estrutura organizacional da Gerência de Atenção à Saúde.....70
FIGURA 4 - Estrutura organizacional da Gerência Administrativa.....70
FIGURA 5 - Estrutura organizacional da Gerência de Ensino e Pesquisa.....71
QUADRO 1 – Características das burocracias profissionais conforme Mintzberg.....32
QUADRO 2 –Perfil dos Entrevistados.....53
QUADRO 3 –Demissões FAHERG 2017/2020.....83
GRÁFICO 1 – Demissões FAHERG no período 2017/2020.....84

LISTA DE SIGLAS

ACSCRG - Associação de Caridade Santa Casa de Misericórdia do Rio Grande
AGU – Advocacia Geral da União
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APH - Adicional de Plantão Hospitalar
APTAFURG - Sindicato dos Servidores Técnico-Administrativos em Educação da FURG
CCMAR – Centro da Criança do Mar
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPAS – Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
CF/88 – Constituição Federal de 1988
CFM – Conselho Federal de Medicina
CGU - Controladoria Geral da União
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CME - Centro de Material Esterilizado
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONDIR - Conselho Diretor do HU/FURG
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
COREN - Conselho Regional de Enfermagem
DCE - Diretório Central dos Estudantes
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EENF - Escola de Enfermagem
FA - Fundações de Apoio
FAHERG – Fundação de Apoio ao Hospital Escola de Rio Grande
FAMED - Faculdade de Medicina
FURG – Universidade Federal do Rio Grande
HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HE – Hospital de Ensino
HU – Hospital Universitário
HU/FURG - Hospital Dr. Miguel Riet Correa Jr.
IFES – Instituições Federais de Ensino Superior
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MPF - Ministério Público Federal
MS – Ministério da Saúde
NHS – National Health Service
NPM – New Public Management
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAD – Processo Administrativo Disciplinar
PDE - Plano Diretor Estratégico 2017/2018
PDRAE - Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado
PF – Polícia Federal
PROGEP – Pró-Reitoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas
PROPLAD – Pró-Reitoria de Planejamento e Administração
REHUF - Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico
SARS-COV-2 –Síndrome Respiratória Aguda Grave (Doença do Coronavírus 2019)
SPA - Serviço de Pronto Atendimento
SUS – Sistema Único de Saúde
TAE – Técnicos Administrativos em Educação
TCU - Tribunal de Contas da União
UCM – Unidade de Clínica Médica
UFPEL – Universidade Federal de Pelotas
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 1

2 REFERENCIAL TEÓRICO 6

2.1 INSTITUCIONALISMO SOCIOLÓGICO: CONCEITOS E DEFINIÇÕES 6

2.2 APLICAÇÃO DA TEORIA INSTITUCIONAL AOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS 8

2.2.1 O "VELHO INSTITUCIONALISMO" E SUA CORRELAÇÃO COM OS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS 8

2.2.2 O NEOINSTITUCIONALISMO: CONTRIBUIÇÕES E CRÍTICAS 13

2.3 INSTITUCIONALIZAÇÃO E MUDANÇA 18

2.4 INSTITUIÇÕES E PODER 21

2.4.1 PODER E CONFLITOS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO PROFISSIONAL NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS 23

2.4.2 APLICAÇÃO DOS ESTUDOS DE BOURDIEU COMO ROMPIMENTO DA DICOTOMIA ENTRE AGÊNCIA E CULTURA 25

2.5 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS COMO ORGANIZAÇÕES COMPLEXAS E SEUESPAÇO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA 30

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 41

3.1 CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA 41

3.2 LOCAL DA PESQUISA 44

3.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS 45

3.4 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS SUJEITOS E INTERRUPÇÃO DA COLETA DE DADOS 49

3.4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS 52

3.5 ASPECTOS ÉTICOS, SEGURANÇA E MONITORAMENTO DE DADOS 54

4 ANÁLISE DE DADOS 56

4.1 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JÚNIOR: DA CRIAÇÃO À ADESÃO À EBSERH 56

4.2 O PROCESSO DE SUBSTITUIÇÃO DE PESSOAL NO HU/FURG 72

4.3 O HOSPITAL NA TRAJETÓRIA DOS PROFISSIONAIS: PERCEÇÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM UM HU 103

4.4 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO E A FORMAÇÃO DO CAMPO NO HU/FURG 112

4.4.1 FATORES DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DO HU/FURG 114

4.4.2 O PROCESSO DE COOPTAÇÃO NO HU/FURG 127

4.5 MÉDICOS E ACADEMIA NO CONTEXTO DO HU: ASSIMETRIA DE PODER COMO CARACTERÍSTICA DE UMA TÍPICA BUROCRACIA PROFISSIONAL 131

4.6 O MODELO DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EBSERH E A TENTATIVA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE HÁBITOS, PRÁTICAS E ROTINAS NO HU/FURG.....148
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....174
5.1 SÍNTESE DAS DISCUSSÕES.....174
5.2 CONCLUSÕES.....197
5.3 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS.....199
REFERÊNCIAS.....201
APÊNDICES.....211

1 INTRODUÇÃO

Os hospitais constituem uma relevante forma de organização moderna, sendo um campo de análise importante tanto por seus aspectos estruturais como pela rede de relacionamento formada entre as categorias profissionais e agentes externos que neles interferem (FLAUSINO, 2015). Os hospitais universitários federais (HU), por sua vez, são organizações complexas que articulam assistência, formação de recursos humanos e pesquisa avançada em saúde e em diversas áreas do conhecimento.

Tal complexidade é reafirmada pela relevância do papel desempenhado por estas organizações no contexto atual, em especial em um país com imensas desigualdades sociais e oportunidades de acesso aos mais básicos serviços públicos que atendam às necessidades de saúde, educação, moradia e segurança (DUSSAULT, 1992). No âmbito interno os HU são compostos por diversas categorias profissionais autônomas da área da saúde, existindo uma histórica assimetria na distribuição de poder e capacidade decisória entre a classe médica e as demais profissões que compõe o campo (MINTZBERG, 2003).

Isto faz com que organizações como um hospital constituam um fenômeno de difícil compreensão e, conforme Garcia (2013, p. 155), "cada novo estudo revela elementos para observação, análise e explicações particulares", sendo que até mesmo os processos de mudança não se desenvolvem da mesma forma.

Os HU são um clássico exemplo de burocracia-profissional (MINTZBERG, 2003). Formados por algumas categorias profissionais altamente especializadas, com uma espécie de saber que lhes é próprio e muito específico, não podem ser contestados por outras profissões e administradores por não deter seu conhecimento (FERREIRA et al, 2010). Uma série de conflitos emergem da distribuição assimétrica de poder e influência daqueles profissionais, legitimada por gestores e meio social onde estão inseridos.

Hospitais são ambientes marcados pela formação de arranjos de organização do trabalho de categorias profissionais e de unidades e setores do hospital, incorporando hábitos, rotinas e práticas à rotina de trabalho pelas categorias com maior poder e influência (FARIAS; VAITSMAN, 2002). Alguns destes arranjos foram obtidos através de negociações e acordos de greve. Estes hábitos e práticas institucionalizados pelas equipes, e legitimados pela gestão faziam com que cada unidades possuísse características e formas próprias de se organizar, causando diversas diferenciações entre categorias, vínculos e profissões.

Por se tratar de uma organização pública a capacidade decisória e de mudança organizacional deve atender aos interesses do Governo Federal, tanto do Ministério da Educação como do Ministério da Saúde, em virtude da origem dos investimentos e das políticas públicas desenvolvidas nos hospitais de ensino federais (DUSSAULT, 1992).

Os HU por décadas estiveram submetidos a um modelo de gestão caracterizado como uma burocracia-profissional (MINTZBERG, 2003), com influência e poder decisório nas mãos de determinadas categorias profissionais privilegiadas pelo modelo hospitalocêntrico[1] e medicalocêntrico[2] (ZAGONEL, 2007; VAGHETTI, 2011; FLAUSINO, 2015; FERREIRA et al, 2010).

Além disto, exerceu forte influência em sua construção histórica a academia, tanto no campo da gestão como no rumo das decisões clínicas. Contudo, a partir de 2011 os HU passaram a atender exclusivamente o SUS, desempenhando um papel assistencial estratégico na rede de atenção à saúde local e regional nas áreas onde são referência em alta e média complexidade hospitalar (FINGER et al, 2017). Com isto estes hospitais deixaram de ser apenas locais de formação e prática de alunos e pesquisadores vinculados às Universidades, o que, em certa medida, afetou práticas, concepções e relações de poder que estavam institucionalizadas no campo do ensino da medicina.

A alteração do foco dos estudos de uma série de pesquisadores das mais diversas formações em saúde deu origem ao que se denominou de reforma sanitária, movimento que ganhou força na década de 1980, em um momento que coincidiu com as discussões realizadas pelo período de redemocratização política, que teve como ponto alto a promulgação de uma nova Constituição Federal em 1988. A CF/88 (Constituição Federal de 1988) resguardava uma série de direitos sociais não amparados em nenhuma outra Constituição anterior, sendo denominada, por este motivo, de Constituição Cidadã (PAIM, 2013).

O SUS possui como diretriz a descentralização, a integralidade e a participação social e rompe com o modelo anteriormente adotado, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sendo composto por instituições públicas (predominantemente), privadas (mediante convênio e contratualização), filantrópicas e pelos Hospitais Universitários Federais (PAIM, 2013).

---

[1] Modelo que destaca o hospital como o espaço físico adequado para o cuidado, mediante a internação e prescrição de tratamento com o objetivo de cura, em oposição ao formato do atendimento do médico na residência dos pacientes.

[2] Modelo de cuidado centrado na figura do médico como centro do processo terapêutico, sendo ele o responsável pela determinação dos rumos do tratamento e pelo gerenciamento da equipe assistencial no ambiente hospitalar.

A incorporação dos HU ao SUS favoreceu aos usuários – em sua grande maioria a população de baixa renda - mas acarretou sobrecarga para as Universidades, que não estavam preparadas para o aumento do número de pacientes e o consequente aumento de gastos para a manutenção de suas estruturas (SALU, 2013).

Tanto a CF/88 como a Lei 8.080/90 criaram uma série de mecanismos que alavancaram a saúde como um direito fundamental, estando amparada a sua proteção e promoção pelo Estado, que deveria zelar pela redução dos riscos de doenças e agravos e dar acesso universal e igualitário a todos os cidadãos, conforme o art. 196 da CF/88 (PAIM, 2013). Além disso, a saúde passou a ser considerada como um dos elementos da Seguridade Social. Com isto, todo cidadão deveria ter acesso ao sistema de saúde, rompendo com o modelo anterior que permitia o acesso apenas aos contribuintes do INAMPS, marcado pela seletividade (BARROS, 2014; FLORES, 2016).

No contexto brasileiro, o sucateamento da estrutura física dos HU e a política restritiva de reposição de recursos humanos adotada a partir da década de 1990 pelo governo federal impuseram às Universidades a necessidade de busca por alternativas para tentar manter os HU em funcionamento (FINGER et al, 2017). Como solução fundações foram criadas pelas IFES (Instituições Federais de Ensino Superior) e convênios firmados com prefeituras e governos estaduais para dar suporte aos hospitais e contratar pessoal de forma emergencial para prestar serviços. A política restritiva e que objetivava a diminuição do tamanho da máquina estatal inspirada no New Public Management[3](NPM) se prolongou por toda aquela década e se estendeu por toda primeira década e meados da segunda dos anos 2000. Isto forçou os hospitais a aumentar o quantitativo de contratações por meio das fundações, solução que desvirtuava sua finalidade (CARMINATTI JR, 2017).

O tamanho das fundações e o tempo de duração das contratações chamou a atenção dos órgãos de controle que exigiram o imediato desligamento do pessoal contratado por vínculos precários (BORGES, 2018). Apontavam, também, que a forma com que os hospitais eram geridos não era a adequada para a o controle de pessoal. A solução encontrada pelo governo federal foi a criação da EBSERH[4], uma empresa pública federal, para fazer a gestão financeira,

[3] Modelo de gestão surgido na década de 1970 na Inglaterra inspirado nas ideia liberais clássicas que tinha por objetivo dotar a Administração Pública de maior eficiência através da redução de custos, com redução do escopo e tamanho do Estado e a inserção do espírito e dos mecanismos de mercado no governo.

[4] A Ebserh, criada através da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, é uma empresa pública vinculada ao MEC, com a finalidade de prestação de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade no SUS. Objetiva, também, prestar às instituições públicas federais de ensino serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública.

administrativa e de pessoal dos HU, sendo ela a responsável pela recomposição de pessoal após a saída dos trabalhadores das fundações através de contratação pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), mediante concurso público (CARMINATTI Jr, 2017).

A forma escolhida pelo governo federal - e que contava com a concordância dos gestores da Universidade e do HU - para implementar a necessária mudança organizacional no hospital foi a realização de uma substituição em massa de pessoal.

A mudança objetivava adotar uma nova forma de atuação no HU, atendendo aos padrões de hospitais da iniciativa privada, utilizando de mecanismos de controle e gestão da CLT, de acordo com os preceitos do New Public Management. Foi seguido como norte para a empresa o modelo e a estrutura adotados pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

A utilização da teoria institucional aplicada aos estudos organizacionais fornece o suporte necessário para a compreensão do processo pelo qual o HU/FURG vem passando nos últimos anos. Os estudos institucionais em suas vertentes trouxeram a robustez paradigmática necessária para o enfrentamento do fenômeno em estudo.

Dada a complexidade do tema, necessário se faz conjugar elementos das variadas escolas institucionais, reforçando os pontos fortes de cada uma delas, como forma de obter êxito nesta jornada. Assim, foram utilizados no presente estudo elementos do velho institucionalismo, do neoinstitucionalismo sociológico - principalmente as contribuições sobre mudanças (ZUCKER, 1977) - e do neoinstitucionalismo histórico - a ênfase na distribuição assimétrica do poder entre categorias, situação muito presente nos HU. Ainda, como forma complementar, necessário se faz buscar apoio em autores da sociologia que estudam o poder de forma mais aprofundada, sendo utilizados elementos discutidos por Bourdieu (2002; 2008; 2012) em suas obras.

Gerencia mais de quarenta hospitais em todas as regiões do país em uma atuação em rede articulada ao SUS e seus demais atores. Seus hospitais pretendem ser centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde.

A gestão dos HU após a adesão à empresa ocorre por meio de um contrato de gestão compartilhado com as Universidades, sendo respeitada a garantia constitucional da autonomia universitária, por se tratar de um processo voluntário. A Ebserh através da forma empresarial pública de direito privado objetiva que a gestão dos hospitais ocorra levando em consideração a eficiência e controle administrativos, com evidenciação de informações contábeis e transparência de eventos que afetam a situação patrimonial, econômica e financeira dessas entidades e otimização da força de trabalho.

Atualmente, a empresa oferece mais de 7,5 mil vagas de residências médica e multiprofissional em 959 programas, além de ser campo de prática para mais de 60 mil graduandos na área da saúde em 32 Universidades Federais. A empresa conta com mais de 15.000 empregados contratados pelo regime da CLT e alocados nos mais de 40 hospitais sob sua gestão.

Com a adesão houve um movimento de ampliação da oferta de serviços à sociedade preenchendo os "vazios" assistenciais e ampliando sua inserção no SUS com a cobertura de demandas sensíveis aos gestores locais do sistema (MEC, 2021).

O objetivo geral do trabalho é analisar os reflexos do processo de substituição em massa de pessoal realizado em um hospital universitário federal na organização do trabalho dos profissionais.

Com a finalidade de atender a esse objetivo, elencaram-se os seguintes objetivos específicos: a) descrever como ocorreu o processo de substituição em massa de pessoal no HU/FURG; b) compreender como ocorreu o processo de institucionalização de hábitos, práticas e rotinas de organização do trabalho pelos profissionais de saúde do HU/FURG; c) analisar o modelo de organização do trabalho implementado a partir da adesão à EBSERH no HU/FURG; d) analisar como a substituição em massa de pessoal impactou nos arranjos profissionais de organização do trabalho no HU/FURG até o presente momento.

Trata-se de um estudo que utiliza métodos qualitativos de pesquisa em administração, com uma abordagem exploratória por meio de em estudo de caso em um hospital universitário. A coleta de dados fez uso de duas fontes. A primeira, documental por meio da Lei de Acesso à Informação. A segunda, entrevistas em profundidade com trabalhadores do HU dos três vínculos que compunham sua força de trabalho, além de gestores do hospital e da FAHERG. As entrevistas utilizaram roteiro semiestruturado (Apêndice A) como forma de alcançar maior liberdade ao pesquisador em explorar temas revelados no decorrer do processo, podendo aprofundar e conhecer alguns aspectos que ainda não tinham sido revelados por ocasião da visitação da literatura, mas que se mostraram relevantes.

O presente estudo possui um caráter fenomenológico (SANDERS, 1982) a partir de uma série de observações do pesquisador, realizadas em momentos distintos: atuando na área de pessoal da universidade, à qual o hospital onde foi realizado o estudo encontra-se vinculado, e, após, na área de RH da primeira equipe gestora do próprio hospital universitário em estudo, após a adesão à EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Passamos, a seguir, a abordar no referencial teórico elementos da Teoria Institucional aplicados aos estudos organizacionais com o foco em auxiliar na compreensão dos fenômenos ocorridos no campo dos HU, principalmente na relação entre os principais agentes internos e externos ao hospital, e que influenciam na criação do *habitus* ao longo dos anos.

Dadas as lacunas existentes em algumas vertentes institucionais no que se refere ao tema do poder e por se tratar deste de um elemento primordial para o estudo de burocracias profissionais o mesmo não poderia ficar de fora desta fase do trabalho, havendo uma opção teórica pela abordagem efetuada pelo sociólogo Pierre Bourdieu.

Ainda serão tratados no referencial teórico aspectos sobre a mudança organizacional dentro da Teoria Institucional e, por fim, realizada uma discussão teórica acerca dos hospitais universitários e sua inserção na saúde pública brasileira.

2.1 INSTITUCIONALISMO SOCIOLÓGICO: CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Berger e Luckmann (1976, p. 75) consideram que “os homens em conjunto produzem um ambiente, com a totalidade de suas formações socioculturais e psicológicas”. A origem das instituições para eles se dá a partir de uma história social compartilhada, ou seja, uma construção comum compartilhada. Elas, neste sentido "controlam a conduta humana estabelecendo padrões previamente definidos de conduta, que a canalizam em uma direção por oposição às muitas direções que seriam teoricamente possíveis" (p. 80).

Por se tratar de uma construção histórica e por incorporar uma construção coletiva a transmissão de uma geração à outra se dá pela tradição. Para Berger e Luckmann (1976, p. 84) “[...] experimentam-se as instituições como se possuíssem realidade própria, realidade com a qual os indivíduos se defrontam na condição de fato exterior e coercitivo”, estando esta característica igualmente presente nas obras de Selznick, de Durkheim[5] e Mauss[6].

[5]Conforme Durkheim (2007) os fatos sociais contribuem para constituir as instituições. Fatos sociais são forças externas ao indivíduo que influenciam na forma de agir, de pensar e de sentir tanto as organizações como os indivíduos. A transmissão dos fatos sociais ocorre pela educação. Ela, por sua vez, tem por objeto produzir o ser social, o qual é constituído e construído na história. Para Durkheim em que pese a maioria de nossas ideias não seja elaborada por nós este fato não exclui a personalidade dos indivíduos e sua capacidade de criar entendimentos.

[6] Fauconnet e Mauss (1999) articulam seu conceito de instituição ao de Durkheim, entendendo que elas não são estáticas, sofrendo mudanças e adaptações no tempo. Para os autores as instituições surgem e se modificam no decorrer da história por meio de construções sociais. Os autores ainda entendem que instituições são usos e costumes, entendimentos, construções, atos e ideias que constituem uma ordem estabelecida.

Por esta ótica, mudanças sociais são operadas a todo instante, mas estas sempre ocorrem sobre instituições já existentes. Estas mudanças podem ser maiores ou menores, mais simples ou mais complexas. Estas mudanças nem sempre são totais, podendo ser baseadas ou guardar elementos que antes estavam instituídos. Contudo, apenas devem ser considerados objetos relevantes para estudos sociológicos as "instituições vivas"[7].

Berger e Luckmann, remontando aos estudos de Durkheim sobre o papel da educação na tradição do conhecimento social e organizacional, entendem que os indivíduos tomam conhecimento de símbolos e significados que formam a instituição e estes passam a ser transmitidos por determinados autores considerados como legítimos. A transmissão ocorre em razão do reconhecimento dela como solução de um problema coletivo (BERGER; LUCKMANN, 1976).

Para Berger e Luckmann (1976) as instituições exerciam controle sobre as ações humanas e também sobre as organizações, por se tratarem de resultado de uma história, que por sua vez era compartilhada.

Como consequência da institucionalização nesta perspectiva ela pode constranger as ações e manifestações dos atores sociais (BERGER; LUCKMANN, 1976). Isto fará que suas condutas sejam muito próximas ou iguais a padrões que são socialmente aceitos, acabando por exercer uma espécie de controle social nos indivíduos.

As contribuições desta vertente neoinstitucional aos estudos organizacionais são, desta forma, evidentes. Pelas suas características, mostra-se adequada a sua aplicação ao presente estudo uma vez que a definição de instituição é mais global, pois leva em consideração além das regras e procedimentos formais, os símbolos e esquemas cognitivos.

Trata-se de uma vertente que busca estudar os elos de identidade entre os atores institucionais, como por exemplo através da compreensão da cultura como elemento de convergência. Isto porque a cultura para esta vertente pode ser considerada como uma rede de hábitos e símbolos que fornecem modelos de comportamento (HALL; TAYLOR, 2003). Além disto, a forma de percepção da relação entre as instituições e a ação individual é um ponto alto desta corrente que a aproxima dos objetivos da pesquisa.

---

[7] "As verdadeiras instituições vivem, ou seja, mudam sem parar: as regras da ação não são entendidas nem aplicadas da mesma maneira em diferentes momentos, apesar que as fórmulas que a exprimem permanecerem literalmente iguais. São, portanto, as instituições vivas, tal como se formam, funcionam e se transformam em diferentes momentos, que constituem os fenômenos propriamente sociais, objeto da sociologia" (FAUCONNET; MAUSS, 1999, p. 13).

2.2 APLICAÇÃO DA TEORIA INSTITUCIONAL AOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS

O estudo das organizações sob a ótica institucional trouxe inúmeros avanços para as ciências sociais, sobretudo na compreensão dos fenômenos que envolvem seu relacionamento com os indivíduos que as compõem e com a sociedade. A Teoria Institucional pode ser entendida como resultado da convergência teórica de estudos da ciência política, da sociologia e da economia, que tinham por objetivo incorporar em suas proposições "a ideia de instituições e de padrões de comportamento, de normas e de valores, de crenças e de pressupostos, nos quais se encontram imersos indivíduos, grupos e organizações" (MACHADO-DA-SILVA; GONÇALVES, 1999, p. 220).

A teoria institucional apresentava nos primeiros trabalhos que datavam dos anos 50 do século passado uma organização que era caracterizada como "distinta e adaptável, enfatizando as relações de poder presentes nas comunidades locais e ressaltando a diversidade no universo organizacional" (CRUZ, 2012, p. 02). Esta corrente foi denominada de "Velho Institucionalismo" e buscava demonstrar que as organizações iam muito além das suas estruturas formais, devendo ser considerados hábitos, costumes e valores. Estes fatores transformavam as organizações em únicas, distinguindo-se das demais pelas características adquiridas.

2.2.1 O "VELHO INSTITUCIONALISMO" E SUA CORRELAÇÃO COM OS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS

O ramo dos estudos da Teoria das Organizações tem uma história relativamente recente, apresenta um crescimento acelerado, mas sem ser capaz de produzir teorias próprias que reflitam a complexidade das organizações (DUSSALULT, 1992). A evolução dos estudos leva a um entendimento de entidades absolutamente programáveis, tal como máquinas, indo diretamente para uma visão de sistemas complexos com alta capacidade de adaptação. Passou-se de uma visão racionalista para uma contingencial, com alto grau de indeterminação. Por último, uma concepção naturalística, com ênfase na complexidade e no caráter sistêmico das organizações, além da capacidade de mudanças como um elemento positivo (DUSSAULT, 1992).

A perspectiva racional foi a primeira a influenciar a pesquisa na área da administração (CARVALHO; VIEIRA; LOPES, 1999).Com base nela concebia-se que todas as ações eram orientadas e dirigidas por uma lógica racional. Sob este entendimento a organização foi descrita

por Barnard (1979, p. 94) como “um sistema de atividades ou forças, de duas ou mais pessoas, conscientemente coordenadas”. Tal definição ainda prevalece nos estudos de natureza funcionalista como o de Mintzberg (2003, p. 12) que define a organização “como a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e, depois, como a coordenação é realizada entre essas tarefas”, ou seja, apenas a dimensão organizacional formal.

As organizações eram assim entendidas como um conjunto de instrumentos técnicos que buscam mobilizar as capacidades de seus membros com o intuito de alcançar seus objetivos. Tal abordagem deixa evidente a ênfase em aspectos como a disciplina, coordenação, subordinação, a instrumentalidade dos meios, assim como a existência de um sistema formal de regras e finalidade estabelecidas.

Os estudos sobre o tema evoluíram até que Simon (1979) propôs uma nova concepção que impactava diretamente sobre a forma com que as organizações eram concebidas, assim como suas finalidades e motivação das suas decisões. Era o que se denominava de racionalidade limitada. A teoria trouxe grandes avanços para a área da economia, trazendo a ideia de hábitos inconscientes adotados pelos administradores no momento das tomadas de decisões, não se restringindo ao entendimento de uma exclusividade de ações ordenadas e racionais no ambiente organizacional. A partir de então se passou a considerar que os indivíduos que tomam decisões possuem uma limitação em suas habilidades para avaliar as alternativas de decisão além de como lidar com as consequências advindas das mesmas (SIMON, 1979; BALESTRIN, 2002).

Outrossim, a análise de uma organização apenas por seus aspectos formais e instrumentais nem sempre se mostra adequada para responder à complexidade do cotidiano organizacional, em especial das relações estabelecidas entre seus membros, assim como destes para com a própria organização.

Percebe-se uma afinidade entre a perspectiva institucional de Selznick e os processos de institucionalização referidos por Berger e Luckmann.

Selznick entende que a manutenção de instituição ocorre quando seus objetivos e aspirações guardam relação estreita com os valores e construções da comunidade. É o que autor denominou de infusão de valor.

> Do ponto de vista de sistemas sociais, e não de pessoas, as organizações tornam-se imbuídas de valor quando passam a simbolizar as aspirações da comunidade, o seu senso de identidade. [...] Algumas organizações desempenham esta função de forma mais completa e eficiente do que outras. Uma organização que realmente tenha este sentido simbólico pode exigir da comunidade que evite a sua liquidação ou transformação quando baseadas puramente em motivos técnicos ou econômicos (SELZNICK, 1972, p. 17).

Este entendimento enquadra-se aos Hospitais Universitários ao passo que constituem instituições formadoras de mão de obra na área da saúde, sendo os comportamentos, visões sobre o papel de profissionais de saúde, hábitos, rotinas e práticas institucionalizados pelos profissionais e pela academia ao longo dos anos, transmitidas aos estudantes. A transmissão destas percepções e práticas legitima as ações dos profissionais que atuam nos hospitais, assim como garante a continuidade das ações, sendo tomadas pelos acadêmicos como uma verdadeira lógica institucional, sem a possibilidade de questionamentos.

Selznick (1972) entendia que uma instituição é o resultado das pressões e das necessidades sociais. Para o autor é impossível conhecer uma organização através do institucionalismo sem conhecer sua história e contexto social. Por se tratar de um produto da história, necessário se faz conhecer os processos históricos que lhes deram origem.

Ele foi um dos primeiros autores a reconhecer a importância da dimensão social das organizações, trazendo à luz que "a coisa mais importante sobre as organizações é que, apesar de elas serem ferramentas, cada qual tem vida em si própria" (SELZNICK, 1949, p. 10).Os estudos de Selznick (1949) trouxeram importantes avanços ao campo organizacional ao reconhecer que além do caráter instrumental de uma organização ela também possui aspectos não racionais, oriundos do processo de interação com indivíduos e ambiente. Nesta linha Selznick (1972, p. 05) entende que o termo organização é insuficiente e possui uma "certa pobreza". Isto ocorre porque o termo designa um "instrumento perecível e racional" e que é concebido apenas com a finalidade de atender a uma tarefa ou objetivo.

O tema da burocracia foi retomado por Selznick em seus estudos ao afirmar que para a compreensão dos mecanismos burocráticos seria relevante entender a organização como "um campo de condicionamento dinâmico que efetivamente molda o comportamento daqueles que estão tentando permanecer no comando" (SELZNICK,1949, p.10).

Para compreender o comportamento dos indivíduos que exercem o poder é necessário analisá-lo considerando as estruturas e as necessidades da organização (CRUZ, 2013).

As concepções de Selznick sobre os mecanismos burocráticos encaixam-se perfeitamente nas organizações hospitalares, por se tratar de um ambiente altamente especializado, com nítidas divisões de tarefas, configurando como uma clara burocracia com dominação pelo conhecimento técnico-profissional, em uma concepção Weberiana. A área é marcada, igualmente, por uma intensa disputa de poder entre classes de trabalhadores. Existe uma nítida influência de grupos historicamente privilegiados - classe médica - que independente da gestão ou modelo implementado se mantém nos postos mais avançados de destaque devido ao status que goza no meio profissional de atuação - profissionais de saúde - como também no

meio social. Este prestígio, com efeito, foi adquirido ao longo dos dois últimos séculos de centralidade do cuidado e da tomada de decisões na figura dos médicos, conforme será estudado em seção específica mais a diante.

Selznick (1972) entendia que o processo de institucionalização pressupõe a infusão de valor na organização através das interações sociais e dos processos históricos que as acompanham. A infusão de valor nada mais é do que um processo pelo qual a organização se molda, absorvendo valores, crenças e hábitos dos indivíduos que as compõe - demanda interna - como do ambiente no qual está inserida - externo à organização.

> Institucionalização é um processo. É algo que acontece a uma organização com o passar do tempo, refletindo sua história particular, o pessoal que nela trabalhou, os grupos que engloba com os diversos interesses que criaram, e a maneira como se adaptou ao seu ambiente. (SELZNICK, 1972, p. 14).

Estamos diante de um processo de institucionalização quando as organizações "passam a simbolizar as aspirações da comunidade, o seu senso de identidade" (SELZNICK, 1972, p. 17). A institucionalização marca, portanto, a mudança de uma organização para uma instituição.

Este processo é bem conduzido quando a organização toma valores, maneiras de agir e de acreditar - adquirindo uma "identidade distinta" - dando um passo para a autopreservação. Uma das formas que a organização utiliza - para se auto preservar durante os conflitos de interesse inevitáveis nas relações de poder entre os indivíduos que a compõe - é adotar mecanismos como a cooptação, trazendo para seu seio indivíduos que têm a capacidade de mobilização e influência sobre os demais, diminuindo pressões e conflitos (SELZNICK, 1972).

É inegável sob o ponto de vista desta corrente que os valores sociais impactam as organizações. Isto se dá uma vez que ela é composta pelos indivíduos e suas histórias. Desta maneira, a identificação da organização com os valores da sociedade onde está inserida pode representar seu sucesso e longevidade. No entanto, o inverso pode levar a um perigoso processo de fragmentação ou até mesmo de extinção, a depender da situação, dos níveis de conflito, resistência e pressões a que estiver submetida (SELZNICK, 1972).

Selznick (1972, p. 07) igualmente destaca a correlação da organização com as estruturas exteriores, mas enfatiza que esta é "somente uma das fontes de experiência institucional", ressaltando a relevância do contexto social.

A dinamicidade das relações é posta em evidência pelo autor quando o mesmo analisa que as organizações são formadas por grupos de indivíduos vivos e que se relacionam, tendo todos suas personalidades e interesses, o que denomina de sistema informal, sendo este um elemento essencial para sua abordagem quanto às organizações, diferenciando-se de uma

análise puramente funcionalista que leva em consideração apenas a estrutura formal e os fins organizacionais.

> O sistema formal, técnico é, portanto, sempre uma parcela do empreendimento humano 'vasado' pelas ações. As pessoas e grupos que compõe não se contentam em serem tratadas como materiais de manipulação ou de consumo. Como seres humanos e não meros instrumentos, têm suas próprias necessidades de autoproteção e autorrealização. [...] Essas relações humanas são um grande reservatório de energia. Podem ser orientadas com métodos construtivos para os fins desejados ou tornar-se fontes recalcitrantes de frustração. Um objetivo tradicional na administração é dirigir e controlar essas pressões sociais internas (SELZNICK, 1972, p. 07).

A personalidade, as características e os interesses próprios dos indivíduos que compõe a organização possuem um duplo papel para Selznick (1972). De um lado funciona como uma mola propulsora para a instituição, uma vez que agrega valor com ideias, experiências e conhecimento dos seus integrantes. Por outro lado, pode atuar como um elemento desagregador, pois pode fazer colidir com os interesses dos indivíduos e das categorias profissionais que atuam na organização, assim como com os próprios interesses organizacionais. Este pode ser o caso da organização do trabalho em um hospital universitário, ao passo que as diversas categorias que atuam nesta espécie de organização são marcadas por diferenças de tratamento que não se resumem ao salário pago pela contraprestação de serviços, indo além, como no status acadêmico e social que gozam no meio de trabalho, condições de trabalho, hierarquias postas e conquistadas e na disputa por espaços para o exercício de suas funções.

O autor ainda discorre sobre o que denomina de grau de institucionalização, ou seja, o quão difícil se torna para atores e elementos externos desmobilizar o institucionalizado. Para ele, de forma geral, em organizações caracterizadas por um perfil predominantemente técnico em sua gestão - ou seja, onde existe a prescrição de uma rotina formal - e com objetivos bem delineados, existe uma dificuldade maior no processo de institucionalização. Isto ocorre devido ao rigor com que normas e procedimentos são seguidos, havendo pouco espaço para a adoção de hábitos, rotinas e costumes em desalinho com o prescrito pela gerência organizacional.

Nas palavras de Selznick "[...] o grau de institucionalização depende da proteção que existe para a interação pessoal com o grupo. Quanto mais precisa for a finalidade de uma organização e quanto mais especializada e técnicas as suas operações, menores chances haverá de forças sociais afetarem seu desenvolvimento" (1972, p. 15).

A relevância dada aos conflitos e a distribuição assimétrica de poder através do institucionalismo histórico é uma fonte complementar aos conceitos de Selznick que auxiliará o processo de análise que será realizado no campo da organização do trabalho em um HU.

Na década de 1970 uma nova vertente da teoria institucional emerge, ocorrendo certo distanciamento dos estudos de Selznick. Os autores filiados ao Neoinstitucionalismo tinham

por objetivo compreender os pontos comuns entre as organizações que as tornavam semelhantes dentro do que chamaram campo organizacional, sendo este mecanismo responsável pela legitimidade das organizações perante o campo e a sociedade.

2.2.2 O NEOINSTITUCIONALISMO: CONTRIBUIÇÕES E CRÍTICAS

Tratamos até este ponto do entendimento de que as organizações não se limitam a aspectos e elementos formais e racionais. Elas são compostas também por elementos informais, tendo relevância fatores históricos e sociais dos grupos que as compõem.

A principal contribuição do “velho institucionalismo", baseado nas concepções de Selznick, foi a construção sobre a infusão de valores no processo de institucionalização. A partir das concepções do autor a organização passou a ser considerada um organismo distinto e adaptável, que se moldava para atender as características de seus indivíduos e do meio social ao qual estava inserida.

Para os filiados a esta corrente o campo organizacional continha inúmeras organizações e cada uma delas através do processo de institucionalização teria uma identidade própria (SELZNICK) que a diferenciaria das demais (THÉRET, 2003). Por outro lado, o neoinstitucionalismo tem como preocupação uma construção oposta, qual seja a redução da diversidade do ambiente. Isto foi buscado e estudado de diversas formas pelos muitos autores que defendiam esta escola. Desta maneira, havia uma preocupação maior com a manutenção das organizações do que com as mudanças por elas sofridas.

O entendimento de que as estruturas burocráticas exerciam domínio no mundo moderno existe na sociologia desde Weber. Com um predomínio do paradigma funcionalista, tal evidência é elevada à categoria de modelo. Ela é resultado de uma elaboração que buscava cada vez mais a eficiência para atender objetivos e tarefas formais da organização, exercendo a burocracia um papel muito importante nesse sentido. Dimaggio e Powell (2005) chegam a dizer que, devido ao alto grau de racionalidade a que estavam submetidas, dava a entender que todas as organizações possuíam a mesma forma. No entanto o elemento cultural, destacado por Weber ao enfatizar a legitimidade dessas estruturas de dominação, era deixado de lado por essas análises. O que alguns pesquisadores fizeram para tentar quebrar este entendimento foi conceber que nem todos os procedimentos adotados nas organizações eram realizados apenas tendo em vista a eficiência, em uma racionalidade pura e incontestável. Desta forma, "as formas e procedimentos deveriam ser consideradas como práticas culturais comparáveis aos mitos e às

cerimônias elaborados por numerosas sociedades" (HALL; TAYLOR, 2003, p. 208), muito embora deixassem de lado a própria mistificação da eficiência técnica.

Uma importante síntese sobre o papel das organizações e o significado das instituições é alcançado por Carvalho, Vieira e Silva (2012, p. 483) ao entender "Distintas tanto das amplas instituições sociais quanto do comportamento individual, as organizações são percebidas como potenciais de conexão entre os indivíduos e o mundo social".

Algumas características inovadoras diferenciam o Institucionalismo Sociológico dos demais tipos de neoinstitucionalismo (THÉRET, 2003), quais sejam:

a) ocorre uma quebra no entendimento do que seriam a instituição e a cultura, sendo a instituição entendida a partir deles como sinônimo de cultura, ou seja, a definição de instituição passa a ser mais global do que antes na ciência política. Assim, a cultura começa a ser entendida como um conjunto de hábitos e símbolos que modelam o comportamento dos indivíduos e da organização;

b) forte influência do construtivismo social, com a imposição de comportamentos e expectativas de como devem agir os indivíduos exercida pelas instituições. Ocorre, assim, uma interação constante entre instituição e indivíduos, sendo que os últimos utilizam a todo momento soluções postas em um cenário pelas instituições, o que pode ser denominado de raciocínio prático;

c) A adoção, criação e alteração de práticas institucionais ocorre mais por uma busca de legitimidade e aceitação perante o campo do que com a busca pela eficiência, como entendia o institucionalismo da escola de escolha racional. Trata-se mais de escolha por conveniência do que de forma instrumental;

Os diferentes enfoques desta teoria são relacionados por Théret (2003): uniformidade de entendimento cultural (ZUCKER, 1977); o isomorfismo das organizações com práticas e regras institucionais na busca por recursos e legitimidade (MEYER e ROWAN, 1977); a homogeneidade dos campos organizacionais (DIMAGGIO; POWELL, 2005).

A característica da permanência é encontrada nos conceitos de instituição desde os primeiros autores que a conceituam, como é o caso de Hughes (PECI, 2006), que entendiam que estas buscam ser longevas para satisfazer necessidades individuais e coletivas. A complexidade das instituições passa a ser crescente como forma de acompanhar as mudanças sociais e satisfazer as novas necessidades surgidas. Esta é uma consequência principalmente da especialização e da mobilidade que fazem as organizações passar por mudanças, como também faz crescer o número de organizações em um campo, atendendo a estas demandas.

Uma das principais características do neoinstitucionalismo está na crença de que a realidade é socialmente construída, estando as organizações inseridas em um setor, campo ou sociedade (PECI, 2006). Para tanto, as organizações são consequências do ambiente onde estão inseridas, havendo um acréscimo de uma espécie de sistema de crenças e de normas institucionalizadas (CARVALHO; VIEIRA; LOPES, 1999, MEYER; ROWAN, 1999).

A estabilidade no campo ganha destaque para esta corrente que entende que os arranjos organizacionais quando estáveis acabam por estruturar os comportamentos políticos, moldando as decisões tomadas uma vez que as instituições influenciam os comportamentos dos indivíduos (MENICUCCI, 2009).

A teoria institucional passou por uma fase de renovação em diferentes áreas de estudo dentro das ciências sociais. Por ser um tema afeto a diferentes campos do conhecimento desperta o interesse de estudiosos preocupados em compreender como esta teoria explica fenômenos que muitas vezes parecem distintos, mas guardam relação em muitos aspectos. Um destes pontos comuns reside no grande valor dado ao papel das manifestações e concepções coletivas influenciando as ações dos indivíduos, em um grau muito maior do que com relação à escola do Velho Institucionalismo. Outra preocupação está em analisar as mediações entre as estruturas sociais e os comportamentos individuais, sendo estas mediações as próprias instituições (THÉRET, 2003).

A preocupação com a correlação das organizações e seus aspectos culturais, assim como com o aprofundamento realizado no tema da mudança e as etapas envolvidas neste processo foi um diferencial nos estudos de Zucker. As abordagens institucionais clássicas não se mostravam suficientes para explicar o fenômeno da persistência cultural. Para tanto, Zucker (1987) efetua uma crítica à limitação de amplitude da teoria clássica das organizações, permeada ainda pelo paradigma funcionalista/econômico, com preocupação em compreender e explicar por meio de exames empíricos pesquisas meramente comparativas (TOLBERT; ZUCKER, 1999).

A adequação às estruturas formais das organizações pode ser a responsável pela continuidade da organização (ZUCKER, 1977) ao invés de surtir resultado de aumentar sua eficiência. Para tanto, elas devem buscar ser homogêneas no sistema em ambientes que sejam altamente institucionalizados. A institucionalização ocorre quando a estrutura é considerada como eficaz e necessária, sendo uma força causal de padrões estáveis de comportamento (ZUCKER, 1987).

O grau de institucionalização interfere no grau de uniformidade cultural. Além disso, quanto maior a institucionalização maior a manutenção sem a necessidade de controles sociais diretos. Todavia, maior será a resistência à mudança pelos membros (CRUZ, 2012).

Há evidências na literatura (VAGHETTI, 2011; RORIZ CALIMAN, 2016; MENICUCCI, 2009; CECÍLIO, 1997; 2009; FLAUSINO, 2015; MONTEIRO, 1999, FARIAS; VAITSMAN, 2002) de que a complexidade dos grupos e categorias profissionais que compõe um hospital tende a auxiliar no processo de institucionalização de hábitos, práticas e rotinas nos processos intraorganizacionais, dada a grande identidade cultural entre os indivíduos que compõe as categorias profissionais.

A institucionalização passou a ser considerada como um elemento central na criação de grupos sociais duradouros a partir de trabalhos com a tradição filosófica da fenomenologia, contendo o conceito elementos-chave como a habitualidade, grupos sociais e a tentativa de permanência (ZUCKER, 1987). Para que isto ocorra necessário se faz que seja atendido um ciclo (BERGER; LUCKMANN, 1976). São etapas discutidas por Tolbert e Zucker (1999). Há de se ressaltar que caso este ciclo não seja totalmente realizado ocorrerá a reversão do processo, que pode ser denominado de desinstitucionalização (CUNHA, 2014).

A desinstitucionalização pode ocorrer por fatores externos à organização, não se limitando aos de ordem interna (CUNHA, 2014). Desta maneira, mudanças tecnológicas, avanços da ciência ou alteração de rumos de políticas governamentais ou legais podem influir neste processo, impedindo a institucionalização que esteja em processo, ou impactando diretamente em uma mudança organizacional de atos e práticas já sedimentados. É este o caso em estudo no presente trabalho, onde se busca analisar o impacto da mudança de política de pessoal e organização do trabalho nos Hospitais Universitários Federais com a adesão à EBSERH, havendo o interesse por parte das instituições de ensino de institucionalizar novas práticas de acordo com um modelo gerencial e desinstitucionalizar hábitos e rotinas compartilhadas por gerações de trabalhadores do hospital.

Com efeito, os estudos organizacionais cresceram em produção a partir da década de 1980 influenciados pelo paradigma funcionalista, mesmo com o aumento das abordagens interpretacionistas, críticas e pós-modernistas (CALDAS; FACHIN, 2005). O funcionalismo tinha profundas raízes na ortodoxia estruturalista-sistêmica e no determinismo contingencialista, com um foco na relação organização-ambiente. Estas influências permearam a análise institucional sob a teoria organizacional, refletindo na interpretação que foi dada ao institucionalismo sociológico pelos autores da teoria organizacional.

Não apenas por ser uma corrente teórica mais recente com relação ao "Velho Institucionalismo", mas pela frequência com que autores se alinharam a mesma no aprofundamento e aplicação em seus objetos de pesquisa, a corrente neoinstitucional é considerada predominante no estudo das organizações (PECI, 2006). A autora, no entanto,

efetua uma análise crítica sobre a teoria, questionando suas bases paradigmáticas e coerência interna.

O neoinstitucionalismo não se mostrou capaz de apresentar coerência e coesão entre os autores adeptos das suas vertentes no sentido de construir uma base de pesquisa, pois os estudos elaborados a partir dele privilegiam diferentes focos de análise, "sem oferecer um quadro conceitual que possa estabelecer as inter-relações necessárias entre esses níveis de análise" (PECI, 2006, p. 10). Uma das exceções apontadas pela autora são as pesquisas de Zucker, pois apresentam coerência com o construtivismo social e etnometodologia e seus aspectos microssociológicos. Tal perspectiva se preocupa com os processos de institucionalização e com os motivos que levam à institucionalização de práticas (TOLBERT; ZUCKER, 1999). Este é exatamente um dos pontos deste trabalho que se pretende analisar: entender porque alguns hábitos, práticas e rotinas de organização do trabalho de algumas categorias que atuam em um HU foram institucionalizadas em detrimento de outras.

No entanto, os demais não seguem esta agenda de pesquisa uma vez que apresentam foco nos processos de estruturação do campo organizacional. Tal perspectiva enfatiza dependência de recursos, dando ênfase a aspectos estruturais, bem diferente do construtivismo social e do institucionalismo com perspectiva sociológica abordado por Berger e Luckman (PECI, 2006).

Outro ponto que merece destaque na crítica está na análise da mudança uma vez que leva em consideração ou considera relevantes unicamente processos isomórficos, não havendo respostas para mudanças ocorridas em razão da necessidade de criação ou transformação (PECI, 2006).

Questiona-se no novo institucionalismo a sua incapacidade aparente de não dar ênfase às especificidades, os fatores que diferenciam uma organização de outra, tanto na forma como se originam como em seu desenvolvimento, assim como nas mudanças ocorridas ao longo de sua trajetória. As organizações não são alheias às modificações e interações sociais e ambientais. As relações travadas em seu interior, as disputas, o exercício do poder e da influência, assim como as formas subjetivas que adota, são muito importantes para entender seus rumos (PECI, 2006).

Conforme PECI (2006, p. 10) é necessário, desta maneira, reconfigurar as organizações "a partir de (ré)suposições sobre a lógica que as governa, mas a partir das dimensões temporal, espacial e relacional". Para isso, não é possível relegar a categoria do poder, como a maioria dos estudos, ou enfrentar sua análise através da perspectiva tradicional com ênfase funcional, sendo necessário utilizar-se de visões mais dinâmicas como a de autores como Foucault e

Bourdieu, que podem ser importantes para o estudo de fenômenos como a mudança (PECI, 2006).Desta forma, é a proposta deste trabalho sugerir uma análise que leva em consideração à dialética existente entre os processos macro -estruturais - e os intersubjetivos - microssociológicos - fazendo uma ponte entre as vertentes institucionais no que toca aos aspectos relacionais.

2.3 INSTITUCIONALIZAÇÃO E MUDANÇA

A prevalência das abordagens sistêmicas nos estudos organizacionais gera uma dificuldade na compreensão dos processos socialmente construídos, sendo um deles o processo de mudança, que muitas vezes é vista como problema para o funcionamento do sistema. O entendimento de que a realidade social é conjunto de fenômenos externos ao comportamento dos indivíduos não auxilia no entendimento de como os indivíduos compreendem e interpretam o processo (MISOCZKY, 2003).

O tema da mudança, assim como o institucionalismo, é estudado em diversas áreas do conhecimento, sendo que mesmo dentro das ciências sociais ele pode ser analisado sob diversos enfoques. Conforme Wood Jr (2000) a mudança é tratada sempre como um elemento constante e recorrente, sendo forçada por fatores como: novas tecnologias, mudanças sociais, instituições e estruturas (WOOD JR; et al; 2000). A mudança também pode ocorrer em "atividades intencionais, proativas e direcionadas para a obtenção das metas organizacionais, de forma articulada, planejada e operacionalizada por pessoal interno ou externo à organização, que tenha o apoio e supervisão da administração superior" (GARCIA; et al; 2013, p. 154).

As mudanças podem se dar nas estruturas organizacionais como também impactar os indivíduos. O presente trabalho tem como foco as relações e os sujeitos que compõe as organizações. Desta forma, a análise da mudança abordará aspectos relevantes para a compreensão dos impactos que ela pode causar nas pessoas e relacionamentos em um ambiente institucionalizado de um hospital universitário, não estando no seu escopo a discussão de conceitos de mudança.

Autores como Scott (2001) entendem que apenas as mudanças institucionalizadas podem ser consideradas bem-sucedidas. Para tanto, também as mudanças deverão passar pelo processo de institucionalização.

Para os estudiosos da vertente histórica tanto a continuidade/permanência de uma organização como a mudança da mesma levam em consideração ideias presentes como também passadas (IMMERGUT, 1997; MENICUCCI, 2010; GARCIA, 2013). Independentemente do

motivo que faça com que uma organização mude, as ideias, as crenças e os hábitos institucionalizados constituem uma marca semelhante a uma tatuagem nos indivíduos e estruturas organizacionais.

Desta forma, mesmo quando há mudança, conforme Menicucci (2010), uma instituição nunca é constituída ou formada a partir do zero. Nas palavras da autora as mudanças " nunca são completamente descontínuas, pois, mesmo que se mudem as limitações formais, permanecem os constrangimentos informais, inseridos em costumes, tradições e códigos de conduta que são mais impenetráveis a políticas deliberadas e limitam a possibilidade de ruptura institucional" (MENICUCCI, 2010, p. 51).

A abordagem histórica na visão da autora permite clarificar os mecanismos com atuação no processo de reforma ou mudança, trazendo explicação ao fenômeno com base nos papéis do conflito e das escolhas adotadas pelos sujeitos. Ainda, a "análise histórica permite prover uma estrutura analítica para entender a relação entre escolhas e determinações, entendendo instituições como produto do conflito político e de escolhas, mas, ao mesmo tempo, modelando e restringindo as estratégias políticas" (MENICUCCI, 2010, p. 52).

Este é um dos fenômenos que se deseja investigar a partir da presente pesquisa. Conhecer através das falas dos membros das categorias profissionais e gestores como a mudança impactou a sua organização do trabalho, verificando se o modelo de práticas anterior foi abolido ou permanece em vigor, assim como o processo ocorrido com as novas normas de organização do trabalho: sua aplicação, possíveis conflitos gerados na gestão da mudança e aplicabilidade de seu conteúdo em termos práticos.

As mudanças, sejam de menor ou maior proporção, são constantes ao longo da trajetória das organizações. Uma mudança pode levar a um processo de institucionalização, sendo esta a faceta mais comumente estudada. No entanto, poucas são as pesquisas sobre a desinstitucionalização, ou seja, os fatores que levam as organizações a rejeitar ou abandonar práticas organizacionais legitimadas ou institucionalizadas em um processo de mudança, inclusive na literatura institucional.

Os estudos sobre a desinstitucionalização, que pode ser definida como "o processo pelo qual a legitimidade de uma prática organizacional estabelecida ou institucionalizada é corroída ou perdida" (CUNHA; et al, 2014), vem sendo negligenciados na literatura (OLIVER, 1992). A compreensão do fenômeno, assim como das mudanças ocorridas na organização, no entanto, pode ser tão relevante quanto a institucionalização.

Isto se justifica porque "compreender esse processo é relevante diante das mudanças exigidas pela dinâmica do contexto organizacional, que muitas vezes implicam

desinstitucionalização dos hábitos e rotinas vigentes e institucionalização de outros" (CUNHA et al, 2014, p. 02). É exatamente este o caso do presente estudo sobre a mudança institucional promovida nas normas de organização do trabalho nos HU após a adesão à EBSERH pelas IFES.

Segundo Oliver (1992) o processo de desinstitucionalização pode explicar uma série de mudanças nas organizações e fatos pouco explorados pela teoria institucional, como os desafios institucionais para o *status quo*, o abandono de hábitos, práticas e costumes e a deterioração de um consenso organizacional em torno do valor da atividade institucionalizada.

Essa alteração através de uma reforma realizada de cima para baixo – planejada nos altos escalões da esfera federal e executada na base dos órgãos públicos – com pouca participação dos servidores, sendo quase que resumida a uma alteração de leis e normas pode ser considerada, conforme os conceitos trazidos por Dimaggio e Powell (1983) como uma espécie de pressão isomórfica coercitiva.

Há de se observar que no caso específico da criação da EBSERH esta pressão coercitiva se deu em grande parte para atender a determinação dos órgãos de controle como TCU, CGU e MPF (Ministério Público Federal), o que coloca em questão a ideia de que a alteração do modelo de gestão dos HU se daria por convicção em uma efetiva melhoria com a alteração do modo de gerenciamento em busca de uma maior eficiência. Ademais, é de se especular que a pretensão era, de fato, a alteração da estrutura de poder institucionalizada na organização hospitalar.

Junqueira (2017) em estudo promovido para avaliar os motivos que impediram a implementação de mudanças imediatas a partir da criação de uma legislação que determinava a alteração e uso de sistemas governamentais em um órgão público concluiu que as alterações nas regras não seriam suficientes para modificar os hábitos e as rotinas porque os atores envolvidos tentariam resistir às mudanças. Essa resistência se dava, dentre outros motivos, pela tentativa de manutenção do poder e para resistir a um maior controle. Estes são temas relativamente ausentes nos estudos institucionalistas (PECI, 2006).

Estaremos diante de uma mudança na organização quando ocorre uma alteração dos arranjos de poder, sejam internos ou externos, e essa alteração dá origem a novas instituições (VIEIRA; MISOCZKY, 2003). Diante disso, para analisar as mudanças nos arranjos de organização profissional do trabalho no HU/FURG é preciso incorporar a dimensão do poder aos estudos sobre instituições.

2.4 INSTITUIÇÕES E PODER

Tradicionalmente as organizações são consideradas espaços de conflitos, que são gerados em razão de disputas de poder em seu interior. Estas disputas se dão devido ao fato de que eles se tratam de locais onde ocorrem interações sociais de indivíduos que possuem muitas vezes interesses divergentes. Há, portanto, uma tentativa natural dos indivíduos de impor suas intenções e significados aos demais. Da mesma forma que alguns indivíduos tentam impor seus interesses há o movimento contrário de outros em resistir a estas investidas, na busca por manter suas concepções. Deste choque de interesses diversos ocorrem oscilações no ambiente e, por consequência, conflitos.

Mesmo após a renovação nas pesquisas da área institucional através das novas vertentes surgidas após a década de 1970, que apontam a necessidade de mediações entre as estruturas sociais e os comportamentos individuais com o objetivo de compreender a ação dos indivíduos e suas manifestações coletivas (THÉRET, 2003), algumas lacunas persistem na aplicação dos estudos institucionais à Teoria Organizacional.

Isto se dá devido à grande atenção aos processos estruturais, revelando a pouca preocupação com a necessidade de compreensão dos processos sociais do neoinstitucionalismo. O estudo do poder, sua influência no processo de institucionalização e na relação dos indivíduos para com a organização são desconsiderados, muito em razão da influência do paradigma funcionalista que ainda predominava dentre os neo-institucionais e que considera as disputas e conflitos disfunções, que devem ser eliminados para que os sistemas possam funcionar de uma melhor forma.

Em que pese a relevância do tema e o destaque que tenha sido alcançado pelo estudo do poder como central para a teoria institucional clássica, o mesmo não foi reconhecido com o mesmo valor para os autores neoinstitucionalismo (VIEIRA; MISOCZKY, 2003). Esse é um dos principais apontamentos como lacuna teórica e paradigmática de autores que criticaram a vertente (LAWRENCE, 2008; CLEGG, 2010; MUNIR, 2015) por buscar centrar a teoria nos processos de isomorfismo com o ambiente e busca por legitimidade, sem tentar entender as condições que levaram aos processos ou os fenômenos que estão por trás.

Hall e Taylor (2003) efetuam uma interessante subdivisão de escolas institucionais com distintas abordagens teóricas. Uma destas escolas é a denominada de Institucionalismo Histórico. Para a corrente histórica a instituição pode ser definida muito próxima aos conceitos de uma organização formal, com grande ênfase aos procedimentos, rituais, protocolos, normas

e convenções oficiais da estrutura, aplicando-se desde o funcionamento de organizações, do Estado, sindicados, empresas e afins (HALL; TAYLOR, 2003).

A causalidade social é uma das teorias defendidas pelos institucionalistas históricos que entendem não prevalecer a ideia de que forças ativas produzem sempre os mesmos resultados em qualquer lugar, campo ou ambiente, sendo que a dita causalidade social depende muito mais da trajetória percorrida pelos indivíduos, grupos e atores que compõe aquela sociedade ou organização, sendo esta trajetória determinante nas ações, ideias, hábitos e práticas. Em suma, as trajetórias experimentadas são decisivas nas ações adotadas e rupturas institucionais são capazes de ocasionar espécies de bifurcações que podem levar as organizações a seguir novos trajetos (HALL; TAYLOR, 2003).

A corrente histórica é uma das vertentes dos estudos institucionais que se preocupou com influência do poder nas organizações. Seus teóricos partem do pressuposto de que as instituições historicamente privilegiam certos grupos com uma distribuição desproporcional de poder, recursos e capacidade de decisão, de forma bastante assimétrica. Este é o caso, por exemplo, das instituições de saúde, onde historicamente vê-se crescer o poder e influência médica nas decisões mais nevrálgicas de gestão e organização do trabalho com relação às demais classes que a compõe.

Importante conclusão vem de Borges (2018, p. 40) ao analisar o processo de institucionalização em um hospital universitário à luz do institucionalismo histórico:

> Partindo dessa tradição, toma-se como pressuposto analítico que, na medida em que as estruturas sociais vão se desenvolvendo historicamente, vai se formando uma trilha deixada pelas escolhas e decisões políticas dos atores ao longo do tempo, e assim vão sendo moldadas as arenas políticas e sendo definidas as instituições. Essa abordagem, portanto, leva em consideração a dimensão dos interesses dos agentes, mas também suas crenças e ideias, e destaca que, uma vez tendo sido estabelecidas e consolidadas, as instituições facilitam ou dificultam determinadas rotas, favorecem ou entravam o acesso de determinados atores aos espaços de tomada de decisão. Trata-se, portanto, de uma abordagem que também enfatiza a dimensão do poder.

Levando em consideração a relevância da análise do poder e, principalmente, da distribuição assimétrica do mesmo entre os indivíduos e grupos em uma organização, necessária se faz uma análise sobre o tema do poder e dos conflitos em uma organização de saúde, o que será realizado em uma seção a parte.

2.4.1 PODER E CONFLITOS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO PROFISSIONAL NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Autores de diferentes correntes conceituam o poder através de análises realizadas por diversos ramos da ciência, desde a sociologia, antropologia, psicologia e outros.

A partir dos estudos é possível efetuar alguns agrupamentos, conforme diferentes enfoques (FAUSINO, 2015): a) Como controle de recursos (Bourdieu e Clegg); b) Imposição da vontade que leva a uma ação diferente da original (Weber, Dahl); c) Relacional, ou seja, depende da existência de relação entre indivíduos (Foucault); d) Episódico, dependendo do contexto para se expressar; e) Relacionado com as identidades dos agentes (Faria).

As diferentes abordagens aqui descritas enquadram-se em dois grupos de influência teórica que são a funcionalista - escola ligada ao gerencialismo e ao pragmatismo, voltada ao estudo dos abusos de poder e que tinha como objetivo tratar o conflito como um elemento que deve ser suprimido das organizações - e a crítica - abordagem que leva em consideração a dominação e a exploração, reconhecendo a existência de conflitos e interesses divergentes dentro da organização (CAPELLE et al, 2005).

Inegável o marco teórico firmado por Weber quando trata do tema do poder e da dominação e os avanços que suas discussões sobre os papeis da burocracia e do Estado nas sociedades modernas. Com efeito, o poder é burocrática e institucionalmente organizado nas organizações e na sociedade. Neste cenário também estão os hospitais modernos. Contudo, ao abordar o tema do poder Weber e Parsons pressupõem que o mesmo é exercido sem conflito, havendo uma concordância por parte dos dominados acerca do exercício pelo grupo que o exerce. Para ele, o grupo que exerce o poder deve possuir mecanismos para conduzir os demais a alcançar os objetivos pretendidos (MISOCZKY, 2003).

São consequências da adoção deste conceito que o poder seria exercido em contextos estáveis, padronizados e com interação cooperativa, com obrigações compartilhadas, sendo nada mais do que um estado de consenso (VIEIRA; MISOCZKY, 2003). No entanto, não é esta a realidade dos hospitais. Muitas vezes uma imagem de harmonia pode transparecer a uma primeira análise. No entanto, esta estabilidade é mantida a custo de processos constantes negociais, com pressões das categorias para a manutenção do *status quo*, sem deixar de disputar espaços que entendem sejam seus por direito. Desta maneira, o elemento conflito não pode deixar de ser levado em consideração para análise do fenômeno. A sua aceitação pressuporia que a tentativa do uso da força, em uma acepção ampla, tornaria o exercício do poder para esta corrente demasiadamente fraca.

Por sua vez o enfoque relacional, que tem em Foucault sua maior visibilidade, traz a ideia de que o poder não pode ser possuído, não sendo de pertencimento de um determinado indivíduo ou grupo. O poder possui caráter dinâmico, sendo que este circula, sendo intensamente disputado, sem pertencer ou ser exercido por um mandatário individualmente e sim na figura de um grupo ou categoria. Estes conceitos enquadram-se perfeitamente no profissional médico. O poder e a influência não são exercidos especificamente pelo médico A, e sim pelo médico, que pertence a uma categoria com prestígio e constituída ao longo da história, reconhecidamente influente em um determinado contexto social. O foco, contudo, não está em quem o está exercendo, e sim nos efeitos deste exercício (CAPELLE et al, 2005). O autor consegue captar ainda aspectos que podem ser denominados de micro poder, que nada mais são que consequências do exercício desta dominação, extremamente relevantes para o contexto hospitalar.

Os estudos de Foucault tiram o foco da figura dos dominantes e explorados. Entendendo ser impossível distinguir quem o detém, é mais nítido conhecer quem não o possui. Isto autorizaria que em uma situação assimétrica indivíduos que não possuem o poder possam de alguma forma exercê-lo sobre os demais. Para o autor o poder profissional dos especialistas é uma fonte capaz de promover as assimetrias e acentuá-las, sendo este o caso dos hospitais como veremos mais adiante.

Outra perspectiva relacional alternativa para a discussão do poder nos estudos institucionais é a de Pierre Bourdieu. A utilização dos conceitos do autor apresenta uma vantagem em relação ao uso de Foucault na proposta de construção deste trabalho que é exatamente a dialética proposta de analisar como uma via de mão dupla a relação entre as estruturas objetivas (dos campos sociais) e as estruturas incorporadas (do *habitus*). Além de trazer o foco para as relações, ao invés das estruturas (MISOCZKY, 2003), a utilização das perspectivas de estudo de Bourdieu lançam luz de maneira concreta às abstrações do novo institucionalismo, resolvendo o problema da dicotomia entre agência e estrutura, entre o micro e o macro, existentes no pensamento sociológico do período (BRULON, 2013).

O mesmo caminho é percorrido por Lawrence (2008) que ao discutir poder e instituições entende que aquele é uma propriedade de relações, de forma que crenças ou comportamentos de um ator são afetados por outros atores ou até mesmo pelo sistema, sendo um fenômeno iminentemente relacional e não uma mercadoria. O poder é concebido, desta forma, como um efeito das relações sociais e não algo que pode ser possuído ou retido, um aspecto de uma relação que gera um efeito.

2.4.2 APLICAÇÃO DOS ESTUDOS DE BOURDIEU COMO ROMPIMENTO DA DICOTOMIA ENTRE AGÊNCIA E CULTURA

A sociologia inspirada em Bourdieu desenvolveu um programa de pesquisa que concede mais atenção às condutas individuais dos agentes, tendo o intuito de desenvolver uma sociologia voltada às lógicas sociais desenvolvidas no âmbito sujeito empírico (THÉRET, 2003). Essa linha de estudo combina determinismo social com uma relativização do pensamento racional dos indivíduos para tentar responder à necessidade de compreender o social em uma sociedade individualista, entendendo o indivíduo como produto complexo de diversos processos de socialização (THÉRET, 2003).

Isto foi possível uma vez que a escola de pensamento social de Bourdieu possui um viés integrador por meio do pensamento relacional, derrubando as barreiras existentes entre a forma de pensar na objetividade/subjetividade, ação/estrutura e indivíduo/sociedade. Seus estudos, ainda, abordam diferentes perspectivas teóricas, que vão desde as influências do marxismo, à fenomenologia e o estruturalismo (PECI, 2003), enriquecendo e trazendo mais elementos para a compreensão dos fenômenos em estudo.

Para a compreensão da proposta de Bourdieu se faz necessário, no entanto, o entendimento de alguns dos importantes conceitos tratados pelo autor em suas obras, quais sejam: campo, capital. *habitus*, *ilusio* e poder simbólico, sendo que o entendimento destes conceitos não pode ser feito de maneira isolada e sim articulada e dentro do sistema teórico em que são presentes (BOURDIEU; WACQUANT, 2002).

O campo pode ser compreendido como uma rede ou uma configuração de relações (BOURDIEU; WACQUANT, 2002). Emerge, desta forma, o entendimento de que sua configuração é iminentemente relacional, como trazido pelos próprios autores, sendo também dinâmico e contingencial. A dinamicidade tem por característica não ocorrer de forma aleatória e sim seguindo uma lógica própria, que determina o seu funcionamento particular (BRULON, 2013).

Ele pode ser entendido como um microcosmo social que é dotado de certa autonomia. Possui leis e regras específicas, sendo ao mesmo tempo influenciado e se relacionado com um espaço social mais amplo. Trata-se de um lugar de luta entre os agentes que o integram e que buscam manter ou alcançar determinadas posições (PEREIRA, 2015).

Os campos são comparados analogicamente a jogos, sendo que a diferença reside no fato de que muitas vezes aqueles podem possuir regras que nem sempre são explícitas ou codificadas, podendo as próprias regras estar em jogo no campo (BOURDIEU, 2008).

O entendimento do conceito de campo se mostra cada vez mais comum e necessário para que sejam pensadas as relações de poder dentro das organizações, sendo que a perspectiva trabalhada por Bourdieu além de explicar contexto organizacional, ambiente ou população podem auxiliar nas dinâmicas do conflito, deixadas de lado em muitos estudos (BRULON, 2013).

Um empecilho, no entanto, para a sua utilização nos estudos organizacionais reside na dificuldade de delimitação de suas fronteiras. Isto porque nem sempre uma organização pode ser compreendida como um campo, sendo apenas uma parte dele. A distinção, assim, nem sempre é possível no plano teórico, sendo necessário um trabalho empírico para esta delimitação.

Destaca-se, assim, que muito embora o termo na forma cunhada por Bourdieu seja amplamente utilizada pelos neoinstitucionalistas o mesmo nem sempre se aplica na forma reconhecida pelo autor, tendo em vista que geralmente nos estudos são escolhidas apenas algumas organizações que têm destaque em um setor (BRULON, 2013). No entanto, fazem parte do campo na perspectiva Bourdieusiana organizações, grupos sociais ou indivíduos que tentam alterar as relações de força dentro do campo. No caso objeto de estudo deste trabalho, o HU/FURG, portanto, compõe o campo juntamente com organizações como o sindicato dos servidores técnico-administrativos em administração da FURG, além da gestão da Universidade, da FAHERG e da EBSERH, dadas as características antes mencionadas.

As disputas travadas dentro de um campo se dão em virtude da utilização de diferentes espécies de capital à disposição dos agentes. Capital são os recursos conversíveis uns em outros por diferentes formas de troca em outras espécies de capital, sendo determinantes cada um a seu tempo no campo (BOURDIEU, 2008).

O capital, desta forma, possui valor relativo em um campo, sendo que cada campo possui capitais mais ou menos relevantes (BOURDIEU, 2012). Existem, no entanto, espécies de capital que são consideradas essenciais e, desta forma, são encontradas em todos ou na maioria dos campos, como os capitais econômicos, sociais e culturais. Existem, ainda, capitais específicos que possuem valor apenas em determinados campos, dada a sua peculiaridade. Ponto de destaque reside no fato de que a existência de uma espécie de capital não exclui que o agente ou grupo detenha outras espécies ao mesmo tempo, sendo, inclusive, uma tendência a

acumulação, como no caso da prevalência do capital econômico com desdobramentos em outros como o linguístico e simbólico (BOURDIEU, 2012).

O capital simbólico corresponde a forma reconhecida como legítima dos diferentes tipos de capital e que é resultado da incorporação das estruturas objetivas do campo e da distribuição do capital no mesmo (BOURDIEU, 2008). O capital simbólico é uma espécie de capital que possui uma base cognitiva, apoiado no conhecimento e no reconhecimento, pressupondo interesse (BOURDIEU, 2008).

A partir do capital simbólico surge a ideia de poder simbólico, sendo ele uma forma transformada das outras formas de poder, ou seja, a posse de um recurso valorizado pelos outros agentes do campo. Ainda, ele é compreendido como um poder invisível e que só pode ser exercido em caso da existência de concordância dos que estão sendo sujeitados, assim como daqueles que não querem saber que estão o exercendo, ou seja, uma forma legitimada das outras formas de poder (BOURDIEU, 2012).

Dentro do campo ocorrem intensas disputas por estes capitais e pelo exercício do poder, seja da forma mais explícita ou da simbólica. Este processo é dinâmico, sendo os responsáveis pelas disputas os agentes, tendo eles papel de destaque dentro do campo. Assim, quando determinados agentes conquistam um certo capital considerado importante dentro de um determinado campo passa a ser considerado agente do campo (BOURDIEU; WACQUANT, 2002).

São agentes, portanto, os indivíduos que dentro de um determinado campo atuam para manter ou alterar as relações de força, contando com um sistema incorporado de preferências, percepções e classificações, sofrendo limitações de seus atos por constrangimentos estruturais (BOURDIEU, 2012).

Através destas intensas disputas travadas no interior do campo pelos diferentes tipos de capital podem surgir dois tipos de condutas dos agentes, grupos ou categorias dominadas. A primeira delas é a aceitação das normas em virtude da cultura e das regras legitimadas. A segunda é a postura reconhecida como herética, que consiste na contestação às regras e tomadas de decisões dos dominantes. Uma terceira via ainda descrita por Bourdieu é o que se denomina de atitudes híbridas, com elementos das duas posturas anteriores (BOURDIEU, 2012).

Trata-se o poder simbólico de um poder de construção da realidade com uma concepção homogênea do tempo, do espaço e da causa, e que acaba tornando possível a concordância entre as inteligências (BOURDIEU, 2012). Bourdieu, assim como Weber, entende que o poder surge de realidade construída socialmente. No entanto, ponto que diferencia sua obra deste é a concepção de que esta construção social pode ser instituída, sendo o Estado um dos agentes

capazes de realizar este processo. Isto traz uma importante implicação aos estudos institucionais nas organizações, mas sobretudo ao presente estudo em que trata de organizações hospitalares e a criação de uma empresa pública para sua administração que adota um modelo de gestão nos moldes do desejado pela administração pública, com normas e procedimentos instituídos por força de lei.

A cultura dominante exerce, desta forma, um papel relevante neste processo, pois contribui para a integração da classe dominante, para a desmobilização das classes dominadas e a legitimação da ordem estabelecida, por meio do estabelecimento de distinções (hierarquias) para sua legitimação através dos sistemas simbólicos (BOURDIEU, 2012).

Ocorre uma luta simbólica entre as classes, categorias ou grupos em uma organização pra impor a definição de mundo social mais adequada aos seus interesses. Nesta luta está em jogo o monopólio da violência simbólica legítima - imposição arbitrária de um grupo sobre os demais (BOURDIEU, 2012). Os símbolos constituem, desta forma, instrumentos de integração (pela coesão dos indivíduos) e consenso (reprodução da ordem social). Para que isto ocorra a arbitrariedade do seu exercício deve estar oculta e deve haver uma crença na legitimidade de quem o exerce, formando a imagem de que seu exercício ocorre em nome do grupo (FAUSINO, 2015).

Extremamente relevante para a compreensão dos demais conceitos aqui abordados a ideia de *habitus*, que é um corpo estruturado, socializado e que incorporou as estruturas de um setor ou do mundo (BOURDIEU, 2012). Trata-se de um sistema de percepções - com estrutura cognitiva, avaliativa e classificatória - que os agentes adquirem a partir de experiências passadas duradouras no mundo social (MISOCZKY, 2003).

Assim, ao agir em um determinado campo a partir da socialização os agentes acabam adquirindo um saber prático sobre as leis de funcionamento daquele campo (MISOCZKY, 2003). Trata-se de uma via de mão dupla, onde o agente interioriza o exterior do campo e exterioriza seu interior (PECI, 2003), unindo aspectos objetivos - estrutura - e o aspecto subjetivo.

Após o grupo de agentes incorporar uma determinada prática ela ganha corpo. Assim, o grupo torna-se sujeito daquela prática e compele todos os agentes que o compõe a agir daquela forma. Esse *habitus* se torna o fundamento daquelas práticas (BOURDIEU, 2008), assim como se torna um conhecimento adquirido e um haver, uma importante espécie de capital (BOURDIEU, 1989).

O conceito de *habitus* na concepção de Bourdieu - ressaltando que o mesmo não é originário da obra do autor, sendo comum a outros cientistas sociais como Mauss, Durkheim e

Weber, mas que foi aprimorado por aquele - permite aos pesquisadores da área organizacional estabelecer relações entre os processos que se dão nos níveis macro e micro, ou seja, as relações de afinidade entre as práticas dos agentes e as estruturas objetivas, dada a complexidade e os limites que sua compreensão permitem expandir (BRULON, 2013).

Desta forma, mostra-se possível alcançar a noção do que pode ser denominado de *habitus* organizacional (BRULON, 2013), uma vez que as tomadas de decisão adotadas nas organizações são produtos de complexas negociações no interior da organização, não se tratando da expressão de vontade de um agente. Trata-se de um processo que envolve grupos de indivíduos e que denotam o espírito da organização, expressando sua forma de pensar e agir sobre determinado tema. Isto porque o *habitus* é considerado também um sistema subjetivo, mas não um sistema individual, que pode ser comum aos membros de um mesmo grupo ou de uma mesma classe (BOURDIEU, 2008) e que forma uma espécie de senso prático que facilita e orienta as ações dos agentes (PECI, 2003).

A partir da compreensão do conceito de *habitus* é possível recuperar as dimensões individuais e simbólicas dos fenômenos sociais. Por ela o agente não é apenas influenciado pela realidade social, interagindo com a mesma e também a determinando. Desta forma o agente não é apenas um reflexo ou resultado do processo, sendo ativo no mesmo (BOURDIEU, 2012).

Através do conceito de *habitus*, também, é possível conceber que existe uma dimensão social que está incutida em todos nós, orientando nossas condutas e gerando significado às mesmas. As ações são, portanto, orientadas para um determinado resultado, pois não agimos de forma gratuita. Trata-se de um processo onde isto nem sempre ocorre de forma consciente, não havendo uma obediência cega pelos agentes (BOURDIEU, 2012).

Este processo se mostra mais facilmente compreensível através da analogia estabelecida pelo autor com um jogo, como se os agentes tivessem de forma internalizada o seu sentido, permitindo entender, conhecer as regras e poder jogar, sem que isso fosse possível apenas de forma preestabelecida, podendo improvisar e criar (BOURDIEU, 2012). De fato, são considerados importantes os jogos que têm importância para nós e isto ocorre porque eles foram impostos e postos em nossas mentes e corpos sob a forma do que é chamado de sentido do jogo, o que se denomina de *ilusio* (BOURDIEU, 2008). *Ilusio* nada mais é do que o estabelecimento de uma relação estreita com o campo social no qual os agentes estão inseridos (BOURDIEU, 2008).

Como forma de melhor compreender a abordagem proposta é preciso apropriá-la ao campo hospitalar, o que se fará na seção a seguir.

2.5 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS COMO ORGANIZAÇÕES COMPLEXAS E SEUESPAÇO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Organizações de saúde, assim como de ensino, políticas, militares e religiosas gozam de prestígio e uma posição de destaque na cultura das sociedades modernas. Os hospitais notabilizam-se em um cenário como o brasileiro como uma atenção à saúde pública deficitária. Notadamente a rede pública não é capaz de atender de forma satisfatória uma parcela significativa da população brasileira que depende exclusivamente destas organizações, dadas às carências da atenção básica na rede primária (postos e agentes de saúde) e secundária (medicina e enfermagem da família, UPAS, serviços de emergência e atendimentos ambulatoriais).

Desta maneira o hospital deixa de ser utilizado como elemento final da cadeia de assistência e promoção à saúde, ou seja, atender apenas demandas de média e alta complexidade por meio de profissionais especializados e tecnologias avançadas. Ao contrário, são a primeira opção de busca por atendimento para grande parte da população, sobrecarregando o sistema, aumentando tempo de espera e consumindo recursos relevantes para a sua manutenção.

Conforme Dussault (1992) a melhoria da eficiência dos serviços de saúde é um grande desafio que se torna ainda maior em países pobres. Isto porque se mostra uma tarefa muito difícil equacionar uma série de desequilíbrios que vão desde a distribuição desigual de recursos humanos – maior concentração de médicos no sul e sudeste em detrimento do norte e nordeste –e das estruturas de saúde. Esta pode ocorrer também pela desigualdade regional entre estruturas hospitalares, como principalmente pela pouca atenção dada à assistência primária com relação aos hospitais (DUSSAULT, 1992).

A partir da mudança de paradigma pelo qual o hospital era entendido como local de caridade e manutenção de indivíduos sem condições sociais de tratamento (indigentes) de forma a apartá-los dos demais - separação dos indesejáveis - para ser concebido como um local de tratamento da doença e busca pela cura, nasce o campo ideal para o exercício da clínica (FOUCAULT, 2011). Desta forma o médico passa a ter na visão social o controle sobre a vida e a morte por ser o único indivíduo com conhecimento para exercer controle sobre os corpos, definindo o que é doença e qual o tratamento a ser prescrito (FOUCAULT, 2011). Este processo foi possível devido a uma mudança de percepção sobre a integralidade dos corpos, sendo o paciente visto como o portador de uma doença e objeto de análise do médico, único legitimado a realizar esta análise.

Surge neste contexto a necessidade de disciplinização do espaço hospitalar, o que também é feito na figura do médico em substituição aos dirigentes. Os médicos são nesta visão os responsáveis pela distribuição espacial dos pacientes. Outras medidas são adotadas como o controle alimentar (nutricional), registro de pacientes e das informações por prontuários, além do controle financeiro da instituição (FOUCAULT, 2011). A partir deste momento o hospital passa a desempenhar o papel de formação de outros profissionais, dando mais tarde origem aos hospitais de ensino e universitários.

O que caracteriza o hospital moderno é, sobretudo, a ruptura conceitual. Isto é, a passagem do social - prestação de assistência - ao sanitário - produção de cuidados de saúde, ou seja, a evolução do conceito primordial de hospitalidade e caridade para outro conceito diametralmente oposto, o de prestação de serviços (GRAÇA, 1996).

Com relação aos hospitais universitários historicamente é possível dizer que eles se desenvolveram muito ligados às escolas de formação médica - que datavam da chegada da Família Real ao Brasil. A verdadeira associação entre as faculdades e os hospitais ocorreu em 1892, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que passou a utilizar os leitos hospitalares da Santa Casa de Misericórdia (ACSCRG) para a o aprendizado e prática de seus alunos (ARAÚJO, 2014). Mesmo após esta nova constituição os HU seguiram o mesmo modelo de organização do trabalho e gestão dos demais hospitais públicos, santas casas e rede privada, não se diferenciando dos arranjos profissionais adotados.

Os médicos passaram a assumir, como consequência, os postos de comando dos hospitais. Essa situação gerou novos e diferentes conflitos. Uma parte deles ocorreu dentro de sua classe, que sempre viu a gestão como uma função menor dentro do hospital em comparação à clínica (CECÍLIO, 1999). Outro conflito se deu com relação aos administradores (FERREIRA et al, 2010), dada a distância existente na forma de gerir a organização pelas duas categorias. No entanto, há de ser ressaltado que por conhecer a linguagem de seus pares e possuir conhecimento técnico sobre a clínica os médicos conseguem ser mais exitosos no convencimento dos demais profissionais (FAUSINO, 2015), grande dificuldade dos administradores (FERREIRA et al, 2010).

As categorias profissionais formadas por especialistas são dotadas de grande autonomia para a execução de suas tarefas, sendo quase independentes. Elas não prestam contas ou subordinam-se às hierarquias existentes no organograma formal da instituição, muito em razão da urgência e da complexidade de suas funções. São os médicos o vértice da pirâmide hierárquica (MINTZBERG, 2003) em um hospital.

Quadro 1 – Características das organizações profissionais de acordo com Mintzberg

Mecanismos de coordenação principal	Padronização das qualificações
Componentes-chave da organização	Operadores
Características dominantes	Dependência sobre os profissionais; Normas de prática definidas por fora; Estrutura dupla: administrativa/profissional

Fonte: Adaptado de DUSSAULT, 1992.

Abaixo deste vértice encontram-se as demais categorias com formação especializada que não a médica, tendo principal destaque os profissionais de enfermagem, mas sendo composta pelas demais especialidades de nível superior. Este grupo de profissões esbarram, contudo, nos limites impostos pela categoria hierarquicamente superior (FLAUSINO, 2015). Não se trata, no entanto, de uma posição passiva, existindo ruídos e conflitos internos nas disputas geradas. A base desta espécie de pirâmide é formada pelo maior contingente quantitativo de pessoal que atua em um hospital, que são os trabalhadores técnicos e de apoio. Conforme Farias e Vaitsman (2002) estas categorias não se encontram vinculadas às detentoras de autonomia, sendo relegadas ao nível hierárquico mais baixo pelas demais profissões.

Em que pese os conflitos surgidos por esta pirâmide invertida (MINTZBERG, 2003), na relação quantitativo de pessoal x poder, autores como Foucault (2011) entendem que a dominação exercida pela classe médica é legitimada pelas demais categorias profissionais por meio do discurso aceito da supremacia do conhecimento científico, ocorrendo uma espécie de marginalização do conhecimento de outras profissões, como a do enfermeiro (CECÍLIO; MENDES, 2004).

A categoria da enfermagem merece especial atenção, sendo no atual cenário a única que consegue competir minimamente com a supremacia médica. Muito disto se deve a sua participação intensiva no cuidado do paciente, estando a classe em contato direto com o doente e sua família, ininterruptamente. Desta forma, o médico, que não tem esta característica da permanência à beira do leito, necessita das informações prestadas pelo enfermeiro para determinar os rumos do tratamento (CECÍLIO, 1997; ALVES, 2008). Contudo, devido ao conhecimento técnico possuído, os enfermeiros passam a repetir a conduta dos médicos e exercer sobre as demais categorias as pressões que sofrem daqueles, subjugando as demais classes (ZAGONEL, 2007).

Nesse sentido, um hospital reúne em um só local uma série de serviços como: clínicas, farmácia, lavanderia, laboratórios, restaurante, hotelaria, ambulatório, almoxarifado, núcleo de

tecnologia da informação, manutenção (pedreiros, marceneiros, eletricistas, encanadores, engenharia), higienização, faturamento, estrutura de ensino, dentre outros (RORIZ CALIMAN, 2016). Cada serviço listado individualmente já poderia constituir uma organização. A reunião de todos eles com suas particularidades, com a obrigação de funcionamento harmônico para dar sustentação à atividade fim do hospital por si só é capaz de demonstrar a singularidade e complexidade que é fazer gestão em uma organização com estas características.

Um dos elementos que demonstra a complexidade destas organizações são as disputas pela distribuição interna de poder e recursos. Para Dussault (1992) estas disputas ocorrem pelos membros dos hospitais, diferenciando-se dos agentes externos, que buscam influenciá-las. O autor realiza, ainda, uma importante distinção ao conceituar a estrutura das organizações como mecanismos de divisão e coordenação do trabalho. A forma escolhida de coordenação pode variar entre ajustes mútuos (consensuais) ou supervisão direta (DUSSAULT, 1992).

Os modelos de gestão utilizados nos hospitais públicos nas últimas décadas não ajudaram no enfrentamento destes problemas, sendo inclusive elemento que fomenta estas contradições (CECÍLIO, 1997). Uma das grandes dificuldades para tanto está na divergência entre os interesses dos usuários dos serviços – cidadãos que pretendem serviços mais eficientes e de melhor qualidade – e profissionais – busca pela manutenção de autonomia e desenvolvimento de suas habilidades e conhecimento – além do governo, que busca resultados políticos (DUSSAULT, 1992).

Não pode deixar de ser ressaltado que os HU no contexto dos serviços públicos sofrem uma influência política muito grande, seja no seu âmbito interno das universidades como das políticas governamentais. Em que pese o processo de escolha dos gestores seja interno, através de eleição, os gestores hospitalares estão sujeitos às políticas governamentais. Isto pôde ser percebido ao longo das décadas onde havia um discurso de melhoria e busca por eficiência. Todavia o governo impunha uma política restritiva em investimentos e recursos humanos.

Pode ser destacado que devido ao forte controle externo exercido por órgãos como Tribunais de Contas, Controladorias e Ministério Público o gestor público encontra-se muito mais limitado em sua esfera de atuação do que acontece com gestores de empresas privadas. Isto não é diferente nos HU. Com isto, as condições e organização do trabalho sofrem uma tendência de uniformização ou padronização além de uma centralização das decisões na figura de seus dirigentes (MINTZBERG, 2003). Este era o típico caso dos HU e seus organogramas enxutos e com uma centralização muito forte no modelo anterior à criação da EBSERH.

O perfil da saúde pública é totalmente diferente da rede privada. Isto está alicerçado na base da saúde como direito social assegurado a todos os cidadãos e um dever do estado a partir

da CF/88. O SUS reforça e aprimora as premissas traçadas na constituição. Compete ao estado promover uma saúde de qualidade atendendo a princípios como da universalidade e fortalecimento da atenção básica como medidas preventivas e sanitárias. O estado deve garantir este atendimento de forma irrestrita, o que contrasta com a restrição de recursos (DUSSAULT, 1992).

Os HU são organizações de especialistas onde a dependência do trabalho de certas categorias profissionais é marcante. Todavia, por suas características que vão além da assistência devido a seu perfil de formação de recursos humanos e pesquisa a dependência da academia igualmente é marcante e foi fundamental por décadas no momento em que os docentes eram responsáveis pela condução da gestão assim como da assistência nos HU. Médicos e docentes produzem serviços que requerem autonomia de práticas. Ainda, conforme aponta Dussault (1992) o produto de suas atividades é multidimensional e de muito difícil avaliação e controle por outras profissões.

Mintzberg (2003) descreve que nas burocracias de especialistas pode haver uma certa disputa quando categorias diferentes tentam impor seu saber sobre as demais como o predominante, o que se dá de forma acintosa. Este é um grande problema em um hospital universitário e em hospitais como um todo uma vez que cada vez o atendimento ao paciente deve ser visto como interdisciplinar, ou seja, envolver o conhecimento de diversas profissões (DUSSAULT, 1992). Trabalhar em equipe segundo o autor pressupõe uma renúncia à noção do saber absoluto, quebra o corporativismo e as rivalidades profissionais. Não se mostra uma tarefa simples diante de um cenário altamente institucionalizado.

O corporativismo gera um grave problema de coordenação para gestão em um hospital ao passo que os profissionais tendem a ser mais leais à sua profissão e suas condições de trabalho do que aos ideais e objetivos organizacionais. Alinhar estes objetivos nem sempre se mostra uma tarefa fácil dada a necessidade de ajuste entre a autonomia e desempenho.

Os estudos desenvolvidos por Mintzberg (2003) através de observações empíricas apontam a existência de sete características nas organizações. As organizações são compostas por operadores, possuem um centro de decisão, gerentes, especialistas e pessoal de apoio. Conforme Dussault (1992) esta tipologia se mostra de grande importância para a compreensão das organizações de serviços de saúde. Para o autor estes componentes compõe a cultura da organização ligados à crenças, representações e tradições.

As organizações hospitalares surgiram como organizações burocráticas, mas com características específicas, dadas pela especialidade das funções desempenhadas e pela qualificação de seus profissionais (MONTEIRO, 1999; FARIA; MENEGHETTI, 2011).

Mintzberg (2003) classifica os hospitais como uma burocracia profissional por sua diferenciação tanto vertical como horizontal. Isto se dá uma vez que o poder está localizado no que é considerado como núcleo operacional (especialistas), sendo que os serviços técnicos e de apoio apenas dão suporte às atividades realizadas pelos primeiros (atividades finalísticas) (KALLIO et al, 2020).

Burocracias profissionais como os HU dependem para seu bom funcionamento dos operadores, que exige alta qualificação de seus membros, havendo uma padronização das habilidades por meio da formação e das associações profissionais (MINTZBERG, 2003). Outra característica apontada é a limitação dos gerentes na tomada de decisões, além de uma dependência dos serviços de apoio. Conforme Dussault (1992) o ambiente desta espécie de organizações embora complexo tem uma tendência de ser estável (estabilidade aparente), podendo existir uma burocratização conforme o porte da organização.

Por se tratar de uma espécie de organização que autoriza uma autonomia muito grande de seus profissionais os HU existe uma tendência muito forte de segmentação de grupos de interesse (entre profissões e no âmbito interno das mesmas), sendo esta uma explicação para a dificuldade de realizar mudanças naqueles hospitais como um todo (DUSSAULT, 1992).

Há, ainda, uma grande dificuldade de formalização e controle, fazendo com que exista uma grande resistência em tentativas de centralização e burocratização por parte das gestões (DUSSAULT, 1992). Há uma tentativa de controle por parte dos profissionais na busca por manter sua capacidade decisória e poder, expressos nas condições e organização do trabalho e na distribuição de recursos.

Necessário se mostra um equilíbrio entre autonomia e controle como forma de melhor gerir o ambiente em uma organização profissional como um hospital. Controle e burocracia ou autonomia sem responsabilização são extremos que vão implicar diretamente no desempenho profissional (DUSSAULT, 1992). O autor defende que o caminho a ser trilhado é de criar organização do trabalho flexível, capaz de adaptar-se às mudanças e peculiaridades do ambiente (DUSSAULT, 1992). A garantia do trabalho e sua autonomia dentro dos limites e atendendo os objetivos organizacionais. O controle na visão do autor não pode ser excessivo, sendo o suficiente para através de mecanismos evitar os malefícios da autonomia na prática profissional e no corporativismo.

Na visão de Dussault (1992), ainda, se faz necessário que os gestores propiciem as condições necessárias para o exercício multidisciplinar em um ambiente que encoraje a participação e tomada de decisões em conjunto, com responsabilização dos profissionais. Para isto, no entanto, à necessário garantir a estabilidade ambiental por meio de políticas integrativas.

Por se tratar de um serviço público tudo isto deve estar aliado a mecanismos que fomentem o compromisso com a ética e moral, além do respeito aos recursos públicos como algo coletivo e utilizados em prol dos usuários (DUSSAULT, 1992).

Os hospitais universitários no Brasil são organizações historicamente vinculadas às faculdades de medicina das universidades criadas como locais de prática para estudantes dos cursos de medicina e posteriormente para os demais cursos da área da saúde. Desenvolveram-se, assim, muito ligadas à academia, sendo como uma espécie de extensão daquele curso. Assim, a influência dos docentes sobre a gestão e organização do trabalho naqueles espaços sempre foi algo muito evidente.

Podem ser distinguidos dois grandes momentos dos HU tendo por base o movimento da reforma sanitária (pré-reforma), que influenciou o texto constitucional de 1988 e levou à criação do SUS, no final daquela década (pós-reforma). Nos anos que antecederam a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS vigia o regime do INAMPS, uma autarquia federal ligada ao INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) que pertencia ao Ministério da Previdência e não ao da Saúde. O INAMPS era responsável pela assistência e pela regulação dos serviços de saúde, sendo a previdência social de responsabilidade do INPS.

Esta separação deixava de lado uma parcela significativa da população formada por desempregados e indivíduos ligados ao mercado informal de trabalho. Estas pessoas eram consideradas pela legislação do período indigentes, desamparados do acesso aos benefícios previdenciários e assistência social e com acesso limitado aos serviços de saúde (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1997).

A reforma sanitária brasileira é resultado de um movimento internacional que discutia a melhoria das condições gerais de saúde da população mundial. Tratava-se, também de um movimento político em oposição ao regime militar. Teve origem no Brasil na segunda metade da década de 1970 com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), intensificando-se a por meio de discussões e propostas de médicos e militantes sociais, alcançando seu ápice na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

O resultado deste movimento foi a indicação da necessidade de uma mudança estrutural no sistema de saúde do país, universalização da saúde como um direito acessível a toda população e um dever do estado, por meio de uma gestão da saúde descentralizada e cooperada entre os entes federados e democrática, com a participação dos usuários na definição de suas políticas.

O SUS surge como resultado destas discussões, sendo alçado o direito à saúde como um direito fundamental, sendo até hoje considerado um dos maiores e mais bem-sucedidos

programas de saúde pública do mundo, em que pese as grandes dificuldades na sua implementação, principalmente ao subfinanciamento.

O diferencial de sua política é o reconhecimento da necessidade de o estado prover políticas sociais e econômicas como forma de minimizar riscos de doenças, assim como a promoção, proteção e atenção à saúde forma universal e igualitária.

Uma das maiores influências do SUS é o NHS (National Health Service), o sistema público de saúde do Reino Unido. Fruto de uma série de amplas discussões iniciadas ainda no século XIX ele foi inaugurado na década de 1940, fruto de uma série de reformas pós Segunda Guerra Mundial. O sistema foi pioneiro na universalização e gratuidade dos serviços públicos de atendimento de saúde com foco na atenção primária e baseado em evidências (FILIPPON et al, 2016).

No entanto, diferentemente do SUS que possui uma mesma legislação norteadora desde a sua criação, o NHS sofreu uma série de modificações fruto de diversas reformas ocorridas ao longo dos anos, obra da influência política da alternância de ideologias políticas no governo. As mais notadas são as advindas da ascensão da ideologia neoliberal, a partir da década de 1970. Assim, são percebidos três momentos distintos a partir do predomínio desta concepção: transição da lógica profissional e sanitária para uma gerencial e comercial; uma burocracia de mercado voltada para políticas pró-mercado incipiente; abertura ao mercado, fragmentação e descontinuidade dos serviços (FILIPPON et al, 2016).

Ainda, é importante salientar que as mais recentes reformas ocorridas no ano de 2012 tem impactado de forma muito forte na integralidade do sistema, gerando uma diminuição dos serviços, com alguns fechamentos, além de um comprometimento da equidade (FILIPPON et al, 2016). A fragmentação do sistema, existindo um para cada país integrando do Reino Unido e a adoção de medidas que abrem portas para reformas mais profundas, especialmente por mexerem nos fundamentos teóricos do sistema.

Desta forma, assim como o sucesso do sistema gerou uma difusão das ideias e teorias que o fundamentam, alterações através de reformas nele influenciam reformas similares em outros lugares do mundo (FILIPPON et al, 2016). Em que pese o SUS não tenha sido alterado em seus fundamentos e permaneça com estrutura muito semelhante à idealizada no momento da sua criação no limite das décadas de 1980 e 1990 uma consequência deste modelo altamente baseado nas reformas gerenciais pode ser sentida na criação da EBSERH.

Historicamente os HU são espécies de locais de teste de modelos, procedimentos e protocolos que uma vez aprovados são expandidos para o sistema de saúde público de saúde como um todo. Desta forma, há uma possibilidade de em caso de êxito que este modelo possa

ser replicado em outros elementos da rede SUS, assim como possam ser pensadas alterações em seus fundamentos teóricos como forma de viabilizar estas reformas.

Não é difícil vislumbrar tal possibilidade porque os serviços públicos são altamente influenciados pelos momentos políticos e as ideologias vigentes, que interferem nas políticas de governo. O SUS é fruto deste contexto de busca por direitos e garantias fundamentais no cenário pós ditadura militar. Por sua vez, as sucessivas crises econômicas impulsionaram governos conservadores a adotar práticas neoliberais que tardiamente chegou à administração pública brasileira na década de 1990. O atual momento faz soprar ventos de um discurso de busca por eficiência, controle externo, transparência, prestação de contas e outros princípios que tem levado os governos a realizar intensas mudanças no setor público, não sendo diferente na área da saúde.

Com efeito, o papel do Estado em serviços públicos como de educação superior e saúde passavam por forte questionamento, o que era sentido na prática com a diminuição de investimentos em infraestrutura e contratação de pessoal (BARROS, 2013; FINGER et al, 2017).

O PDRAE contribuiu com o sucateamento de hospitais e universidades, que tiveram que lançar mão de suas fundações de apoio para fomentar principalmente a contratação de pessoal para manter as instituições abertas. Por meio do novo modelo o Estado deixaria de ser o responsável pelo desenvolvimento econômico e social para ser o seu regulador e garantidor, através da transferência de funções para estados e municípios, além de uma vasta delegação à iniciativa privada (COSTA, 2008), além de uma preocupação com resultados por meio do aumento da eficiência em seus processos (VAITSMAN, 2001). Para tanto, buscou-se a diminuição do tamanho do Estado por meio de privatizações e diminuição dos quadros de pessoal (ABRUCIO, 1997), sendo este cenário replicado nos HU.

A ascensão do modelo gerencial é fruto de uma crise de credibilidade das burocracias estatais e ganhou adeptos na América Latina catapultada pelas políticas neoliberais (BRUNSSON; SAHLIN-ANDERSSON, 2000) instauradas em países como o Chile, chegando ao Brasil com força no governo FHC (DE PAULA, 2015). Muitas das reformas promovidas em diversos países a partir da década de 1980 tinham por característica uma fragmentação, não havendo preocupação com um todo e sim com alguns elementos que se desejavam intervir (BRUNSSON; SAHLIN-ANDERSSON, 2000). Além de uma grande fragmentação verifica-se que a intensidade das reformas implementadas variou de acordo com elementos como as restrições estruturais, cultura e pressões socioambientais (CHRISTENSEN, 2011).

Diante deste cenário inegável a existência de conflitos e disputas no seu interior os quais vão desde a ocupação dos cargos de gestão, as políticas implementadas e a organização do trabalho. Desta forma, como reconhece Cecílio (1999), os hospitais são caracterizados pelas relações de poder, controle e conflitos.

Dado seu caráter peculiar organizações hospitalares não podem ser analisadas apenas por aspectos instrumentais ou quanto a suas estruturas. A rede de relações estabelecidas entre os indivíduos é essencial para a compreensão desta espécie de organização. Neste ambiente, onde são prestados serviços de atenção e promoção à saúde, estabelecem-se identidades profissionais que gozam de prestígio social e são negociados interesses de diversas categorias profissionais (FARIAS; VAITSMAN, 2002).

Destacam-se, ainda, como elementos de complexidade, a grande gama de categorias profissionais que coabitam o espaço do hospital, muitas vezes possuindo interesses distintos, múltiplas racionalidades, coalizões, saberes, configurações organizacionais que não atendem a determinados padrões e uma cultura singular institucionalizada ao longo de gerações de profissionais (CECÍLIO; MENDES, 2004).

As características do hospital exigem que este seja formado por profissionais com conhecimentos, saberes e técnica especializados. O poder ou dominação de algumas categorias frente a outras menos ou não especializadas é a justificativa para esta assimetria e fonte de muitos dos conflitos presentes nas organizações.

A divisão do trabalho é uma das características modernas das organizações como forma de melhor atender aos objetivos organizacionais. A divisão leva a uma especialização das funções cada vez maior. Traz em seu bojo, no entanto, uma consequência que é a criação de grupos identitários que tendem a desenvolver interesses específicos e que podem ter interesses que nem sempre são idênticos aos da organização. Muitos grupos desenvolvem, contudo, uma identidade própria e o que pode ser denominado de *habitus* profissional, ou seja, um conjunto de disposições que são internalizadas pelos indivíduos e são levados para sua vida externa, social, atendendo a um conceito trazido por Bourdieu. (MISOCZKY, 2003)

Como forma de embasar o até aqui discutido passamos a relacionar alguns estudos que empiricamente tratam dos conflitos, disputas e relações de poder no ambiente hospitalar, abordando diversos pontos aqui elencados:

Do Nascimento Oliveira (2018) aborda os conflitos e as relações de poder entre colaboradores de diferentes categorias de um hospital filantrópico, amparando a análise nos conceitos de campo, capital simbólico e *habitus* a partir de Bourdieu. A escolha pelo autor se deveu ao fato de o mesmo realizar uma abordagem interdisciplinar do problema a partir das

contribuições da Sociologia, Administração e Saúde Pública, além do fato de uma ausência de estudos sobre gestão hospitalar que utilize de conceitos sociológicos, sobretudo os de Bourdieu.

Por sua vez, Pereira (2004) aborda o poder e sua forma simbólica a partir da relação médico/paciente em um hospital público, ressaltando as sutis faces da violência, do poder, da dominação e autonomia profissional presentes nas práticas dos profissionais, que muitas vezes se mostram invisíveis, mas que são muito presentes nas práticas em saúde.

Conselho e Viesca-Treviño (2018) tratam em seu artigo da criação da identidade profissional médica forjada nos profissionais desde o ensino nas faculdades e fomentada no período de residência, com elaboração de códigos morais e normativos que favorecerão a modificação de sua interpretação, do mundo e a maneira como eles estão situados nele. Devido às características e elementos citados utilizam de abordagem alicerçada em Bourdieu dadas as possibilidades teóricas utilizadas pelo autor, principalmente com relação a abusos cometidos no exercício da profissão e na relação com os demais profissionais de saúde.

Flausino (2015) realiza um estudo que também aborda conflitos e relações de poder em um hospital, desta vez universitário, tendo como pano de fundo o processo de adesão da Universidade à EBSERH para gestão de seu hospital, buscando identificar nos discursos dos participantes as causas que levaram ao processo de mudança e os discursos que legitimaram a tomada de decisão. Embora com uma abordagem Foucaultiana o estudo aborda os principais pontos e elementos dos estudos de Bourdieu e está alicerçado nos processos relacionais no interior da organização.

Embora não realizando uma abordagem apenas pelos aspectos trazidos por Bourdieu, mas tratando dos conceitos do autor, merecem ser destacados os trabalhos na área da gestão de conflitos e gestão hospitalar, dada a relevância teórica para a compreensão do campo, capitais em disputa, exercício do poder entre categorias e conflitos relacionais: (CECÍLIO, 1999; 2001; 2004; FARIAS; VAITSMAN, 2002; FERREIRA et al, 2010; DOS REIS; CECÍLIO, 2009; MERHY et al, 2004; MONTEIRO, 1999; VAGHETTI, 2011; ZAGONEL, 2007).

Encerrado o referencial teórico passaremos, no próximo capítulo, a descrever a metodologia utilizada na presente pesquisa, com suas principais características, local de pesquisa, procedimentos de coleta e análise de dados, descrição dos sujeitos de pesquisa e aspectos éticos envolvidos no estudo.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Passamos a descrever as principais características e elementos da pesquisa de forma detalhada para uma melhor compreensão do método escolhido e sua adequação ao fenômeno em estudo.

3.1 CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA

O estudo realizado inscreve-se no universo das pesquisas de caráter qualitativo em administração, as quais atribuem importância fundamental à descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que os envolvem, aos depoimentos dos atores sociais envolvidos, aos discursos, aos significados e aos contextos (SAMPIERI et al, 2015; VIEIRA; ZOUAIN, 2004).

A pesquisa qualitativa envolve:

> "a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos [...] procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo", sendo assim, não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico para realizar a análise dos dados. Além disso, esse método garante a riqueza dos dados, permitindo vê-los em sua totalidade, assim como, possibilita a exploração de contradições (VIEIRA; ZOUAIN, 2004).

O estudo é do tipo exploratório (HAIR Jr et al, 2007) dada a necessidade de maior aprofundamento na literatura acerca da aplicação da teoria institucional nos estudos organizacionais, assim como da compreensão dos microprocessos relacionais que podem influenciar na institucionalização de práticas, hábitos e rotinas de organização do trabalho. Da mesma forma, objetivou-se através deste método compreender o quanto estes microprocessos podem ser impactados pela mudança de um modelo de gestão nos hospitais universitários, o que foi realizado na fase da coleta de dados por meio de entrevistas em profundidade.

Considerando que o pesquisador participou da gestão da Universidade na qual está inserido o HU em estudo, assim como fez parte da primeira gestão do HU após a adesão à EBSERH, durante o período de transição entre os modelos, conhecendo os processos, atores envolvidos e estruturas inegável a necessidade de buscar uma metodologia de pesquisa capaz de explorar todos estes aspectos por meio de um estudo baseado nas práticas, motivo pelo qual optamos pela adoção da abordagem fenomenológica (STAKE, 2005).

Para ampliar a capacidade de descrição, representação e compreensão dos fenômenos práticos a abordagem deve conjugar técnicas de pesquisa coerentes com o referencial teórico (no caso da presente pesquisa a Teoria Institucional) e adequadas ao fenômeno em estudo (PIMENTEL; NOGUEIRA, 2018) – institucionalização, poder e mudança organizacional.

Autores como Godoy (1995) e Teixeira e Pacheco (2005) reconhecem a relevância da figura do pesquisador e seu papel de condutor nessa abordagem para a coleta de dados no ambiente natural, realizando uma valorização do ser humano, que deixa de ter encarado apenas como um recurso (DE PAIVA JÚNIOR; MELLO, 2008).

Em que pese se trate de uma construção subjetiva, o que para pesquisadores ligados a uma ótica funcionalista/positivista poderia demonstrar uma fragilidade, deve ser destacado que não se mostra possível apartar a compreensão subjetiva sobre a percepção do que denominou Moran (2000) de mundo natural. Desta forma a subjetividade é compreendida como parte inseparável no processo de criação da objetividade (MORAN, 2000).

Pesquisas baseadas na abordagem fenomenológica não se enquadram, portanto, em uma relação cartesiana que distingue sujeito do objeto, focando sua capacidade em explorar e examinar experiências, sem a preocupação com prever comportamentos (GILL, 2014).

Além disso a abordagem fenomenológica oportuniza uma atenção diferente aos fenômenos administrativos que ultrapassam os limites das concepções obtidas pelo emprego do funcionalismo, tão difundido nas pesquisas da área (BOAVA; MACEDO, 2011).

Ainda, essa descrição de experiências é feita pela ótica do experimentador, para que suas falas relatem os significados de suas descrições, sendo necessário estar próximo da linguagem utilizada pelo participante, compreender sua contextualização, conectando a experiência à interpretação do pesquisador (GILL, 2014).

A fenomenologia é uma filosofia. Desta forma, tem por característica ser especulativa. Trata-se de uma tentativa de resgate do contato original com o objeto, propondo uma volta às origens procurando extrair do indivíduo suas percepções diretamente de sua consciência (BOAVA; MACEDO, 2011).

Como o foco da metodologia é mergulhar nos significados das falas, absorvendo o maior número possível de informações de forma detalhada, robusta, com relatos históricos, necessário se faz recorrer a entrevistas com membros da organização que permitam oferecer uma perspectiva significativa e que consigam exprimir a experiência vivida, ganhando grande relevo a escolha dos entrevistados (SANDERS, 1982; DE PAIVA JÚNIOR; MELLO, 2008). Por este motivo foram escolhidos profissionais que atuavam no HU desde o momento da criação da FAHERG em 1986, profissionais que acumularam experiências na parte técnica e

docência da Universidade, servidores que passaram pela gestão do hospital ou da Fundação em algum período, assim como trabalhadores que tiveram mais de um vínculo na instituição, tendo migrado da Fundação de Apoio para a Universidade ou para a EBSERH.

Por não ser objetiva ela não necessita de fatos, buscando apenas as essências para alcançar seus resultados. Seu objetivo é de "captar o significado e a relevância da experiência humana sobre o que se quer pesquisar (por meio de entrevistas), pois o homem possui significados que lhe são inerentes" (BOAVA; MACEDO, 2011, p. 476). Um estudo com abordagem fenomenológica permite ao pesquisador deslocar o foco do fenômeno em estudo para os sujeitos e suas interações desempenham uma vez que estas desempenham importante papel na construção das estruturas mentais e na construção do mundo social.

O conhecimento, as vivências e o contexto histórico de fatos muito relevantes para a compreensão do fenômeno em estudo foram obtidos a partir de experiências do pesquisador. No entanto, desde o primeiro momento da pesquisa houve um cuidado muito grande em realizar um distanciamento entre o ponto de vista do pesquisador e as percepções dos entrevistados. Neste ponto, deve ser destacado que as vivências foram utilizadas como um elemento complementar aos fatos e impressões dos entrevistados, engrandecendo os relatos com maior riqueza de detalhes e contextualizando-os aos momentos políticos vividos na universidade e governo naquele momento.

Neste sentido é importante frisar que esse afastamento é garantido por uma distância física e temporal quanto aos fatos descritos. Isto se explica pelo fato de que enquanto servidor da universidade o pesquisador não participou de nenhuma negociação relativa à adesão à EBSERH e as demandas que tomava conhecimento eram oriundas unicamente da natureza de suas funções. De outra banda, quando atuou no hospital não era de atribuição de sua área a gestão do pessoal RJU, assim como não coordenava o processo de desligamento dos trabalhadores da FAHERG.

Destaca-se, ainda, que o projeto de pesquisa foi iniciado após sua saída do hospital e a coleta de dados foi realizada mais de dois anos após o seu desligamento das funções. Assim, nenhuma contaminação ou influência foi exercida sobre os entrevistados, não havendo qualquer forma de constrangimento. Todavia, por estar o pesquisador inserido no contexto do hospital e ter interagido com diversos agentes relevantes para a determinação dos rumos e decisões da universidade, observando de forma muito próxima os desdobramentos políticos da adesão à empresa, pode ser entendido que desempenhou uma função assemelhada a do observador-participante, muito comum em estudos fenomenológicos em administração (MOREIRA, 2004).

A pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso do tipo instrumental. Esta espécie é a mais adequada para a obtenção das informações necessárias para a compreensão dos fenômenos estudados de forma mais aprofundada.

> No estudo de caso instrumental, ao contrário, o interesse no caso deve-se à crença de que ele poderá facilitar a compreensão de algo mais amplo, uma vez que pode servir para fornecer insights sobre um assunto ou para contestar uma generalização amplamente aceita, apresentando um caso que nela não se encaixa (ALVEZ-MAZOTTI, 2006, p. 641-642).

O método permitiu, a partir da realidade de um hospital universitário federal do sul do Rio Grande do Sul, com características específicas de seu contexto administrativo e relações entre categorias profissionais que o compõe, reunir os elementos necessários para o estudo do fenômeno da institucionalização de hábitos, práticas e rotinas em um hospital com as características únicas de um hospital de ensino (HE)e público.

O estudo dos microprocessos relacionais e arranjos de poder em um hospital que reúne características de atendimento assistencial aliado à formação profissional, sofrendo influência de categorias profissionais da saúde e da academia, é um tema pouco explorado na literatura organizacional sob o prisma da teoria institucional. De acordo com Triviños (1987), o estudo de caso é particularmente importante por permitir a análise de fenômenos em profundidade dentro de seu contexto de vida real.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, na cidade do Rio Grande, que possui gestão compartilhada com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) desde 2015. Trata-se de um hospital que atua nas áreas de ensino, pesquisa e assistência e que conta com 203 leitos, com atendimento 100% ao Sistema Único de Saúde (SUS), em diversas especialidades, e atende como referência os municípios da microrregião lagunar sul do Rio Grande do Sul.

A escolha do HU/FURG se deve ao fato de que o mesmo no momento da elaboração do projeto de pesquisa e ainda na fase da coleta de dados encontrava-se em um período de transição da implementação de sua filial da EBSERH. Assim, foi possível aliar o contato com gestores e trabalhadores que integraram o modelo de gestão utilizado no HU (Hospital Universitário) ao longo das últimas décadas, assim como a nova gestão e trabalhadores contratados pela EBSERH, por meio do novo modelo que se busca institucionalizar.

Há de se destacar que a proximidade do pesquisador com o campo de pesquisa por se tratar de alguém que atuou em um cargo estratégico no Hospital na primeira gestão da EBSERH igualmente foi determinante para a escolha deste HU como local de estudo. Isto porque o pesquisador além de todo conhecimento acerca do processo de adesão teve a vivência dos conflitos gerados no processo no que toca às relações pessoais, disputas de poder entre as categorias. Por se tratar, também, de servidor público lotado na mesma Universidade possui contato direto com trabalhadores RJU que atuam no hospital (FURG), os contratados para atuar no HU (EBSERH), assim como com os desligados em razão do processo de substituição de pessoal determinado pelos órgãos de controle (FAHERG).

3.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente não há como deixar de se destacar os impactos da pandemia causada pelo SARS-COV-2 (COVID-19) na fase de coleta de dados do presente estudo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em meados de março de 2020 situação de pandemia em razão da crescente onda de contágio e mortes causadas pelo vírus. No final de abril do mesmo ano foi realizada a defesa do projeto da presente pesquisa. Passada a banca de qualificação, realizados os ajustes sugeridos pela banca foi dado início ao processo de elaboração do instrumento de pesquisa com a elaboração do roteiro de entrevistas (Apêndice A). No mês de junho foi dado início à fase de entrevistas.

No entanto no mês seguinte a cidade de Rio Grande viveu o princípio do que foi denominado primeira onda de contágio, com o pico nos meses de agosto e setembro. Desde março de 2020 aulas presenciais e atividades administrativas não essenciais foram suspensas na universidade. Tal fato fez com que a FURG emitisse uma portaria prorrogando os prazos de conclusão dos programas de pós-graduação vigentes em virtude das dificuldades impostas para a realização das pesquisas em razão da necessidade de respeito ao distanciamento social e as determinações da OMS para controle da pandemia. Não foi diferente no caso da presente pesquisa.

A estratégia adotada desde a declaração de pandemia foi a adoção de plataformas online para a realização das entrevistas. Todavia, o público alvo daquelas eram os profissionais ligados ao HU/FURG, profissionais de saúde, docentes e gestores. Uma grande parte dos entrevistados selecionados estava diretamente envolvido com o cuidado, sendo alguns deles na linha de frente no tratamento da COVID-19. Tal situação, somada ao grande temor causado pelo avanço da doença na região, praticamente inviabilizou a sequência das

entrevistas. Até o mês de setembro apenas oito foram realizadas. Apenas com a diminuição da curva de contágio na cidade a coleta foi acelerada, sendo realizadas as outras doze entrevistas até o final de novembro de 2020.

Algumas observações devem realizadas com relação à coleta de dados. O aplicativo escolhido para as entrevistas foi a plataforma Zoom (https://zoom.us›pt-pt›meetings) devido à existência de ferramenta de gravação de vídeo e áudio, o que auxiliaria a etapa seguinte de degravação. Não fosse o grande envolvimento dos profissionais com a pandemia há de se ressaltar que nem todos possuíam familiaridade com ferramentas eletrônicas de reunião. Assim, a maioria dos entrevistados em um primeiro estágio não conhecia o aplicativo, tendo de realizar seu download. Alguns deles não conseguiram fazer o processo sozinhos. Algumas entrevistas tiveram que ser remarcadas em razão disto, o que aumentou o tempo necessário para a coleta.

Quatro entrevistados pediram para que as entrevistas fossem feitas por telefone. Para a gravação daquelas foi utilizado o aplicativo Gravador de Chamadas – Call Recorder versão Android (disponível em Play Store). Estas entrevistas foram feitas após a primeira onda da pandemia. Seis entrevistas ocorreram por solicitação dos entrevistados de forma presencial. Todas elas foram feitas dentro do HU/FURG, em plena pandemia, o que fez com que o pesquisador tivesse de cumprir todos os protocolos sanitários preconizados pelas autoridades de saúde para a sua realização, o que não eliminou o receio do contágio devido ao risco de se deslocar para um hospital que era referência pra tratamento da doença naquele momento. As entrevistas presenciais tiveram o áudio gravado pelo aplicativo Gravador de Voz do Android.

Os efeitos da pandemia não foram sentidos apenas na coleta de dados. Por consequência desta modificação no cronograma a fase de análise e discussão de dados também foi afetada pelo atraso das etapas anterior.

Realizada estas importantes considerações e contextualizações sobre o impacto da pandemia na pesquisa, passamos a descrever as etapas da coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu em duas fases. A primeira por meio de consulta ao HU por meio de sua Ouvidoria, de acordo com a Lei de Acesso à Informação, assim como documentos publicados no site da HU/FURG/EBSERH e da própria empresa. Ainda, como esclarecido anteriormente, foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado (Apêndice A) com vinte profissionais de saúde e docentes que atuaram no hospital desde sua criação, ainda em alas locadas da Santa Casa de Misericórdia na década de 1980 até a presente data.

Foram aproveitadas dezenove entrevistas, com exclusão de uma a pedido do entrevistado após a retirada do consentimento por motivos pessoais sob o argumento de que

ainda atua no hospital e possui receio de possíveis retaliações devido aos temas abordados nas entrevistas. Foi esclarecido pelo pesquisador que a confidencialidade e anonimato eram compromissos éticos da pesquisa, mas mesmo assim a posição foi mantida.

A exclusão não causou qualquer espécie de prejuízo ao passo que não havia sido iniciada a redação da análise de dados, não tendo de ser extraídos trechos da dissertação. Quanto ao conteúdo as perdas foram supridas pela existência de uma grande quantidade de entrevistas que abordaram pontos históricos e de formação do hospital, ênfase da entrevista descartada.

Com relação aos aspectos éticos, após a retirada do consentimento o arquivo de áudio foi excluído. Naquele momento não havia sido realizada a degravação do arquivo de áudio.

O pesquisador foi o responsável pela realização da totalidade das entrevistas, não tendo contado com o suporte de bolsistas nesta tarefa. Foi procedido desta forma uma vez que o pesquisador já estava afastado do hospital desde o princípio de 2018 e que nenhum dos entrevistados esteve vinculado hierarquicamente ao pesquisador. Com relação à degravação não foi utilizado nenhum software, assim como não foi contratado nenhum profissional, sendo toda atividade realizada pelo pesquisador, em um processo manual.

Tendo em vista os diferentes estágios de desenvolvimento do hospital foram entrevistados trabalhadores da Fundação de Apoio, técnicos e docentes da Universidade e funcionários concursados da EBSERH. Isto permitiu a compreensão das diferentes percepções dos grupos que formaram a organização, assim como entender os diferentes arranjos de organização do trabalho e a forma de atuação da gestão sobre os mesmos.

Para a análise dos dados foi utilizada a abordagem fenomenológica baseada nos estudos de Sanders (1982) que delineou uma estratégia de abordagem própria e adaptada para os estudos organizacionais, propiciando “tornar explícita a estrutura implícita e o significado das experiências humanas" (p. 354). A indicação da fenomenologia para estudos em organizações se dá devido ao fato de possuírem personalidade própria e por ser um espaço de convívio entre diferentes experiências e pessoas, ou seja, uma reprodução da vida cotidiana (BOAVA; MACEDO, 2011). Seu método busca expor “as essências puras universais que subjazem à consciência humana. Essa busca por essências torna a abordagem de Sanders um tipo de fenomenologia distintamente descritiva e Husserliana” (GILL, 2014, 1984).

Estas essências não podem ser encontradas por uma análise comum, sendo, para tanto, buscadas através do desvendar da consciência e experiências dos participantes (SANDERS, 1982). Nesta tarefa a fenomenologia não se concentra apenas no sujeito ou objeto das

experiências, mas no ponto de encontro das consciências. Procura-se, assim, a essência da experiência (SANDERS, 1982).

Uma das grandes dificuldades que levam a pouca utilização da fenomenologia nos estudos organizacionais é a inexistência de um método claro, um guia que norteie os pesquisadores nos estudos qualitativos. Sanders (1982) propôs a descrição de um método com um roteiro que deve ser seguido para o êxito.

A primeira das etapas deste roteiro é determinação e delimitação do objeto de pesquisa, com a identificação da pergunta que se pretende responder pelo uso da abordagem fenomenológica. Conhecido o fenômeno que se pretende conhecer a essência, após efetuar uma busca na literatura que aprofunde o tema assim como eventuais lacunas existentes em pesquisas sobre o mesmo parte-se para a coleta de dados. Ela pode ocorrer pela via documental, entrevistas com roteiros semiestruturados ou observações participativas.

No presente estudo, como já esclarecido, optou-se pelas entrevistas em profundidade não podendo perder de vista de que o tempo em que o pesquisador atuou nas gestões da universidade e do hospital podem ser compreendidas como observações participativas. Um dos pontos destacados pela autora para o sucesso do método é de que as entrevistas devem ser gravadas como forma de ser consultadas quantas vezes sejam necessárias para que o pesquisador as revisite e ouça da própria voz do entrevistado suas percepções. Para isto, sugere-se que não sejam realizadas intervenções ou anotações como as de um diário de campo para que não se perca em distrações e possa se deter ao máximo no aprofundamento da entrevista (SANDERS, 1982).

Encerrada a coleta de dados inicia-se a fase de análise daqueles. A autora sugere a realização de quatro etapas de análise. Ela é iniciada pela descrição dos fenômenos presentes na transcrição das entrevistas. Nesta etapa devem tentar ser extraídas as experiências, as identidades e perspectivas dos entrevistados em suas construções. O segundo nível de análise corresponde à identificação dos temas que surgem das descrições. Para Sanders devem ser buscados temas semelhantes nas diferentes entrevistas. A diferença nesta etapa consiste em que a identificação do tema deve ocorrer pela importância ou centralidade dada àquele e não a quantidade que ele se repete nas falas. Os temas fazem com que as narrativas circundem ao redor de si (SANDERS, 1982).

A terceira e quarta etapas são inspiradas nos estudos de Husserl (2012). A terceira é o desenvolvimento noético, ou seja, o desenvolvimento de correlações e reflexões dos temas. "A percepção do indivíduo da realidade dos fenômenos sob investigação" (SANDERS, 1982, p. 357). A última etapa é a extração das essências a partir das reflexões na etapa anterior. É o

que se se chama de reduções eidéticas. São as razões das experiências extraídas (BOAVA; MACEDO, 2011). “Abstrair as essências ou ‘o porquê’ de um indivíduo experimentar um fenômeno da maneira como o faz” (SANDERS, 1982, p. 357).

Estas essências segundo Husserl são a intencionalidade, ou seja, como o objeto é percebido (noema), as apreensões subjetivas sobre o objeto (noesis) ou as experiências. A intencionalidade para Husserl é a consciência (2012). Ela é fruto do significado total de um objeto, sendo muito mais que a percepção individual de um indivíduo (BOAVA; MACEDO, 2011).

A busca pela essência de um fenômeno é o que Husserl (2012) denominou de redução eidética que nada mais é do que um caminho metodológico de retorno ao significado da experiência, conhecendo seus motivos.

Este é o processo que foi reproduzido na presente pesquisa como forma de encontrar os temas centrais que balizaram as falas de cada entrevistado, delimitando seus temas e percepções. Por se tratar de um processo de construção coletiva e histórico relacionado ao meio e as relações vividas nas interações do indivíduo com os demais atores do campo buscou-se conhecer e compreender os contextos nos quais estavam inseridos, o momento de cada fala, as influências sofridas e as intenções por trás de cada uma delas.

Trata-se de um processo complexo e que deve ser repetido a cada fala, revisitando as entrevistas já analisadas na busca por encontrar os temas centrais de cada uma e as correlações possíveis, voltando ao princípio. Esta é uma dinâmica árdua onde a cada camada descoberta novas surgem e merecem o mesmo tratamento na busca da essência.

3.4 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS SUJEITOS E INTERRUPÇÃO DA COLETA DE DADOS

A população do estudo consistiu em uma representação das categorias profissionais que atuam no HU, em seus diversos vínculos (FURG, EBSERH e FAHERG). A seleção dos participantes se deu por etapas distintas. A primeira delas foi para buscar compreender as fases de constituição do hospital desde a sua criação, chegando até os dias atuais. Desta forma, foi lançado mão de uma espécie de informante-chave, que vivenciou muitas destas etapas. Assim, a mesma indicou uma lista de profissionais que ainda estavam na ativa ou que recentemente haviam se aposentado e que participaram de momentos relevantes do hospital.

Foi dada preferência naquele momento para trabalhadores que tenham ingressado no hospital antes mesmo da contratação pela FAHERG, no momento em que os funcionários

eram cedidos pela Santa Casa. Outro critério utilizado além do tempo de HU foi que fossem indivíduos que tivessem passado por mais de um vínculo em suas trajetórias no hospital. Assim, foi dada preferência para profissionais que tenham atuado pela FAHERG e depois migrado para o RJU (como TAE ou docentes) ou que tenham passado por diferentes vínculos e carreiras (FAHERG depois TAE e por fim na docência).

Como forma de encontrar diferentes pontos de vista sobre os fenômenos e processos foram selecionados trabalhadores que em algum momento também tenham passado pela experiência de ocupar cargos de gestão no HU, mas também profissionais que atuaram por sua carreira toda apenas na área assistencial.

Com o fito de buscar o maior distanciamento possível, haja vista que dos grupos anteriores o pesquisador trabalhou ou na gestão do hospital ou teve de certa forma algum contato durante a atuação na universidade foram selecionados também indivíduos apontados por estes informantes-chave que reunissem algumas das características antes mencionadas, mas que jamais trabalharam com o pesquisador.

Foram selecionados também trabalhadores EBSERH, tendo parte sido funcionários anteriormente da FAHERG e outra sem nenhum vínculo anterior com o HU. Por fim, foram ouvidos os gestores da fundação desde o momento do processo de discussão para adesão à EBSERH, chegando aos do início da fase de desligamentos e, por fim, ao final das demissões e encerramento das atividades da fundação.

No que se refere ao momento de interrupção das entrevistas cabe salientar que este é um tema muito controverso em pesquisas qualitativas, sendo objeto de intermináveis discussões. Uma das principais críticas à pesquisa qualitativa está calcada na dificuldade em conferir cientificidade aos seus resultados tendo em vista a natureza dos objetos que busca analisar (DE SOUZA MINAYO, 2017). Isto porque conforme leciona Kant (1980) sua preocupação é muito maior com a intensidade e dimensão sociocultural do fenômeno do que com a sua repetição.

Em que pese busque em sua essência a riqueza de detalhes, sua intensidade e as razões pelas quais um fenômeno pode ocorrer é plenamente possível conferir cientificidade às pesquisas qualitativas desde que o método seja seguido ao longo da pesquisa, assim como todas as etapas do projeto sejam cumpridas com uma justificação baseada na literatura e nas evidências (DE SOUZA MINAYO, 2017). Por maiores que sejam as liberdades e a infinidade de explorações colocadas a mão do pesquisador desde que seguido o roteiro e o modelo de pesquisa desenhados, com a obtenção de uma riqueza de elementos que respondam aos

objetivos e à pergunta de pesquisa o rigor do método será alcançado (DE SOUZA MINAYO, 2017).

Neste ponto a discussão da adequação do termo saturação para a interrupção da coleta de dados é algo controverso, porém de necessário enfrentamento. O termo saturação pode possuir diversos significados, mas para fins deste trabalho pode ser entendido como o instante em que o pesquisador percebe que coletar novos dados não inovará com relação aos esclarecimentos necessários para o estudo do objeto de pesquisa, ou seja, uma confiança empírica de que a categoria ou objeto está saturado (GLASER; STRAUSS, 2006).

Na presente pesquisa o critério utilizado para a interrupção do levantamento de dados no campo é baseado nos estudos de Glaser e Strauss (2006) conhecido como saturação teórica, que permite ao pesquisador ser capaz de compreender o momento em que novos fatos ou descrições não são capazes de alterar a compreensão sobre o fenômeno. Para esta perspectiva o conhecimento acumulado através técnica de coleta de dados gera um acúmulo de ideias e conceitos que tornam cada vez mais evidentes e articulados com o avançar da coleta, até chegar a certo ponto em que novos avanços não se fazem presentes (HOFFMANN, 2018).

Para tanto, os dados refletem volume e riqueza de informações (DE SOUZA MINAYO, 2017) e são capazes de atender com estes dois critérios a totalidade de categorias que se pretendia investigar a priori, assim como as que venham a surgir durante a investigação (HOFFMANN, 2018).

Desta forma a amostra, ou o grupo de indivíduos entrevistados, deve necessariamente estar atrelado à pergunta que se pretende responder com a pesquisa. Para isto é importante ter um grande cuidado na escolha dos grupos que se busca entrevistar ou acompanhados por meio de uma investigação participante (DE SOUZA MINAYO, 2017).

Assim, foram seguidos no presente estudo no momento da escolha do local de pesquisa, delimitação e seleção dos sujeitos entrevistados e elaboração do instrumento de coleta os seguintes critérios apontados por de Souza Minayo (2017) capazes de dar o suporte necessário para munir o pesquisador de elementos suficientes para compreender o fenômeno, a citar: instrumento de pesquisa que contemple as diferenças dos entrevistados; adequação do local de pesquisa; dar preferência a indivíduos que detenham conhecimento histórico e aprofundado do fenômeno em estudo; conhecer o campo e os atores que interagem e interferem naquele; confrontar as descobertas com a literatura; quantificar um número suficiente de entrevistas que permita reincidência de temas assim como complementariedade de informações.

Dadas as características de uma entrevista com roteiro semiestruturado em uma pesquisa qualitativa em administração e a relevância dada aos contextos e experiências

vivenciadas por cada indivíduo na construção das suas concepções Minayo (2017) utiliza o conceito de *habitus*, trazido por Bourdieu (2008). A autora destaca que as experiências sociais orientam o indivíduo, mas que mesmo inserido em um contexto suas vivências tem um caráter pessoal socializado, ou seja, ao mesmo tempo traz elementos internos e externos a si, fazendo com que os relatos obtidos sejam depoimentos pessoais, mas também coletivos (DE SOUZA MINAYO, 2017).

Essa riqueza de detalhes pode ser obtida quando os entrevistados são escolhidos com o cuidado e pensados de acordo com o que se pretende estudar, com os fenômenos em análise e com as categorias definidas a priori. Foi o que se fez no presente estudo, fazendo uso das percepções e conhecimento prévio do informante-chave selecionado assim como de toda a vivência e experiência do próprio pesquisador sobre o HU, com as permissões concedidas em uma pesquisa com uma abordagem fenomenológica.

Por tudo isto, é possível afirmar que os cuidados adotados durante todas as etapas da pesquisa deram respaldo ao pesquisador para dar corpo ao estudo e a seus achados a ponto de torna-los defensáveis e confiáveis a partir da obtenção de respostas satisfatórios de todas as perguntas e categorias levantadas com profundidade, abrangência e diversidade de acordo com as teorias que basearam o estudo (MASON, 2010).

3.4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Nesta seção serão descritas as principais características do perfil dos entrevistados de forma complementar aos critérios de escolha dos sujeitos da pesquisa, conforme a seção 3.4. As características destacadas são: nome, profissão, vínculo e tempo de instituição.

Como forma de buscar manter o sigilo dos participantes, mantendo a segurança das informações e resguardando os profissionais entrevistados, não foram incluídos no perfil informações que pudessem identificá-los como idade, sexo, unidade de atuação e a condição de ser um profissional da ativa ou já aposentado.

Quadro 2 – Perfil dos Entrevistados

Nome	Área	Profissão	Vínculos que teve ou acumula com a Instituição	Tempo de Instituição
Entrevistado 1	Enfermagem	Enfermeiro(a)	FAHERG/FURG	20 anos
Entrevistado 2	Enfermagem	Docente	FAHERG/FURG	27 anos
Entrevistado 3	Enfermagem	Docente	FAHERG/FURG	27 anos
Entrevistado 4	Farmácia	Farmacêutico(a)	FAHERG/EBSERH	10 anos
Entrevistado 5	Enfermagem	Enfermeiro(a)	FAHERG/FURG	36 anos
Entrevistado 6	Medicina	Médico(a)	Residente/ FURG	16 anos
Entrevistado 7	Medicina	Médico(a)/ Docente	Residente/ FURG	12 anos
Entrevistado 8	Enfermagem	Auxiliar em Enfermagem	FAHERG/FURG	20 anos
Entrevistado 9	Gestão Pública	Operacional	FURG	31 anos
Entrevistado 10	Enfermagem	Enfermeiro(a)/ Docente	FAHERG/FURG	33 anos
Entrevistado 11	Enfermagem	Enfermeiro(a)	Residente/ EBSERH	5 anos
Entrevistado 12	Enfermagem	Enfermeiro(a)/ Docente	FAHERG/FURG	35 anos
Entrevistado 13	Enfermagem	Auxiliar em Enfermagem	FAHERG/FURG	22 anos
Entrevistado 14	Direito	Assistente em Administração	FURG/FAHERG	10 anos
Entrevistado 15	Tecnologia da Informação	Analista de TI	FURG/FAHERG	42 anos
Entrevistado 16	História	Assistente em Administração	FURG/FAHERG	10 anos
Entrevistado 17	Enfermagem	Técnico em Enfermagem	FAHERG/FURG	16 anos
Entrevistado 18	Enfermagem	Auxiliar em Enfermagem	FAHERG/FURG	14 anos
Entrevistado 19	Enfermagem	Enfermeiro(a)	FAHERG/EBSERH	6 anos

Fonte: Entrevistas

3.5 ASPECTOS ÉTICOS, SEGURANÇA E MONITORAMENTO DE DADOS

Para o desenvolvimento dessa pesquisa foram observados os aspectos éticos da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016), que regulamenta a Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Desta forma, o projeto foi submetido à análise do Instituto de Ciências Econômicas, Administrativas e Contábeis da FURG, à Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. e finalmente ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (Processo nº 23116.011678/2018-53, CAAE: 06351119.4.0000.5324). O projeto foi autorizado em todas as instâncias após ampla verificação de condições e critérios, obtendo parecer favorável para início da pesquisa no início de 2019 (Parecer 23/2019).

Foi assumido, assim, o compromisso de cumprir com o rigor científico em todas as etapas do estudo para que seus resultados possam ser publicados com credibilidade, sendo avaliados os riscos da pesquisa quanto à integridade física, moral, intelectual, social ou cultural dos entrevistados. Para tanto, foram indicadas as precauções e medidas adotadas para evitar ou amenizar os riscos existentes, garantido aos entrevistados acesso ao serviço de psicologia organizacional do HU em caso de constrangimentos causados pela pesquisa.

Foi garantido, igualmente, o sigilo e não identificação dos participantes nos resultados publicados. Estas informações estão disponíveis aos entrevistados no TCLE, documento escrito e assinado em duas vias, cuja leitura e esclarecimentos de dúvidas surgidas são realizados antes das entrevistas, com a informação de que o consentimento pode ser retirado pelo participante a qualquer momento do estudo.

A participação dos trabalhadores do HU nas entrevistas ocorreu de forma individual e exclusivamente voluntária. Cabe destacar que as informações coletadas não foram utilizadas de forma individual, mas sim agrupadas e segmentadas para análise, de modo a não identificar qualquer participante do estudo.

O pesquisador será responsável pela proteção das informações e manutenção de todos os dados que forem coletados. Responsabilizando-se pelo monitoramento da segurança dos dados que serão armazenados na sala do Núcleo de Estudos sobre Organização, Trabalho e Participação (NOTeP) do ICEAC - FURG.

Cabe destacar, ainda, que devido ao compromisso de confidencialidade e de acordo com o dever ético de resguardar o sigilo e proteção dos entrevistados que em uma das entrevistas foi solicitado por um dos entrevistados que uma das respostas não fosse gravada, o que foi atendido pelo pesquisador.

Muito embora não tenha sido procedido ao registro de áudio e sua degravação dada a relevância do que foi levantado pelo entrevistado para a compreensão do fenômeno que se estava analisando o pesquisador, após conversar com seu orientador, optou por trazer os fatos descritos para o corpo da pesquisa, abordando-o de forma genérica, sem citar nomes de pessoas, lugares, unidade de trabalho e tempo em que ocorreram como forma de impossibilitar qualquer espécie de identificação do entrevistado. Houve o cuidado de analisar se outros entrevistados também poderiam ter conhecimento sobre os fatos de forma a minimizar qualquer eventual risco.

Após a certificação de que estes critérios foram atendidos e por entender, com base no conhecimento do pesquisador e por ter ouvido informalmente em diversos momentos de sua trajetória no hospital relatos como o que foi reproduzido na entrevista, que se tratava de um fato histórico e com relevância, não podendo deixar de ser reproduzido no estudo (DUARTE, 2002).

Passaremos nas seções seguintes à fase de análise de dados com base nos objetivos de pesquisa e dados obtidos através da fase de coleta.

4 ANÁLISE DE DADOS

Passaremos no presente capítulo a relacionar os principais temas levantados na etapa de levantamento de dados em campo que atendem aos objetivos do estudo e de acordo com a metodologia de pesquisa.

Assim, serão discutidos de acordo com o refencial teórico o processo histórico de criação do HU em estudo até a adesão à EBSERH. Em seguida, será analisado o processo de substituição de pessoal ocorrido na organização. Depois, de acordo com a trajetória e percepção dos entrevistados passaremos a analisar suas concepções sobre a organização do trabalho em um HU.

Vencidas estas etapas será dado início à discussão sobre o processo de instiitucionalização do HU/FURG. Em seguida propõe-se a análise do impacto e influência do poder da classe médica na burocracia profissional do hospita.

Por fim, será objeto de discussão o modelo de organização do trabalho proposto pela EBSERH e a tentativa de desinstitucionalização da forma de organizar o trabalho pre-existente na organização.

4.1 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JÚNIOR: DA CRIAÇÃO À ADESÃO À EBSERH

O presente estudo tem como local de pesquisa o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr., que pertence à Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Trata-se de um hospital público federal, certificado como hospital de ensino pelo Ministérios da Saúde e da Educação. Conforme seu Pano Diretor Estratégico (2017/2018) tem por objetivo a implementação das políticas de formação de recursos humanos adotadas pela FURG na área de saúde e na prática das políticas de atenção à saúde em nível Nacional, Estadual e Municipal.

Muito em razão da geografia da cidade do Rio Grande, banhada pelo Oceano Atlântico e pela Lagoa dos Patos, a Universidade Federal do Rio Grande é uma instituição de Ensino voltada para o estudo dos ecossistemas costeiros e oceânicos. Assim, a Universidade ganhou notoriedade em nível nacional e internacional através dos cursos de graduação e pós-graduação voltados para esta temática, e especial Oceanologia e Biologia (PDE 2017/2018). A FURG oferece no campus sede em Rio Grande - além dos campi de São Lourenço do Sul, Santa Vitória do Palmar e Santo Antônio da Patrulha - 58 cursos de graduação presenciais e 5 na modalidade a distância. São 71 cursos de pós-graduação. Existem 21 polos EAD distribuídos por todo o

Estado do Rio Grande do Sul. Na área da saúde são oferecidas, ainda, 9 residências médicas e2 residências multiprofissionais (FURG, 2020).

O HU/FURG possui 203 leitos e atende 34 especialidades médicas, sendo classificado como um hospital de médio porte (EBSERH, 2020). Ele é referência para gestação de alto risco, HIV-AIDS e traumatologia para a microrregião litoral lagunar, que tem uma compreendendo as populações das cidades de São José do Norte, Santa Vitória do Palmar, Chuí e Rio Grande. Ainda, nas áreas onde é referência atende pacientes dos municípios de Pelotas, Camaquã, Jaguarão, Arroio Grande e Tavares (PDE 2017/2018).

O Hospital Universitário iniciou suas atividades no ano de 1966, junto às instalações da Associação de Caridade Santa Casa de Misericórdia do Rio Grande (ACSCRG). Essa fase inicial do HU/FURG está intimamente relacionada ao surgimento do curso de Medicina na FURG, necessitando seus alunos de um local para prática. Cerca de dez anos após o HU recebeu, por meio da Portaria Federal nº 233, a denominação de Hospital de Ensino Professor Miguel Riet Corrêa Júnior - HE, homenageando o primeiro diretor da Faculdade de Medicina do Rio Grande (MEIRELLES, 2016).

Uma nova era foi iniciada uma década após a partir da celebração de convênio com a Santa Casa de Misericórdia (ACSCRG) que permitiu uma maior autonomia administrativa, assim como a locação de um espaço junto à Santa Casa para seu funcionamento (MEIRELLES, 2016). Pelo convênio o HU passou a comprar serviços da ACSCRG, como leitos, raio x, banco de sangue, centro cirúrgico, farmácia e outros. Pelo acordo entre as instituições os pacientes carentes, que representavam um alto custo hospitalar para a Santa Casa no regime do INAMPS, passaram a ser encaminhados ao HU (ÁVILA, 2006).

Não obstante os serviços prestados o HU nesta fase não contava até aquele momento com um quadro próprio de funcionários da área técnica. Atuavam no HU os docentes do curso de medicina e do recém-criado curso de enfermagem. Além deles auxiliavam nas atividades os acadêmicos e atendentes de enfermagem contratados pela Santa Casa. Como mencionado anteriormente o curso de enfermagem da FURG naquele momento havia formado recentemente suas primeiras turmas. Uma iniciativa da Universidade viabilizou a contratação do primeiro grupo de enfermeiras para atuação no HU, o que ficou conhecido como o “grupo das 13” (ENTREVISTADOS 5, 10 e 12). A contratação se deu no primeiro momento através da própria Santa Casa, que assinava a carteira de trabalho das enfermeiras (ENTREVISTADOS 5, 10 e 12), tendo em vista a impossibilidade da FURG de contratar pessoas físicas para a prestação de serviços, que repassava valores à Santa Casa pelos convênios firmados para pagamento do pessoal, insumos e serviços.

Essa situação perdurou por quase dois anos, quando no ano de1986 foi criada a Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande (FAHERG). A Fundação tinha a finalidade de gerir recursos com a agilidade e flexibilidade de uma Fundação - sem a burocracia e regime licitatório das Universidades - e possibilitar a contratação de funcionários para atuação nas áreas de apoio, administrativa, técnica e assistencial. A medida permitiu a contratualização de serviços prestados à comunidade naquele momento com o INAMPS, garantindo contraprestação financeira ao HU (ÁVILA, 2006).

O HU, através da FAHERG, começou a formar seu quadro próprio para funcionamento com médicos, enfermeiros, atendentes - posteriormente substituídos pelos auxiliares e técnicos de enfermagem (ENTREVISTADO 12) - laboratoristas e quadro administrativo para atuação nas áreas de faturamento, compras, almoxarifado, agendamento e outros serviços que começavam a se estruturar. Essas contratações ocorriam por meio do vínculo celetista, através de seleções promovidas pela própria Fundação.

Naquele estágio o HU funcionava em alas cedidas pela Santa Casa – São Lucas I e II e São Roque – onde foram instaladas as unidades de Pediatria, o princípio da UTI Neonatal, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, laboratório, SAME (Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico), Almoxarifado, Ambulatórios Central, Clínico e Cirúrgico e salas de aula (ENTREVISTADOS 10 e 12):

> Eu comecei no hospital universitário quando nós éramos um apêndice lá na Santa Casa. A Universidade alugou da Santa Casa a parte lá dos fundos onde hoje é a funerária. Ali embaixo tinha um laboratório que foi a nossa célula inicial do laboratório de hoje. Tinha um SAME, o setor dos prontuários e das pastas, um almoxarifado que o chefe era o seu Guido que já faleceu há muito tempo e depois tinha um ambulatório central, ambulatório clínico em cima tinha um ambulatório cirúrgico. Do lado da patologia, que já existia, Laboratório de Patologia. Nós tínhamos salas de aula naquele pátio e o São Lucas no terceiro piso, que eram salas de aula. E afastado onde hoje é o São Roque nós tínhamos pediatria e depois de um certo tempo o começo da UTI Neonatal. Nós conseguimos uma salinha e um respirador e foi ali onde começou (ENTREVISTADO 5).

Nos anos que antecederam a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS vigia o regime do INAMPS, uma autarquia federal ligada ao INPS que pertencia ao Ministério da Previdência e não ao da Saúde. O INAMPS era responsável pela assistência regulação dos serviços de saúde. Existia, desta forma, uma fragmentação de serviços (INPS, INAMPS e IAPAS) em um modelo que foi integrado com o advento do INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), abrangendo a assistência médica, previdência e assistência social.

Esta segmentação deixava de lado uma parcela significativa da população formada por desempregados e indivíduos ligados ao mercado informal de trabalho. Estas pessoas eram

consideradas pela legislação do período como indigentes, desamparados do acesso aos benefícios previdenciários e assistência social e com acesso limitado aos serviços de saúde. Isto se dava em razão do fato de que não vigiam no período pré-Constituição de 1988 os princípios da universalidade de acesso e solidariedade, distintivos do modelo implementado com o INSS e o SUS. Eram considerados segurados do INAMPS apenas os cidadãos que fossem clientes de serviços previdenciários, ou seja, trabalhadores e dependentes que realizavam recolhimento previdenciário (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1997).

Diversas modificações ocorreram na abrangência e cobertura no INAMPS na década de 1980, constituindo o regime um modelo híbrido que transitava lentamente entre a segmentação de serviços médico-hospitalares – fundado na ideia meritocrática do seguro social – para a universalização e solidariedade presentes na seguridade social (MENDES, 2013).

Em linhas gerais a principal distinção entre beneficiários do INAMPS e os indigentes sanitários residia na cobertura de serviços de promoção à saúde e prevenção primária (consultas ambulatoriais, exames e diagnóstico) aos trabalhadores formais e seus dependentes para a pura e simples prestação de assistência hospitalar (curativo) aos indivíduos que não eram beneficiários. A lógica do SUS rompeu com essa divisão e promoveu a saúde a um direito de todos e que deveria ser garantido pelo Estado.

Deve ser destacada, ainda, a separação existente dentro dos serviços hospitalares entre segurados do INAMPS e indigentes. O atendimento aos últimos ocorria em alas apartadas, com menor destinação de recursos financeiros para insumos, equipamentos e recursos humanos. Os serviços geralmente eram prestados em hospitais filantrópicos, assumindo um papel relevante até aquele momento as Santas Casas, como no caso da cidade do Rio Grande.

O HU/FURG, desta maneira, tem seus primeiros serviços instalados, neste contexto, para atendimento desta significativa parcela carente da população, em instalações precarizada, com móveis e equipamentos doados ou sem interesse de utilização pela ASCMRG. Tal situação é corroborada pelo entrevistado 05:

> Foi nesse ambiente então que eu comecei a trabalhar. Primeiro estudar, estágio e depois trabalhar. Eu fui enfermeira do São Lucas I. Naquela época ainda não tinha a Constituinte de 88. Quando comecei a trabalhar nós tínhamos ainda a indigência. Eu comecei a trabalhar no setor de indigência. O São Lucas I era o setor onde as pessoas que internavam não tinham nada nem ninguém e eu trabalhava ali. [...] Tinha barata. A gente matava barata com chinelo. Tinha rato. De noite a gente colocava ratoeira. Tinha os móveis velhos. Tudo que tinha na Santa Casa que não se queria ia para lá. Era tudo com cupim. A gente tratava e pintava. O pessoal da limpeza era pouco. Então o posto de enfermagem era nós que lavávamos. A gente tirava a roupa de cama. Nós limpávamos os leitos trocávamos os leitos. Nós fazíamos um serviço braçal bem grande.

No mesmo período a Universidade adquiriu uma área na frente da Santa Casa e iniciou as obras das futuras instalações do HU. O prédio próprio do Hospital teve seu primeiro módulo entregue no ano de 1988. Uma série de ampliações e melhorias foram realizadas ao longo dos anos, aumentando a capacidade de atendimento e qualificando a prática de seus alunos. Algumas das melhorias foram a construção das UTIs Neonatal, Pediátrica e Geral, Maternidade, Centro Obstétrico, Traumatologia, Bloco Cirúrgico e de Pequenas Cirurgias, Ambulatório Central, Almoxarifado, Hospital Dia, além de diversas obras de infraestrutura como o Centro de Material Esterilizado (CME), cozinha, laboratórios, Centro de Imagens, Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e outros.

A construção do prédio próprio do HU, que possibilitou a ampliação dos serviços prestados à população abrangida pelo hospital foi considerado um marco para a cidade do Rio Grande, que passou a contar com três hospitais para atender a população - Santa Casa de Misericórdia, Beneficência Portuguesa e HU - além de um importante avanço para os cursos da área da saúde. Ainda, como forma de sedimentar e aproximar o espaço de aprendizado e prática a FURG inaugurou em 1995 as instalações da Área Acadêmica da Saúde, integrada ao HU. O novo prédio melhorou as condições dos cursos de graduação e pós-graduação, formando o Campus Saúde da FURG (PDE 2017/2018).

Deve ser destacado que no quadro técnico apenas funcionários da FAHERG atuaram no HU por cerca de dez anos. O primeiro concurso RJU para trabalhadores da área da saúde, contratados pela Universidade, ocorreu no ano de 1994. Nele foram contratos médicos, profissionais de enfermagem, técnicos de laboratório e radiologia e profissionais de nutrição. Ao longo dos anos – 1997, 2003, 2013 e 2014 (ENTREVISTADO 15) - outros concursos foram realizados contemplando outras especialidades da área assistencial.

> No ano de 94 eu estava na subprefeitura e foi organizado o primeiro concurso para contratação de pessoal e para substituição dos funcionários da FAHERG. Foram os primeiros servidores públicos que ingressaram ali em 94. A primeira leva eu não lembro exatamente os números mas se entendeu que os primeiros cargos deveriam atender a demandas da área assistencial tentando também o máximo possível de cargos de uma remuneração para com isso aliviar aquela necessidade de aporte para pagamento da folha de pagamento da Fundação (ENTREVISTADO 15).

A liberação de vagas pelo governo federal para os hospitais universitários ao longo destas duas décadas se deu com uma dupla finalidade. A primeira delas era o atendimento do aumento de demanda assistencial pelo qual os HU estavam sendo submetidos com a adesão ao SUS e por se tratar de centros de referências regionais em diversas especialidades. A segunda era a substituição de pessoal contratado através das fundações de apoio e convênios firmados com prefeituras e governos estaduais.

Desde a década de 1990 órgãos de controle possuíam o entendimento de que a contratação de pessoal para atuação em áreas finalísticas dos hospitais era irregular, extrapolando as atribuições das fundações. Este entendimento foi reiterado ao longo dos anos por uma série de decisões que iniciaram com um caráter de recomendação e orientação em pareceres do TCU, CGU e AGU para determinações com caráter obrigatório, com prazo para cumprimento, estipulando multas e a possibilidade de responsabilização pessoal de gestores em caso de descumprimento.

No entanto uma situação dicotômica se apresentava para os gestores das Universidades e Hospitais Universitários. Ao mesmo tempo em que era a reconhecida a precariedade das contratações por meio do vínculo fundacional não eram fornecidas vagas em quantitativo suficiente pelo Governo Federal para a realização de concursos públicos para compor o quadro permanente dos hospitais. Desta maneira, os HU ao invés de desligar aqueles trabalhadores contratavam cada vez mais funcionários pelas fundações e aumentavam o número de profissionais que prestavam serviços por meio de RPA.

O concurso de 1994 contou com um quantitativo de vagas insuficiente para atender à finalidade de extinção da FAHERG. Foram disponibilizadas cerca de 30% de vagas com quantitativo da Fundação naquele momento (ENTREVISTADO 15). Para a elaboração da prova a Universidade contou com a ajuda das Universidades de Pelotas e Santa Maria, Universidades que se encontravam na mesma situação da FURG em seus hospitais. Assim, cada Universidade auxiliou no processo com o intercâmbio de professores para a elaboração de questões, formação de bancas examinadoras e logística (ENTREVISTADO 15). O número de vagas insuficiente para a extinção do quadro das fundações de apoio também ocorreu com as outras Universidades da região, que contavam naquele momento com quadro fundacional ainda maior que o da FURG.

> Se não me falha a memória médicos nós conseguimos todas as vagas, mas como é até hoje se não era suficiente tinha umas demandas que por RPA acabava suprindo o hospital em uma necessidade específica do profissional: férias ou a necessidade de cobrir as jornadas por escalas. A ideia do MEC era aliviar as Fundações porque a situação era realmente muito crítica. Com isso se conseguiu ir aliviando a folha manter os pagamentos e as principais obrigações do hospital por um bom tempo (ENTREVISTADO 15).

A década de 1990 foi marcada por uma política restritiva em investimentos nas Universidade Federais a partir da primeira gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso, em uma nítida intenção de diminuir o tamanho da máquina pública. Desta forma houve a diminuição do financiamento e da reposição das perdas de pessoal das Universidades. O HU/FURG sentiu o impacto destas políticas com uma série de restrições orçamentárias que

faziam com que a Universidade repasse ao hospital apenas os recursos necessários ao pagamento dos trabalhadores da Fundação, sendo que em alguns momentos nem ao menos estes recursos eram garantidos.

> Nos períodos que eu acompanhei foi um período de muita dificuldade. No primeiro ano que eu assumir a sub-reitoria a Fundação não conseguiu sequer pagar o vale-transporte do pessoal. Por um ano ou dois a Universidade aportava por uma forma que na época era possível o financeiro integral para pagamento de pessoal. Então 1993/1994 foram anos muito difíceis para o Hospital e para Fundação. [...] a Universidade não aportava nenhum recurso financeiro para Hospital a não ser a folha de pagamento dos docentes e técnicos que trabalhavam lá. Poucos naquele primeiro momento eram servidores públicos A grande maioria era da FAHERG (ENTREVISTADO 15).

No caso específico do Hospital Miguel Riet Correa Júnior o número de contratados pela FAHERG era variável ao longo dos anos, tendo chegado ao pico no ano de 2013 de 495 empregados (ENTREVISTADO 15). Essa oscilação dependia da necessidade de reposição com relação à recomposição dos quadros RJU, seja pela falta de concurso público, seja pelas perdas de pessoal com aposentadorias e pedidos de demissão. Historicamente esse número ficava dividido em uma média de 50% servidores RJU e 50% trabalhadores da Fundação (ENTREVISTADO 15).

A dicotomia entre a diminuição do quantitativo de pessoal e o aumento de serviços prestados acentuou-se a partir de 2011 quando o HU/FURG passou a atender exclusivamente pelo SUS. A inserção do HU como um importante elemento da rede de atenção à saúde pública do município e região fez com que o HU deixasse de ser uma organização que tinha como principal missão a formação de recursos humanos e pesquisa em saúde. A assistência à saúde da população, em grande parte de baixa renda e com dificuldade de acesso a serviços públicos básicos, caminhava lado a lado com os demais objetivos da organização.

A abertura do SPA alterou a dinâmica do hospital, aumentou a demanda de pessoal, insumos e infraestrutura. Concomitantemente o HU passou a ofertar uma gama muito maior de consultas ambulatoriais, exames e cirurgias. Outro fato marcante ocorrido no período foi que o HU deixou de ser apenas um hospital de referência do tipo portas fechadas[8].Seu serviço de pronto atendimento em urgência e emergência em diversos momentos era o único disponível na cidade, devido aos graves problemas financeiros enfrentados pela ACSCRG e o fechamento do Hospital Beneficência Portuguesa (ENTREVISTADOS 1, 3 e 10).

Outro importante marco para os HU foi o ano de 2010, quando foi lançado o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). O programa é

[8] Hospitais com portas fechadas são aqueles onde os serviços de pronto-socorro e emergências atendem pacientes apenas referenciados por outros serviços de saúde (PEREIRA, 2017).

resultado de uma série de ações iniciadas no ano de 2004, por meio de uma série de comissões instauradas pelos Ministérios da Educação, Saúde, órgãos de controle, gestores das Universidades e hospitais. O REHUF buscava atender um dos pontos frágeis dos HU, a deficiência de infraestrutura. As medidas propostas objetivaram qualificar a estrutura física e tecnológica dos hospitais.

O déficit estrutural era sentido muito em razão da ausência de recursos específicos para a realização de obras, compras de equipamentos e investimentos em tecnologia. O HU/FURG recebia recursos oriundos da contratualização com o SUS como contraprestação pelos serviços assistenciais prestados (ENTREVISTADO 03). No entanto, não havia previsão orçamentária pelo SUS para financiamento dos demais serviços prestados pelo HU assim como recursos para qualificação da infraestrutura. Para isto, o HU contava com o auxílio da Universidade, o que ocorria de forma muito discreta, ao passo que as Universidades sempre consideraram que os seus hospitais representavam gastos muito altos e que deveriam buscar alternativas de gerenciamento para atender suas demandas (ENTREVISTADOS 03 e 15).

A FURG foi escolhida junto outras seis instituições como piloto do programa, tendo se beneficiado do financiamento para inúmeras obras de melhoria e ampliação do hospital (BORGES, 2018). O programa foi tão exitoso que permanece até os dias atuais, tendo sido aperfeiçoado com a inclusão de regras de cumprimento de metas quantitativas e qualitativas para o recebimento de recursos, além de realização de projetos auditados que demonstrem a necessidade de aplicação dos recursos (ENTREVISTADO 03).

Em que pese o REHUF tenha atendido a deficiência de infraestrutura dos Hospitais, permanecia em aberto a solução para o problema do déficit de pessoal (ENTREVISTADOS 02, 03 e 09). Ele foi agravado pelas sucessivas decisões dos Tribunais de Controle que exigiam a extinção imediata dos vínculos precários contratados através da FAHERG. A solução criada pelo governo federal surgiu um ano após o REHUF. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

De acordo com a legislação de criação da empresa a adesão à EBSERH não foi obrigatória às Universidades. A empresa de capital público, mas de personalidade jurídica de direito privado, criada para gerir recursos do REHUF, modernizar a estrutura de gestão dos HU e contratar pessoal para atuação nos hospitais sofreu muita resistência desde a sua criação.

Mesmo sendo proposta nos últimos dias do segundo mandato do presidente Lula e dotada de estrutura nos primeiros anos da gestão de Dilma Rousseff a EBSERH – governos ditos de esquerda - era taxada por muitos como um projeto de privatização dos HU (ENTREVISTADOS 02 e 03), sem preocupação com o ensino e a pesquisa (ENTREVISTADO

12). Tal discurso reverberava entre gestores universitários, dos hospitais, membros da academia, funcionários dos HU e entidades sindicatos (ENTREVISTADOS 02, 03, 05, 09, 10e 15).

> O sindicato docente nunca se manifestou. Que eu me lembre não. O dos técnicos sim, mas como existia uma certa diferença de pensamento entre a gestão que era daquele momento e o sindicato a gente não sabia até que ponto era só preocupação com a empresa que estava vindo e as demissões que ocorreriam dentro do hospital (ENTREVISTADO 07).

> Era uma coisa bastante negativa a minha visão porque eu achava que a Universidade deveria ter uma mudança de modelo de gestão [...], mas por que a Universidade não poderia ampliar o seu quadro para criar um modelo que realmente funcionasse? E fazer com que as pessoas tivessem um comprometimento maior [...] então eu tinha uma resistência de pensar a EBSERH porque no fundo eu achava que poderia ser uma privatização. Então eu tinha esse receio e eu acho que a maioria das pessoas também tinham acredito que essa era percepção da maioria das pessoas da academia (ENTREVISTADO 12).

A adesão à EBSERH não foi a escolha preferencial de nenhum dos atores envolvidos nas discussões. Muito mais em razão das incertezas sobre o que estava por vir do que por situações concretas que demonstrassem os prejuízos de alguma das Universidades que tivessem aderido à empresa até aquele momento.

A percepção geral dos entrevistados é de que a resistência à adesão possuía muito mais uma conotação política, sem estar fundada em nada concreto. Tratava-se muito mais do receio sobre o desconhecido ou uma reprodução de um discurso existente em quase todas as Universidades que passaram pelo processo de discussão. Nas palavras do entrevistado 05 "*o sindicato combatia. Dizia que não, mas na minha concepção nunca deixava Claro. Não dizia direito o que era. Na minha visão era algo de muita política sem conteúdo*". Em outro momento da mesma entrevista ao se referir à academia complementou: "*tem diversos contra e diversos a favor. O que eu não via com tanta clareza era tanto o contra como a favor ter argumento para isso. Tudo era muito nebuloso. Tudo era muito no ar. Nada era bem explicado"*.

Para o entrevistado 03 poucos sabiam efetivamente do que se tratava a empresa, quais suas atribuições e forma de atuação. Este desconhecimento imperava entre técnicos administrativos, docentes, gestores e até mesmo dentro da sociedade.

> Os órgãos de classe a que pertenço defendiam que as Universidades não deveriam aderir a EBSERH, no entanto, hoje não existe mais manifestações em relação a isso. Por outro lado, o sindicato dos trabalhadores que atuavam no HU, APTAFURG não apoiou e criticavam muito a adesão da FURG/EBSERH e, muitos trabalhadores que faziam parte deste processo contrariavam as iniciativas e inviabilizavam muitas questões, mesmo sem analisá-las de modo pertinente (ENTREVISTADO 02).

> Doloroso. A gente tomou pedrada do sindicato o tempo todo. A gente levou pedrada do Conselho Municipal de Saúde que foi atrás da historinha do sindicato. Aquela época eu fazia parte do Conselho Municipal de Saúde. O 'Celsinho' ia lá falar mal da

> EBSERH e não sabiam nem o que que era, mas todo mundo votava contra (ENTREVISTADO 05).

O grande problema que se avizinhava e que colocava uma espada na cabeça dos gestores locais foi a vinculação para a continuidade de recebimento de recursos do REHUF à adesão à EBSERH. Desta forma, o governo afirmava que as Universidades que não realizassem a adesão deixariam de receber recursos imprescindíveis para a manutenção de seus hospitais em um curto espaço de tempo, o que poderia inviabilizar a continuidade dos serviços, implicando em uma diminuição de leitos ou até mesmo o fechamento dos hospitais (ENTREVISTADOS 03, 05, 14 e 15).

A escassez de recursos, aliada à não liberação de vagas para reposição das vacâncias ocorridos no período, aumentavam a pressão sobre os dirigentes da Universidade para a adesão. A necessidade da adesão como condição para a manutenção do hospital aberto ofertando os serviços prestados à comunidade ia na contramão da forte resistência da comunidade universitária. O clima era de tensão (ENTREVISTADO 10), pesado (ENTREVISTADO 03), principalmente em virtude da forte pressão exercida pelo sindicato dos técnicos-administrativos em educação - APTAFURG. Isto fez com que o processo tenha sido muito longo e desgastante na Universidade.

A discussão sobre a adesão foi travada no âmbito do Conselho Universitário. Ainda no ano de 2012 o reitor João Carlos Cousin, em seu último ano de mandato propôs a realização de um seminário com diretores da Empresa. Ato contínuo foi realizada reunião do Conselho Diretor do HU/FURG (CONDIR) - composto por representação da Direção do HU, Reitoria da FURG e docentes da FAMED (Faculdade de Medicina) e EENF (Escola de Enfermagem) - que resultou na moção de adesão imediata à EBSERH. No entanto, o CONSUN[9] decidiu que seriam necessárias maiores discussões e informações para que fosse tomada uma decisão (BORGES, 2018).

Os debates permaneceram ao longo de 2013 e primeiro semestre de 2014 por meio de uma série de reuniões com a comunidade acadêmica, audiências públicas no hospital e Câmara de Vereadores da cidade do Rio Grande e a APTAFURG (ENTREVISTADOS 03 e 15). A reitoria da Universidade - dado o agravamento da situação financeira da FAHERG para manter a estrutura do HU em funcionamento - convocou em meados de 2014 nova reunião do CONSUN com o objetivo de deliberar sobre a adesão. No entanto, devido a um forte ato da APTAFURG, que contou com a participação do Diretório Central de Estudantes (DCE) da

[9]É o órgão máximo deliberativo da Universidade, destinado a traçar a política universitária e a funcionar como órgão recursal das decisões tomadas pelo COEPEA.

FURG e outros sindicatos locais também convocados, a reunião não foi realizada. Isto porque os manifestantes impediram que os conselheiros entrassem no prédio onde ela ocorreria (ENTREVISTADOS 03, 14 e 15).

Um grande embate foi travado, sendo necessária a intervenção policial e do serviço de vigilância da Universidade para que não houvesse confronto e a integridade física de conselheiros, funcionários e alunos fosse preservada (ENTREVISTADOS14 e 15). Tendo em vista o impedimento de ingresso, a reitora da FURG levou os conselheiros para o estacionamento de outro prédio do campus e ali, ao ar livre, foi realizada uma reunião simbólica com a contagem de votos do resultado por contraste, com a deliberação pela aprovação da adesão (ENTREVISTADO 03).

O ato não foi aceito pela representação sindical. Em razão disso a APTAFURG ingressou com uma ação judicial contestando a reunião e a forma de votação, obtendo liminar que tornou sem efeito a reunião. Uma batalha jurídica foi travada com uma série de recursos e decisões, mas que mantinham a suspensão. Passado mais de um ano do deferimento da liminar a reitoria da FURG decidiu acatar a decisão e convocar uma nova reunião do CONSUN para deliberar sobre o tema (ENTREVISTADO 03).

Uma manobra regimental foi utilizada com a convocação da reunião utilizando o prazo mínimo previsto de 72 horas. A estratégia foi utilizada em um período de férias estudantis, onde muitos trabalhadores da Universidade também costumavam gozar férias. A estratégia enfraqueceu a capacidade de mobilização do sindicato, que não conseguiu convocar a tempo nova manifestação (ENTREVISTADO 03). Com isso, em setembro de 2015 foi levada ao CONSUN a proposta de adesão e aprovada pela nova composição do conselho, recém-eleita. Foram aprovados, também, os nomes indicados pela reitoria para compor a governança do Hospital (Superintendente e Gerentes Administrativo, de Atenção à Saúde e de Ensino e Pesquisa).

No momento da segunda reunião do Conselho o autor atuava na Pró-Reitora de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas da FURG e era conselheiro eleito como representante dos servidores técnico administrativos. Acompanhou, assim, de perto as discussões travadas no âmbito da Universidade, com reuniões convocadas pelo CONSUN na Área Acadêmica da Saúde, além de inúmeras reuniões com representações técnicas. Presenciou, igualmente, diversas manifestações de docentes que a todo momento ressaltavam as dúvidas quanto ao papel da formação e da pesquisa com a implantação da EBSERH, em que pese reconhecessem as grandes dificuldades que o hospital teria para se manter com a escassez de investimentos.

O clima era tenso. Havia um nítido desconforto na reitoria da Universidade, que claramente era oposta ao modelo ofertado e que, a todo momento, em suas manifestações esclarecia que não existiam outras opções ou modelos a disposição dos gestores. Tratava-se de aderir ao modelo para voltar a receber financiamento federal e repor as perdas de pessoal ou permanecer na gestão exclusiva do hospital, sem qualquer perspectiva de recursos.

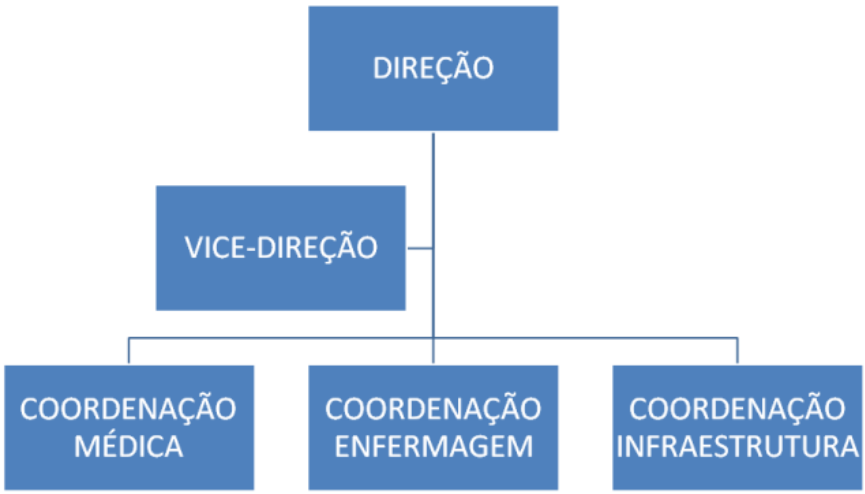
Diversas ações foram promovidas pelo sindicato (APTAFURG) desde o início das discussões sobre a adesão, como paralisações, atos públicos na frente do HU e Reitoria, publicização do interesse contrário em matérias jornalísticas de TV, rádio e meios impressos, além de uma série de reuniões com a gestão da Universidade.

Além disso, nas duas primeiras oportunidades em que houve a tentativa de deliberação pelo CONSUN a APTAFURG, em ação conjunta com sindicatos de cidades da região e com o apoio dos trabalhadores do HU e representantes estudantis, foi impedida a realização das reuniões.

Após a segunda tentativa frustrada, que obrigou a reitoria a realizar o ato no estacionamento de um dos prédios da Universidade e com votação simbólica dos membros presentes, foi ajuizada uma ação que travou o processo de adesão por mais de um ano (ENTREVISTADO 14). Todavia, na nova tentativa da Reitoria de levar o tema à deliberação do CONSUN, no entanto, nenhuma medida foi adotada pelo sindicato, tornando a discussão e o ato da adesão mais simplificados em comparação às tentativas anteriores.

Com efeito, era notória a precariedade da estrutura de gestão do HU/FURG antes da adesão à EBSERH (ENTREVISTADOS 7 e 14). Em termos quantitativos os cargos resumiam-se ao Diretor, Vice-Diretor e três Coordenadores: Médico, Enfermagem e Infraestrutura (composto por todos os cargos que não fossem das especialidades médica e de enfermagem). Não havia chefias em níveis hierárquicos em estratos inferiores ou para as especialidades.

FIGURA 1 - Organograma do HU/FURG anterior à adesão à EBSERH



Fonte: relatos dos entrevistados

Na visão dos entrevistados existia uma nítida sobrecarga de trabalho na figura destas chefias, que atendiam a um hospital que funciona sete dias por semana e vinte e quatro horas por dia.

> Neste momento também a gestão do hospital ela tinha um organograma bastante reduzido para uma organização como um hospital, que funciona 24 horas por dia e 7 dias por semana. [...] Na época éramos em torno de 6 pessoas o núcleo gerencial do hospital. O hospital com carências, com dificuldade de estruturar um quadro de funções gratificadas. O laboratório e a nutrição eram poucos lugares que tinham as chefias. O resto era tudo com a direção. (ENTREVISTADO 05).

Não fosse a sobrecarga, as funções de chefia eram mal remuneradas em comparação à responsabilidade atribuída aos cargos de gestão. O volume de trabalho acabava exigindo dedicação exclusiva dos gestores, sendo que de acordo com o que disciplinado na CF/88 os cargos de profissionais de saúde permitem a acumulação de funções públicas. Isto fazia com que bons profissionais não tivessem interesse em assumir os postos de comando (ENTREVISTADOS 03 e 05).

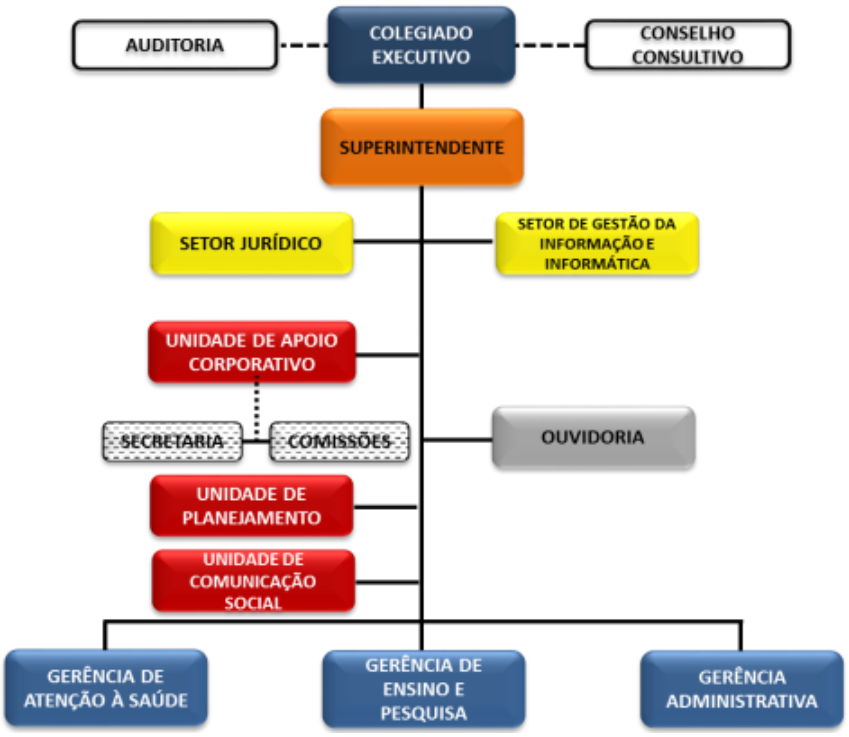
A adesão da FURG à EBSERH possibilitou que o hospital fosse dotado de uma estrutura administrativa que contemplava o tripé assistência, ensino e pesquisa, além da criação de uma estrutura administrativa para compras, infraestrutura e gestão de pessoal, que antes inexistia, fazendo com que tivesse que contar com o apoio da Universidade.

Essa estrutura de gestão é denominada pela EBSERH de “Governança”, sendo composta por três Gerências abaixo da Superintendência (Atenção à Saúde, Ensino e Pesquisa e Administrativa). As Gerências, por sua vez, possuem em sua estrutura as Divisões - espécies de Diretorias especializadas. As Divisões, por sua vez, são compostas Setores e abaixo destes

as Unidades, camadas hierárquicas que atuam diretamente "na ponta" dos serviços, em contato direto com os trabalhadores.

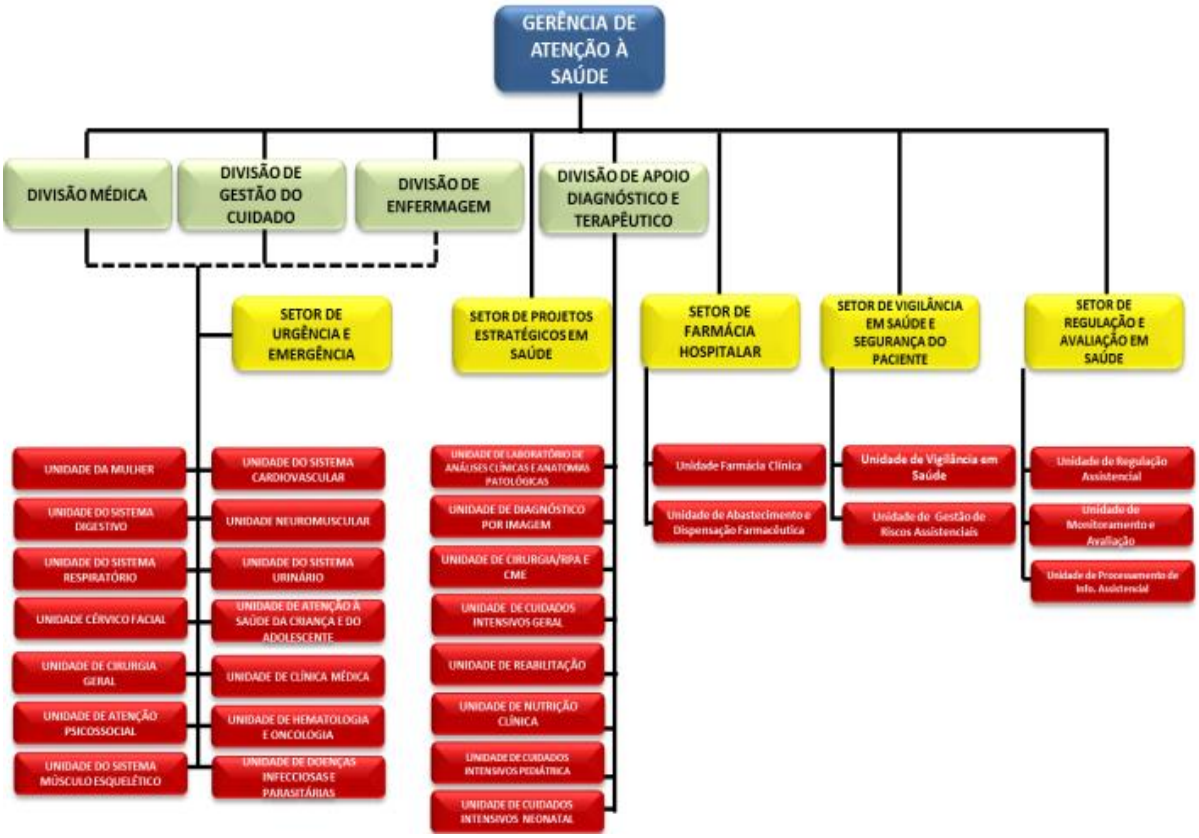
Em apoio à Superintendência, ainda, foram criados os serviços de Ouvidoria - como forma de manter a transparência das informações públicas e aproximar a gestão dos usuários - Auditoria Interna - atuando no controle de atos e de forma preventiva como maneira de coadunar as ações aos mais atuais princípios da administração pública - Assessorias Jurídica e de Comunicação, além de Tecnologia da Informação. Desta forma, foi propiciado à Governança condições para desempenhar suas atribuições e preocupar-se apenas com os assuntos mais relevantes, podendo delegar aos serviços de apoio tarefas mais rotineiras. Ao todo, foram colocadas à disposição do HU/FURG setenta e cinco funções de chefia, ou seja, cinco vezes mais do que no modelo anterior.

FIGURA 2: Estrutura organizacional da Superintendência após a adesão à EBSERH



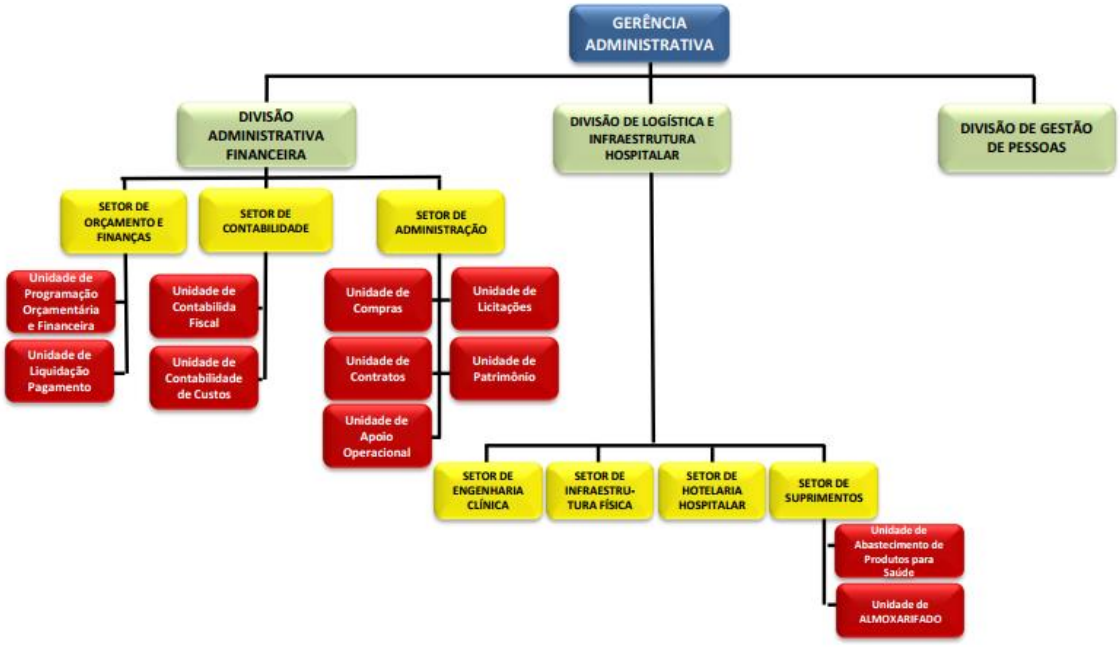
Fonte: Plano de Restruturação do HU/FURG 2015

FIGURA 3 - Estrutura organizacional da Gerência de Atenção à Saúde



Fonte Plano de Restruturação do HU/FURG 2015

FIGURA 4: Estrutura organizacional da Gerência Administrativa



Fonte: Plano de Restruturação do HU/FURG 2015

FIGURA 5: Estrutura organizacional da Gerência de Ensino e Pesquisa



Fonte: Plano de Restruturação do HU/FURG 2015

A busca por uma profissionalização da gestão, em contraponto a uma gestão amadora presente do modelo anterior (ENTREVISTADO 03), foi outro ponto de destaque do novo modelo de governança. Um primeiro aspecto que reforça esta preocupação foi a exigência de formação e experiência dos indicados para o exercício das funções. Para cada cargo era obrigatório o encaminhamento de uma lista tríplice, com currículo documentado, com critérios de pontuação objetivos e pré-definidos pela EBSERH que eram auditados no âmbito da Superintendência e Gerência da área da indicação no HU e posteriormente na Sede da EBSERH por uma Diretoria designada para esta finalidade.

Outro elemento que corrobora com este objetivo foi o oferecimento de um curso de especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS a nove membros da Gestão do HU durante o primeiro ano de sua administração. O curso foi realizado em ??? no renomado hospital Sírio Libanês, no Instituto de mesmo nome, em uma parceria com o MEC (Ministério da Educação) e MS (Ministério da Saúde). Além da qualificação dos gestores para a atuação em suas funções de gerenciamento de um hospital universitário e sua integração aos demais atores que compõe o SUS o curso resultou na elaboração do PDE 2017/2018[10] do HU/FURG. Este projeto teve a duração de cerca de um ano, sendo conduzido pelos gestores que participaram do curso e uma equipe de facilitadores do Sírio Libanês em uma série de

[10]Documento norteador construído por toda a comunidade universitária (Gestores, trabalhadores, docentes, discentes e representantes da secretaria de saúde do município) com o objetivo de mapear as cinco áreas críticas do HU, apontando um planejamento estratégico para vencer as dificuldades encontradas em cada uma das áreas elencadas em um período de dois anos.

encontros mensais no próprio hospital. Estas reuniões, que contavam com uma série de dinâmicas, palestras, atividades, visitas às estruturas do HU, mobilizou todas as áreas do hospital, algumas áreas da gestão da Universidade, academia e membros da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande. A partir deste projeto foi possível identificar as principais lacunas e dificuldades enfrentadas pelos profissionais na gestão clínica, administrativa, ensino e em rede, apresentando um planejamento com ações a serem realizadas no biênio 2017/2018 para a alcançar os principais objetivos do hospital a curto prazo.

Destaca-se como ponto negativo que após a troca da gestão da EBSERH no final de 2017 a nova presidência da empresa não levou adiante o projeto iniciado em 2014 e que formou equipes gestoras em mais de 30 hospitais da rede, não sendo possível identificar os resultados da avaliação do PDE 2017/2018 do HU/FURG. O início de um novo ciclo de planejamento no HU/FURG foi recentemente anunciado no site da filial. No entanto, em virtude da pandemia nenhuma nova informação foi veiculada sobre o tema até o encerramento desta pesquisa.

Atualmente o HU/FURG conta em seu quadro com 1463 funcionários, sendo destes328 servidores RJU, 782 empregados EBSERH e 353 colaboradores de empresas terceirizadas[11]. A FAHERG, que chegou a contar com 495 empregados no ano anterior à adesão à EBSERH (ENTREVISTADO 15), deste setembro de 2020 não conta com nenhum empregado, possuindo em seu quadro apenas o Diretor-Presidente e o Vice-Diretor, além de dois prestadores de serviço na modalidade RPA contratados para a realização das atividades de encerramento da Fundação e prestação de contas final perante a Universidade, o que deve ocorrer nos primeiros meses de 2021 (ENTREVISTADO 14).

4.2 O PROCESSO DE SUBSTITUIÇÃO DE PESSOAL NO HU/FURG

Encerradas as etapas de discussão, deliberação pelo Conselho Universitário e adesão, com a formalização de um contrato de gestão compartilhado entre a EBSERH e a Universidade, foi iniciada uma nova fase para a implementação da filial no hospital: a contratação de recursos humanos pela empresa. A contratação cumpria uma dupla finalidade. A primeira era a recomposição dos quadros de pessoal do HU. A segunda a substituição do pessoal contratado pela FAHERG. A substituição atendia determinação dos órgãos de controle, em especial TCU e CGU, que desde 2005 reiteravam em seus acórdãos a irregularidade das contratações através de fundações de apoio (FA) e congêneres.

[11] Informações obtidas através do sistema de acesso à informação do HU/FURG em 03/06/2020. Protocolo 99945.001550/2020-03

Em que pese as decisões dos órgãos de controle e as implicações legais em caso de descumprimento tenham se intensificado a partir da metade da década passada a precariedade das contratações já era reconhecida em pareceres e decisões desde início da década de 1990. A criação das fundações como uma maneira de suprir de forma mais ágil e flexível os problemas financeiros dos hospitais atendeu aos anseios dos gestores das Universidades. No entanto, era nítido o desvio de finalidade com que as fundações foram utilizadas (DALLARI, 2009). Isto porque as Universidades passaram a utilizar-se de forma mais intensa das entidades para a realizar a contratação de recursos humanos desde o final da década de 1980. Este ritmo acelerado foi uma consequência da política restritiva imposta pelo Governo Federal com relação ao serviço público no período (DALLARI, 2009).

> Eu acho que foi no primeiro período de gestão, mas eu lembro de ter visto em alguma coisa em relatório de auditoria do Tribunal de Contas que já chamava a atenção dos Reitores para que eles tivessem outras formas. Por que a legislação das Fundações não contempla isso. Inclusive tem uma legislação das Fundações que foi modificada para dar uma certa salvaguarda para esses casos. [...] Essa nuvem já vinha de muito tempo. (ENTREVISTADO 15)

A solução dada pelo Governo Federal, como forma de atender ao menos parcialmente as decisões dos órgãos de controle, foi a disponibilização de vagas específicas para as Universidades efetuarem a contratação mediante concurso público - pelo RJU – de profissionais da área da saúde. Pode ser afirmado que esta foi uma solução apenas parcial, pois o número de vagas ofertado não se mostrava suficiente para desligar a totalidade das contratações realizadas por meio das fundações. O número insuficiente de vagas impedia que os HU tivessem o suporte necessário para atenderem à crescente demanda assistencial, intensificada após sua integração ao recém-criado SUS.

Além disto, a oferta mínima de cargos estava inserida em um contexto de um Governo engajado na implementação de um modelo de gestão gerencial, com fortes traços de uma política inspirada nos princípios neoliberais e que cumpria a cartilha prescrita a partir do Consenso de Washington (FINGER et al, 2017). Desta forma, o papel do Estado em serviços públicos como de educação superior e saúde passavam por forte questionamento, o que era sentido na prática com a diminuição de investimentos em infraestrutura e contratação de pessoal (BARROS, 2013).

Neste contexto foi realizado no âmbito da FURG o primeiro concurso para a contratação de cargos específicos para o HU no ano de 1994. As contratações não se deram exclusivamente no âmbito da FURG, tendo ocorrido a liberação de vagas para diversos hospitais que se encontravam em situação similar ao de Rio Grande. Assim, foram realizadas seleções, a título

exemplificativo, nos hospitais da Universidade Federal de Pelotas e de Santa Maria, todas do Estado do Rio Grande do Sul (ENTREVISTADO 15).

A falta de expertise na realização de seleções para cargos da área da saúde, uma novidade para as Universidades, fez com que as mesmas tenham atuado em um regime de colaboração muito intensa naquele período. Assim, foram realizadas atividades em conjunto para a elaboração dos editais, formação de bancas examinadoras e provas (ENTREVISTADO 15).

Com o concurso realizado em 1994 foram substituídos cerca de 1/3 dos cargos da FAHERG (ENTREVISTADOS 02 e 15). O critério utilizado pela Universidade naquele momento para os desligamentos foi meramente financeiro. Desta forma, foram demitidos todos os médicos contratados pela Fundação, uma vez que estes profissionais possuíam os maiores salários dentre os trabalhadores contratados. Esta medida deu uma sobrevida financeira às fundações, possibilitando manter os salários de seus trabalhadores em dia e honrar compromissos como contratos de prestação de serviços e contas fixas (ENTREVISTADO 15).

Daquele momento em diante, mesmo com todas as oscilações nos quadros da FAHERG, a Fundação não mais contratou profissionais médicos via processo de seleção, utilizando-se apenas de RPA para suprir o "*hospital em uma necessidade específica do profissional, férias ou a necessidade de cobrir as jornadas por escalas*" (ENTREVISTADO 15). Isto se dava, por exemplo, com a necessidade de avaliação de um profissional de alguma especialidade em que não houvesse a necessidade de contratação fixa pela pouca demanda ou por não ser o hospital referência naquela especialidade.

Não só profissionais médicos foram contratados no primeiro concurso. Enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de laboratório dentre outros foram admitidos. Ao longo dos anos outras seleções foram realizadas para a contratação de outros cargos como farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicólogos, técnicos de radiologia.

Com efeito, para que ocorresse o desligamento dos profissionais da Fundação dois requisitos se faziam necessários. O primeiro era a criação de cargos suficientes pelo governo, o que só foi possível a partir da criação da EBSERH, quase duas décadas depois. O segundo era a existência de recursos orçamentários para pagamento das indenizações trabalhistas. Isto porque os funcionários da Fundação eram contratados pelo regime da CLT. Haja vista a grande quantidade funcionários com altos salários dentre os empregados com mais tempo de contratação, o montante necessário para pagamento das verbas indenizatórias, em especial a

multa sobre o fundo de garantia e aviso prévio, era muito alto, algo estimado em de R$ 10.000.000,00 (ENTREVISTADO 14).

A obtenção de recursos para os desligamentos foi o maior entrave para o início das substituições. Os hospitais que possuíam grandes quadros de trabalhadores fundacionais foram os que apresentaram maiores dificuldades no processo de desligamento. Muitos são os relatos de que as Universidades que primeiro aderiram à empresa tiveram recursos liberados pelo Governo Federal de imediato para pagamento das indenizações (ENTREVISTADOS 03, 14, 15 e 16).

> A Fundação foi criada em 1986 para viabilizar o funcionamento do Hospital Universitário. No final da década de 90 o Tribunal de Contas da União criticava muito esta forma de contratação porque seria uma forma de burlar o concurso público. O TCU começou a bater muito nisso para que as Universidades resolvessem este problema. Mas não tinha como resolver. Como tu vai desligar mais de 400 pessoas de um hospital se o próprio governo não liberava as vagas para contratação e fazer os concursos? Isso se arrastou até 2006. Veio um acordão proibindo essa contratação e impondo sanções aos gestores que tivessem as Fundações como prestadores de mão de obra dentro dos hospitais. Lá em 2011 o governo federal criou a EBSERH e dizendo que a partir de agora tinha condições de cumprir o acórdão do TCU. Era necessário criar os cargos e que as Universidades também fizessem a adesão à EBSERH. (ENTREVISTADO 14)

Não foi este o caso do HU em estudo. O processo de discussão se prolongou por mais de dois anos. Ainda, não pode ser esquecida a judicialização da decisão, atrasando muito a adesão da FURG com relação a outras Universidades. Desta maneira, o HU/FURG até o ano 2019 contou apenas com recursos próprios para a realização dos desligamentos, sendo sua situação financeira calamitosa (ENTREVISTADO 15), o que postergou o início das demissões e fez com que as mesmas ocorressem em um ritmo muito mais lento do que o das contratações via concurso. "*É como eu sempre digo. Boi lerdo bebe água suja*" (ENTREVISTADO 03).

Um fato que se repetiu, no entanto, nas seleções realizadas nos anos de 1997, 2002, 2003, 2013 e 2014 eram os boatos de que a FAHERG chegaria ao fim e seus funcionários seriam dispensados. Eles não ocorriam apenas entre os funcionários. Inúmeros são os relatos da pressão exercida pelas chefias imediatas e colegas concursados em tom de ameaça ou até mesmo pejorativo: *"No ano de 2002 saiu um outro concurso dessa vez para FURG eu já estava trabalhando lá e queria continuar. Já tinha aquele zunzunzum que a FAHERG ia fechar*" (ENTREVISTADO 08).

> Eu fiquei dois anos bem certinho na FAHERG. Aí teve concurso. Eu passei na FURG. Ficava até às três da manhã cuidando paciente particular, trabalhando no SPA como FAHERG, mas estudando para o concurso porque havia uma pressão em nós que se nós não passássemos para FURG nós seríamos demitidos. [...] Dizem que sempre foi assim. Uma pressão muito grande sobre o funcionário. Aquilo para mim era sob pressão. (ENTREVISTADO 13)

A pressão psicológica dos colegas de trabalho está estampada de forma clara na entrevista 04 que ressaltou que a chefia do seu setor lembrava a todo momento aos funcionários que eles trabalhavam e que não tinham tempo para estudar. A mesma entrevista ressalta que o perfil de seus colegas era de profissionais com muito tempo de Fundação, que estavam a muito tempo sem estudar para concursos e que, fora do trabalho, possuíam atribuições com família e filhos. Isto dificultava ainda mais a possibilidade de aprovação em um concurso concorrido.

> Ali na farmácia, por exemplo, todos os balconistas eram fundacionais. Ficou um clima muito tenso. Muito tenso. Até porque tinha uns chefes que diziam: 'Vocês não vão poder estudar. Vocês vão sair. Vão pegar a vaga de vocês'. Toda uma pressão psicológica porque nós estávamos trabalhando e não tinha muito tempo para estudar. E diziam: 'os outros estão estudando. Se vocês não estudarem...' Pessoas de muitos anos na instituição que eram até daquele quadro funcional antigo. [...] e era muito tenso porque tinha pessoas prestes a se aposentar. Pessoas com a família para sustentar. Fica aquele clima. Todos trabalhando tensos. Tenho que ir para casa e cuidar de filho e não tenho como estudar. (ENTREVISTADO 04)

O comportamento dos trabalhadores - colegas e chefias imediatas - demonstra a falta de controle ou até mesmo a pouca preocupação dos gestores com a condução deste processo. Não ficou evidente em nenhum momento nas falas a adoção de mecanismos de estímulo aos trabalhadores para a participação nos processos seletivos. Da mesma forma, nenhum dos entrevistados mencionou a existência de um planejamento para diminuir os históricos ruídos e conflitos entre os trabalhadores dos diferentes vínculos que coexistiam no HU no sentido de diminuir as tensões no relacionamento interpessoal.

Outro elemento que emerge da fala dos participantes era o sentimento de muitos dos trabalhadores da Fundação de que o dia de seus desligamentos não chegaria. Muito provavelmente em razão dos diversos concursos realizados por duas décadas em que o número de vagas disponibilizado não se mostrava suficiente para desligar os trabalhadores da FAHERG. Outro fator que pode ser destacado é que o passar dos anos gerava uma sensação de pertencimento ao hospital assim como um certo sentimento de incredulidade quanto às demissões. Isto fica evidenciado em falas como: "*Isso vai acontecer daqui não sei quantos anos. Talvez eu nem esteja aqui*" (ENTREVISTADO 04). "*Desde que eu entrei aqui falam e nunca acontece. É da boca para fora. Eles querem nos assustar. Eles querem que a gente trabalhe mais*" (ENTREVISTADO 04).

Este sentimento de quase imutabilidade segundo alguns entrevistados refletiu na preparação para as provas dos funcionários da Fundação. Por entender que aquele dia não chegaria (ENTREVISTADO 02) ou que seria dado um jeito pela Universidade para que fossem mantidos em seus empregos (ENTREVISTADO 03) muitos funcionários deixaram de estudar para as provas.

Não era incomum entre os trabalhadores com mais tempo de serviço pela Fundação, em especial os pertencentes ao Plano de Cargos – contratados sob a égide de um estatuto que conferia além de reajustamentos salariais pré-determinados a prerrogativa de serem demitidos apenas após aprovação pelo Conselho de Funcionários – a ideia de que não poderiam ser desligados ou que alguma estratégia seria adotada pela Universidade para a sua manutenção.

Aquele grupo de trabalhadores possuía uma forma de organização maior que o restante dos funcionários da FAHERG. Realizavam reuniões com os sindicatos locais (dos profissionais da saúde e dos técnico-administrativos em educação da Universidade) e com os gestores da Fundação e da FURG. Ainda, eram estudadas medidas administrativas e judiciais para impedir suas demissões. Percebe-se, de forma nítida, que a maior preocupação deste grupo, do qual a maioria dos representantes e líderes dos trabalhadores fazia parte, era em manter os seus interesses e seus empregos do que da totalidade dos empregados (ENTREVISTADOS 03, 14 e 15).

Da mesma forma, existia uma crença na força do sindicato dos TAE (Técnicos-Administrativos em Educação) na intervenção a favor dos trabalhadores da FAHERG. Em que pese os funcionários da FAHERG não fossem sindicalizados à APTAFURG – na prática isto não seria possível porque não eram servidores públicos – o sindicato que representava os técnicos do HU tinha em sua pauta a luta contra a adesão à EBSERH, conforme explicitado na seção anterior.

No entanto, por razões que nenhum dos entrevistados soube esclarecer o sindicato não realizou nenhuma ação para brecar a realização de reunião do conselho que culminou na definitiva adesão à empresa, em setembro de 2015. Esta é uma percepção dos entrevistados que de certa forma se contrapõe às medidas descritas em um momento anterior pelos mesmos. Este fato gerou uma grande, na visão dos entrevistados, decepção entre os trabalhadores da FAHERG, sendo resumido na entrevista 15 como "*sensação de traição*".

Assim, os sentimentos de que seria apenas mais uma tentativa de extinção da FAHERG e de que a Reitoria tentaria alguma medida favorável aos trabalhadores e a defesa feita pela APTAFURG baixaram a guarda dos trabalhadores (ENTREVISTADO 15). Como consequência, nem todos os funcionários estudaram de forma suficiente para o concurso (ENTREVISTADOS 04, 05 e 19).

A pouca preparação foi responsável na visão dos entrevistados pela baixa aprovação dos funcionários fundacionais. Isto se explica pelo fato de que embora os concursos da EBSERH até 2016 tenham ocorrido direcionados para cada hospital (locais) eram de amplo conhecimento em todo território nacional. Isto fazia com que muitos candidatos se preparassem para as provas

e fossem de cidade em cidade prestando as seleções no intuito de trabalhar em qualquer uma das unidades da federação onde obtivessem êxito.

Tal fato se explica pelos salários ofertados pela empresa, acima dos padrões de mercado em instituições particulares e superiores aos pagos aos profissionais de saúde RJU das Universidades, assim como ao perfil predominante dos candidatos: profissionais recém formados, com qualificação acadêmica, mas em grande maioria sem experiência profissional, conhecidos pela expressão "*concurseiros*" (ENTREVISTADOS 02, 05, 10 e 12).

> Não conheço nenhum farmacêutico que tenha passado. Eu conheço duas colegas que trabalhavam na FAHERG que são assistentes administrativos. Sei que tem profissionais do raio-x que teriam obtido aprovação, mas sei que o número foi muito pequeno. [...] A pessoa não estudou né?! Não estudou mesmo. O pessoal do hospital não estava estudando. Eu conhecia alguns farmacêuticos de fora que estavam estudando. [...] Foi uma prova boa, mas o pessoal não levou muito a sério (ENTREVISTADO 04).

> Não foram muitos, mesmo. Eu me lembro de alguns. Na Direção, por exemplo, teve duas funcionárias que passaram no concurso, mas foram poucos casos. Aliás essa foi uma coisa que a gente sempre conversou muito para os funcionários da Fundação se preparasse se capacitasse para uma possível saída conforme o processo fosse avançando e alguns se preparam para o concurso (ENTREVISTADO 16).

> No primeiro concurso foram bem poucas pessoas que passaram. Na minha unidade mesmo eu acho que de quarenta técnicos passaram seis, eu acho. No hospital inteiro se eu não me engano eu acho que foram menos de vinte. [...] Eu acho que ali no hospital até bem pouco tempo atrás as pessoas não tinham a cultura de estudar para concurso. Eu era uma. E outra coisa: o pessoal não estava acreditando que a EBSERH iria se vincular ao HU. Achavam que realmente não iria. Então ninguém estava estudando. Eu comecei a ficar mais ligada e pelo que eu vejo as pessoas que passaram foram as que estavam estudando mesmo. E tem essa questão da prática. Tem muita gente que fica na assistência, não se atualiza. Eu sempre ouvia uma frase 'a 25 anos a gente faz assim. Sempre foi feito assim.' Não tinha uma atualização (ENTREVISTADO 19).

O concurso do HU/FURG foi realizado em fevereiro de 2016, cinco meses após a adesão à empresa. Ele teve por base o trabalho de dimensionamento de pessoal, que levantou a estrutura do momento do hospital e projetou a expectativa de crescimento realizado pela direção do hospital com base em metodologia da EBSERH (Dimensionamento HU/FURG, 2014). Fato relevante que merece ser destacado é que o diagnóstico foi realizado antes do processo de adesão do hospital, ou seja, existia uma certeza por parte das direções da estatal e da Universidade de que a adesão ocorreria, o que pode ser demonstrado pelo trabalho que vinha sendo articulado (ENTREVISTADOS 01, 03, 07 e 15).

Pelo documento em novembro de 2014 o HU possuía em seu quadro 437 servidores RJU e 311 empregados FAHERG, com uma capacidade instalada de 200 leitos ativos no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). O documento aponta que o número ideal

de recursos humanos para o hospital era de 2.113 considerando a projeção de serviços que se aguardava ofertar à população a partir do concurso, já no ano de 2015, o que permitiria ao hospital abrir mais 52 leitos e ampliar consultas e serviços em 43% (Plano de Restruturação do HU/FURG, 2015).

Tendo em vista que a liberação de vagas pressupõe a existência de orçamento e a liberação de recursos, das 1.676 vagas dimensionadas foram liberadas para a realização do primeiro concurso da gestão EBSERH apenas 908 vagas. O edital foi lançado em dezembro de 2015, com a prova teórica realizada em fevereiro de 2016. Após a prova teórica foram realizadas as provas de títulos e confirmação das condições especiais (negros e pardos, além de pessoas com deficiência). A classificação final foi publicada no mês de março de 2016.

Em que pese a liberação das vagas e a realização do concurso um fato que gerou muita apreensão nas gestões do hospital e da Universidade foi que a homologação do resultado final do concurso demorou alguns meses para ser feita (ENTREVISTADOS 03 e 15). A apreensão se justificava pelo fato de que a obrigatoriedade do governo em contratar decorre apenas do ato da homologação. Há de se ressaltar que naquele momento o país vivia no cenário político uma grande crise institucional em razão de inúmeras denúncias de corrupção e abertura de um processo de impeachment da Presidenta Dilma Rousseff, que acabou ocorrendo poucos meses depois.

Resultado da conturbação política, que trazia fortes impactos na economia do país, as convocações dos candidatos aprovados ocorreram quase que a conta gotas no primeiro ano de vigência do concurso, que tinha validade de dois anos. As primeiras contratações ocorreram no mês de julho de 2016, sendo apenas 10 vagas (foram contratados 08 especialidades médicas e 02 empregados para atuação na área de gestão de pessoal) (ENTREVISTADO 15). A segunda chamada foi ainda menor. Apenas 07 vagas no mês de setembro (apenas enfermeiros). A situação gerava angústia entre os gestores e agravava ainda mais a situação financeira da FAHERG. Isto porque o baixo número de contratados não permitia o desligamento de trabalhadores da Fundação, uma vez que o hospital trabalhava com um grande déficit de pessoal. Como consequência, houve um aumento da necessidade de realização de horas extras por seus funcionários para compor as escalas e manter o atendimento assistencial.

Todo este cenário coincide com um fato que afligiu a comunidade riograndina e da região sul: a crise vivenciada pelo HSCMRG. O hospital, que possui o maior número de leitos dentre as Santas Casas no interior do Estado, vive na última década uma delicada situação financeira que levou ao atraso no pagamento de salários e obrigações trabalhistas de seus funcionários. Como consequência o atendimento à população foi bastante prejudicado. Houve

diminuição no número de consultas, exames, além de constantes fechamentos dos serviços de pronto-atendimento, traumatologia e maternidade. Este fato causou uma sobrecarga do HU/FURG (ENTREVISTADO 03).

O hospital acabava sendo o único da cidade em muitos momentos a permanecer de portas abertas. Isto fazia com que tivesse de absorver quase que a totalidade da demanda hospitalar do município, mesmo possuindo uma estrutura três vezes menor que a Santa Casa (ENTREVISTADOS 03, 05, 14). O HU, por uma política de sua gestão à época, optou por não restringir seus atendimentos, fazendo com que seu serviço de SPA atuasse em muitos momentos com o dobro da capacidade dos leitos disponíveis e seu centro obstétrico tivesse que utilizar leitos e estruturas de outros setores para não deixar desatendidas as gestantes de Rio Grande e região (ENTREVISTADOS 01 e 02). Desta forma, custos com insumos, equipamentos, instrumentos, além do pagamento de horas extras e APH (Adicional de Plantão Hospitalar) se faziam necessários para dar o suporte de recursos humanos ao atendimento da população.

O primeiro alívio para esta situação de calamidade vivida na saúde naquele momento se deu com a liberação para contratação de 212 profissionais pela EBSERH. A convocação atendeu as inúmeras áreas, como especialidades médicas, enfermeiros, cargos assistenciais de nível superior, técnicos e diversos cargos administrativos.

A chamada, assim como as que se seguiram ao longo de 2017, permitiram a diminuição dos gastos extras com o pessoal da Fundação, mas não teve impacto até aquele momento no desligamento de profissionais da FAHERG. As demissões ocorriam apenas em situações pontuais e em cargos onde foi possível uma substituição total por aprovados no concurso. Não foi o caso, por exemplo, do cargo de técnico em enfermagem onde das 280 vagas do edital foram aprovados apenas 140 candidatos. Isto fez com que os profissionais EBSERH contratados apenas tenham ajudado a suprir uma parte do déficit do cargo.

Conforme um dos gestores da área assistencial do hospital naquele período "*quando entraram pessoas não saiu ninguém porque tinha um déficit muito grande de pessoal. Os primeiros concursados foram para suprir o déficit de pessoal que existia nas unidades e no hospital no geral. Então a gente não teve substituição*" (ENTREVISTADO 01).

As últimas contratações do concurso ocorreram no início de 2018. No entanto, o número total de chamados – 630 aprovados - ficou muito aquém das vagas disponibilizadas no concurso (908). Isto fez com que a EBSERH realizasse nova seleção para o HU e outros hospitais da rede que estavam em situação semelhante. Todavia a estratégia utilizada desta vez foi a realização de um concurso único em nível nacional onde os candidatos no momento da inscrição optassem pelo local de atuação. A estratégia permitiu a convocação de concursados aprovados em

localidades distintas da opção no momento da inscrição para atuação nos hospitais onde o número de aprovados não foi suficiente para suprir os cargos previstos.

Na prática isto se dava da seguinte forma: Se, hipoteticamente, para o cargo de médico/pediatra na localidade "A" o edital previsse 10 vagas e fossem aprovados 12 candidatos, um hospital B poderia requerer o aproveitamento das vagas ociosas. Mesmo assim, apenas 782 empregados foram contratados pela empresa até o momento do encerramento da coleta de dados desta pesquisa, número pouco superior a 50% das vagas dimensionadas em 2014.

Em que pese o número de contratados ainda seja inferior ao projetado teve início o processo de substituição de pessoal no hospital. O processo, antes tímido, foi acelerado pela liberação de recursos específicos para esta finalidade pelo Governo Federal. O aporte de mais de R$ 7.000.000,00 foi oriundo de uma longa discussão e de diversos pedidos das direções da FURG e do hospital. Através de reuniões e requerimentos foi demonstrada a fragilidade financeira do hospital para reunir o montante necessário para o pagamento das indenizações. Outro argumento utilizado para o convencimento foi a proximidade do prazo final dado pelo TCU para a realização dos desligamentos ao fim de 2019 (ENTREVISTADO 15).

> Como houve adesão, os órgãos de controle entenderam que a determinação foi atendida do acórdão de 2006. Mas não é assim que se resolve o problema. Onde estão os cargos para substituir os mais de 400 funcionários? Começou uma discussão. Precisa criar os cargos e fazer o concurso. O governo fez isso. Chamou os trabalhadores. De uma forma muito lenta, mas chamou. Aí foi criado um outro problema. Para demitir todos os trabalhadores da Fundação era necessário cerca de R$ 10 mi. Se é uma Fundação filantrópica, que pega o lucro e coloca dentro do hospital e investe este lucro no hospital, não existe caixa para fazer demissões. Então não basta criar os cargos. Criou-se uma briga com MEC desde 2017 para que fossem encaminhados os recursos. Em junho 2019 o governo enviou R$ 7,5 mi para fazer as demissões. (ENTREVISTADO 14)

De posse do recurso necessário para a realização dos desligamentos em grandes grupos o HU e a FAHERG deram início às demissões. Estes desligamentos, em virtude de uma grande pressão exercida pelos funcionários da Fundação sobre a direção da FAHERG e Gestão da Universidade, deveriam obedecer a uma série de critérios. Eles foram estabelecidos em uma esfera de deliberação que contava com representantes da Universidade, FAHERG e trabalhadores (ENTREVISTADOS 14 e 16).

> Os rumos sempre foram decididos dentro da Universidade. Ela fez um acordo com os trabalhadores em 2017 para determinar como seriam os desligamentos, quais seriam os critérios para a demissão e quem seriam os primeiros [...] Isto Foi estabelecido em uma reunião entre a Reitoria a direção da Fundação e a direção do hospital que na época já era da EBSERH. Foi uma conversa entre eles e os trabalhadores que gerou este documento (ENTREVISTADO 15).

Tratava-se de uma comissão denominada de Comissão de Transição. Criada inicialmente com a finalidade de acompanhar a transição da gestão do HU para a EBSERH, como parte dos acordos pré-adesão com os trabalhadores, a Comissão ganhou relevo no processo de substituição a partir do momento em que começaram os desligamentos dos funcionários. Naquele instante os funcionários perceberam que o inevitável finalmente havia chegado e que a melhor forma de garantir uma extensão máxima de seus vínculos e um planejamento antecipado das ações que seriam tomadas pela Universidade era o estabelecimento de critérios para os desligamentos.

A incerteza quanto ao momento dos desligamentos sempre foi citada pelos empregados da Fundação como o maior dos problemas do processo de substituição. Havia muitas perguntas e quase nenhuma resposta quanto às demissões. E esta incerteza iniciou no momento do início das discussões sobre a adesão à EBSERH. Continuou durante a deliberação e só fez aumentar com a adesão, a realização do concurso, as primeiras convocações dos empregados da empresa e o início das demissões dos fundacionais.

O processo como um todo, tanto a contratação dos trabalhadores da EBSERH como as demissões dos empregados da Fundação, não possuía um cronograma estabelecido. Não havia certeza quando seriam liberadas vagas, recursos para as demissões, quando iniciariam as demissões, quantas ocorreriam e qual a ordem dos desligamentos (ENTREVISTADO 03).

A forte pressão exercida pelos trabalhadores levou a reitoria da FURG a intervir na Comissão, incluindo como representantes os Pró-Reitores da área de pessoal e financeira. A Universidade desejava retirar da gestão o peso das demissões, atribuindo à Comissão o papel de determinar os rumos da substituição de pessoal.

Ao mesmo tempo em que delegou à Comissão de Transição o estabelecimento das diretrizes para as demissões e seu acompanhamento a FURG se distanciou de forma completa do acompanhamento da chegada dos empregados da EBSERH e do convívio entre os vínculos no hospital. Esse afastamento estratégico tinha o objetivo de retirar um pouco da pressão exercida na gestão pelos trabalhadores do hospital

> É claro que a Universidade não ia lidar com desligamento direto do funcionário e sim como os resultados e com o processo de como ele vai indo. Acho que a Fundação foi saindo e a Universidade ficou com relações para lidar com a EBSERH por exemplo. Acho que a Universidade se preocupou mais com a saída da Fundação do que com a transição. (ENTREVISTADO 16)

Quadro 3 - Demissões FAHERG 2017/2020

ÁREA	2017	2018	2019	2020	TOTAL
ADMINISTRATIVO	11	20	45	5	81
APOIO/TERCEIRIZÁVEIS	25	33	66	1	125
ASSISTENCIAL SUPERIOR	0	5	46	0	51
ASSISTENCIAL TÉCNICO	5	31	9	0	45
ENFERMAGEM	6	48	67	1	122
TOTAL	47	137	233	7	424

Fonte: (LAI/FAHERG)

Tomando por base o recorte temporal a partir de 2017, utilizando como critério ser este o ano em que o hospital conseguiu realizar a primeira grande leva de contratação pelo concurso da EBSERH verifica-se que a FAHERG contava em janeiro daquele ano com 424 funcionários, sendo 81 profissionais da área administrativa,125 de cargos de apoio (terceirizáveis pelo modelo da EBSERH), 51 assistenciais de nível superior (excetuando-se os profissionais de enfermagem tendo em vista a relevância da área e a necessidade de sua análise em apartado), 45 assistenciais de nível técnico e 122 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares em enfermagem).

De acordo com os dados encaminhados pela FAHERG no ano de 2017 foram efetuados 47 desligamentos, sendo a maior parte de áreas passíveis de terceirização (53,20%), seguido da área administrativa (23,40%), enfermagem (12,76%) e assistenciais de nível técnico (10,63%). Naquele ano não foi registrada nenhuma demissão de cargos de nível assistencial de nível superior.

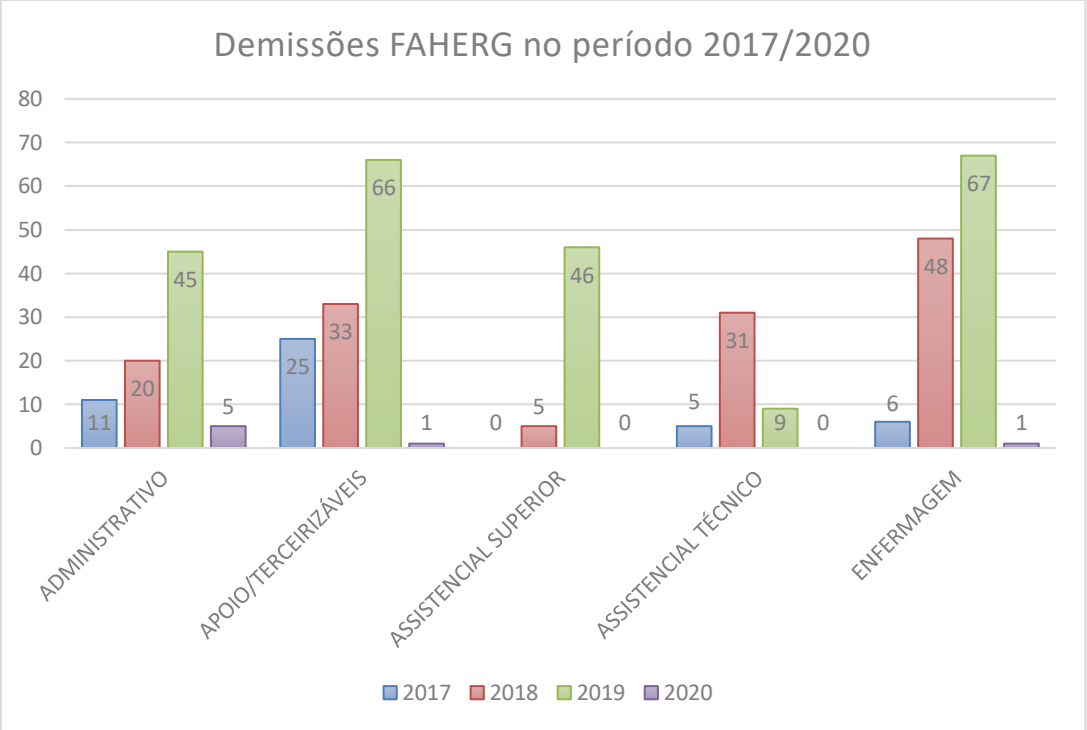
Já no ano de 2018 os desligamentos começaram a ganhar mais volume com um exponencial crescimento. Foram ao total 137 demissões, desta vez sendo puxadas pela enfermagem (35,03%), seguido pela área de apoio (24,01%), assistenciais de nível técnico (22,63%), administrativos (14,60%) e por fim os assistenciais de nível superior (3,65%).

O ano de 2019 registrou o maior número de demissões, resultado da chegada de recursos para demissões recebidos do MEC via EBSERH. Foram 233 demissões, 54,95% do total das demissões do quadro da FAHERG. Lideraram os desligamentos os cargos da enfermagem (28,75%), seguido de perto pela área de apoio (28,33%), assistenciais de nível superior (19,74%), administrativos (19,31%) e assistenciais de nível técnico (3,86%).

No ano de 2020 foram realizados apenas desligamentos de profissionais que não puderam ser demitidos por questões legais, como afastamentos de saúde, e alguns funcionários

que atuavam na direção da Fundação e que eram necessários até o final das atividades da mesma para realizar o registro, pagamento e anotações (parte da equipe do RH) e contabilidade e prestações de contas da FAHERG.

GRÁFICO 1 – Demissões FAHERG NO PERÍODO 2017/2020



Fonte: (LAI/FAHERG)

A figura 07 realiza a representação gráfica dos desligamentos, fazendo uma comparação ano a ano das áreas de atuação dos profissionais da FAHERG desligados. Através dela é possível acompanhar de forma mais clara o ritmo das demissões, conferindo, ainda, a relação por cargo de origem.

Desta forma é possível vislumbrar as prioridades dos desligamentos desde o ingresso da EBSERH percebendo-se que no primeiro momento o foco das demissões, ainda sem recursos vindos da EBSERH para esta finalidade foi dos cargos que seriam terceirizados pela EBSERH. Isto tem uma dupla explicação. A primeira é do alívio financeiro nas contas da FAHERG e o segundo é de que a maioria destes profissionais pode ser recontratado para atuação no hospital através das terceirizações, resultado das licitações promovidas pelo hospital. Olhando pelo lado inverso percebe-se que os cargos onde ocorreram poucas chamadas no primeiro ano de concurso (administrativos) e nos quais existia um grande déficit anterior à entrada da EBSERH.

Isto porque o número de candidatos contratados não se mostrou suficiente para suprir a deficiência de pessoal na área (assistenciais técnicos, assistenciais superiores e enfermagem).

No ano de 2018, com um alívio maior na folha de pagamento da FAHERG, em razão de desligamentos e as terceirizações, pagas com recursos do hospital, o HU/FURG teve um pouco mais de sobras que auxiliaram na continuidade do ritmo dos desligamentos. Assim, foram desligados mais profissionais que no ano de 2017 – ainda assim sem recursos da EBSERH para esta finalidade – mas em um patamar ainda bem mais tímido do que o pretendido pelo hospital.

Desta vez, em razão do elevado número de convocações das áreas com maior déficit no ano anterior e com a continuidade do ritmo ao longo daquele ano – quando foram convocados a totalidade dos aprovados no concurso de 2016 – foi dado início ao desligamento do maior grupo de profissionais da Fundação, a equipe de enfermagem. Da mesma forma pode ter sido dado início às demissões da área assistencial de nível superior e progressivamente aumentar os da área administrativa.

O ano de 2019, por sua vez, marca o ápice das demissões reforçado pela chegada de recursos da EBSERH para realizar o pagamento das verbas indenizatórias e permitir o desligamento dos funcionários fundacionais, assim como o fato de o HU já ter convocado todos os aprovados de seu primeiro concurso e realizar um novo processo seletivo naquele ano, não sendo óbice para os desligamentos a deficiência de pessoal.

Desta forma, os desligamentos se deram sobre todos os cargos restantes em que era possível ou viável demitir, com exceção, como já foi mencionado anteriormente, dos profissionais necessários na direção para realizar as atividades legais e contábeis dos próprios desligamentos, contabilidade e prestação de contas de encerramento da FAHERG.

Os critérios eram na verdade balizadores. A identificação de quando e como agir em caso de desligamentos. Mas é possível concluir que os mesmos só faziam sentido e somente seriam seguidos no caso de um recebimento paulatino de recursos e vagas do concurso. Caso todas as vagas do concurso tivessem sido preenchidas de imediato e o recurso tivesse sido disponibilizado pelo governo no momento da adesão, como era o planejamento inicial, não haveria um caminho diferente de que a demissão sumária e completa de todo o quadro da Fundação.

Este foi um dos maiores pontos de conflito entre os membros da Comissão e os trabalhadores. O entendimento destes era de que os critérios dariam uma garantia de sobrevida aos seus empregos. Principalmente dos funcionários com mais tempo de serviço e próximos à aposentadoria. No entanto, ficou claro pelo ritmo das demissões após o recebimento do recurso

que a intenção da Universidade através da Fundação era dar atendimento aos Acórdãos do TCU, independentemente do tempo restante para aposentadoria dos trabalhadores. Uma vez havendo recurso em caixa e existindo reposição garantida, seja pelo concurso, seja por um contrato de terceirização, a Fundação efetuou o desligamento dos trabalhadores.

Isto fica evidente a partir da fala na entrevista 15:

> Se tivesse vindo o recurso todo de uma vez, logo no início eu acredito que este acordo não teria condições de cumprir. Este Foi um acordo para fazer demissões ao longo do tempo. Por exemplo uma pessoa que teria condições de se aposentar em 2022 que foi posta no final da lista se pensava que o recurso não viria ou seria utilizado o recurso da própria contratualização para demitir. No momento que as vagas são disponibilizadas e é disponibilizado recurso não há mais motivo para manter os critérios porque priorizaria todo mundo e no outro dia não teria mais quem priorizar e todas as pessoas teriam de ser demitidas. Se o recurso tivesse vindo todo em 2017 a Fundação toda teria sido desligada em 2017. (ENTREVISTADO 15)

A atuação da Universidade, preocupada com a extinção da Fundação e, por consequência, com os aspectos financeiros dos desligamentos e das judicializações que se avizinhavam, refletiu no quase inexistente planejamento da substituição de pessoal por parte do hospital.

O processo de substituição envolve a chegada dos trabalhadores EBSERH, sua integração ao hospital e à Universidade, assim como o convício entre os trabalhadores dos dois vínculos por um certo período. Para que isto acontecesse de forma harmônica deveriam ter sido desenvolvidas políticas para que esta coexistência fosse a menos conflituosa possível, trazendo menos impactos para o processo de trabalho.

No entanto, pode se dizer que há uma unanimidade nas falas dos entrevistados de que o processo foi malconduzido. Alguns entrevistados, inclusive, entenderam que não houve um processo. Isto se explica porque em suas concepções ocorreram etapas distintas, sem uma integração ou coordenação. Da entrevista 01, por exemplo, se retira que apenas entraram pessoas, sem nenhuma política de intervenção ou aproximação pela gestão. Entendeu, ainda, que os trabalhadores que foram desligados acabaram sendo tratados como números e simplesmente descartados quando não existia mais utilidade (ENTREVISTADO 01).

Outro ponto de convergência nas falas está no pouco ou quase nenhum reconhecimento conferido pela gestão aos trabalhadores da Fundação desligados (ENTREVISTADOS 01, 08, 17, 18 e 19). Esta falta de valorização pode ser verificada tanto pela inexistência de um ato formal ou documento que reconhecesse os trabalhos prestados, por não estar presentes os gestores da Universidade e do hospital na formalização das saídas, bem como pela forma com que foram realizados os desligamentos.

Inegável que, para os trabalhadores com mais tempo de hospital, a relação com os profissionais da FAHERG era muito estreita. Em suas falas se percebe que foram firmados laços estreitos de convívio ao longo dos anos. Como visto anteriormente muitos trabalhadores do HU e docentes da área da saúde iniciaram suas trajetórias na Fundação antes de realizar uma mudança de vínculo. Desta maneira, é sentida, neste grupo formado por profissionais com mais tempo de instituição, empatia e preocupação com as pessoas desligadas (ENTREVISTADOS 02, 10 e 12) com seus futuros profissionais (ENTREVISTADOS 05, 08 e 17) e até mesmo com a subsistência de suas famílias (ENTREVISTADOS 02, 09, 18 e 19).

> É um processo muito difícil, não só para os trabalhadores, quanto para os gestores. Para mim é muito difícil não me colocar no lugar do outro e, com certeza, muito difícil analisar a realidade enfrentada pelas pessoas que são demitidas, tudo o que esse processo envolve na vida de alguém e o quanto isso pode afetar as pessoas. Agradeço por não ter vivenciado o processo efetivo de demissões dos trabalhadores da FAHERG por conta das nomeações dos concursados na EBSERH, pois conhecia trabalhadores que atuavam há mais de vinte anos no HU e sempre me questionei em relação ao modo como irão tocar suas vidas e até mesmo na possibilidade de não conseguirem um novo trabalho. (ENTREVISTADO 02)

Em muitas das falas existia um sentimento dicotômico no sentido de entender que a chegada da EBSERH - com a oferta de mais vagas, retomada dos investimentos no hospital, melhoria da estrutura de gestão e novas normas de organização do trabalho, mais próximas da realidade de uma organização hospitalar – seria benéfica e necessária, mas que o afeto criado com relação aos colegas e a preocupação com os mesmos era permanente.

> Eu vislumbrava, nesse sentido, algo bem melhor (com a chegada da EBSERH), mas claro que ao mesmo tempo eu me solidarizava com os funcionários porque sempre pairava um certo terror do que iria acontecer; e tu sabe que tem gente para tudo e muitas dessas pessoas foram as responsáveis por esse terror. Mas eu via com bons olhos, embora me preocupasse com as pessoas queriam perder o emprego, porque a gente acaba formando um vínculo de amizade, de simpatia, de bem querer e eu sabia que isso ia acontecer. Então, o clima ficou muito pesado. (ENTREVISTADO 09)

Este sentimento também estava presente nos profissionais da FAHERG que prestaram o concurso e foram aprovados. Estes presenciaram ainda mais de perto a angústia de seus colegas que não fizeram a prova ou que não obtiveram aprovação. A dor e o sofrimento das pessoas que eram seus companheiros de trabalho era tanta que impedia, inclusive, que pudessem comemorar a conquista da aprovação em um concurso público, após anos de incerteza e o medo da perda de emprego.

Inúmeros são os relatos nesse sentido, o que pode ser ilustrado na seguinte fala de forma clara:

> Olha foi bem difícil. No início quando a gente soube que tinha passado ficou bem difícil o clima nas unidades sabendo que os colegas não tinham passado e quando aconteceu a substituição porque sairiam todas aquelas pessoas que eram nossos amigos. A gente cria um vínculo. Acaba criando um vínculo, tendo proximidade com

> as pessoas e do nada não estava mais ninguém. Quando os técnicos foram embora eles foram demitidos no dia do meu aniversário. Eu nunca mais vou esquecer. (ENTREVISTADO 19)

A escolha da FURG de se distanciar do processo de transição criou um hiato no processo de substituição de pessoal. Ele foi responsável por um vazio onde deveriam ser articuladas as políticas de substituição, relacionamento interpessoal entre os trabalhadores dos diferentes vínculos que atuavam no hospital e suporte aos funcionários desligados. O que ocorreu, no entanto, foi uma delegação à FAHERG da condução dos desligamentos. A Fundação, por sua vez, teve uma preocupação muito maior com os aspectos financeiros relativos às demissões do que com aspectos psicológicos ou de suporte aos empregados. Por sua vez, o HU voltou seu foco apenas para a contratação dos empregados EBSERH, assim como para a elaboração dos editais para a contratação de empresas terceirizadas que atuariam nas áreas onde a empresa não colocou vagas à disposição do concurso.

Esta falta de articulação pode ter sido a responsável por uma ausência de um cuidado maior com os trabalhadores da Fundação no momento dos desligamentos. Havia uma expectativa por parte dos funcionários da Fundação, em virtude do tempo dedicado a suas funções no hospital, de que teriam um tratamento de maior proximidade, com zelo e afetuosidade, por parte da gestão da Universidade no momento dos desligamentos. Essa expectativa não era apenas dos funcionários da Fundação, como também dos trabalhadores dos demais vínculos que atuam no hospital. Isto se acentuava pelo fato de que as demissões estavam acontecendo apenas por se tratar de uma política governamental e não em face da conduta dos trabalhadores ou de uma baixa produtividade (ENTREVISTADO 14).

A ausência de preparação para os desligamentos, a falta de antecedência nas comunicações das demissões, a não participação dos gestores do hospital e da Universidade nos desligamentos fizeram com que os funcionários fossem tratados apenas como números, sendo descartados quando findas suas utilidades (ENTREVISTADO 17).

> Nesses anos todos eu já passei por vários profissionais. Eles só me acrescentaram porque ensinaram tudo dentro do hospital porque eu não tinha experiência hospitalar. [...] Eles nos ensinaram tudo. Então eu sou muito grata aos FAHERG. Então eu acho que faltou. Não digo todos porque alguns já queriam sair, mas eu acho que outros não estavam preparados. Eu acho que não teve uma boa condução. Eu acho que eles foram só um número. Foram trocados e deu. Acabou o teu tempo. Eu acho que foi um pouco assim. (ENTREVISTADO 17)

Muitos são os relatos de que os trabalhadores da Fundação descobriam que estavam sendo demitidos no momento em que tentavam bater o ponto para trabalhar ou até mesmo por um de seus colegas nos corredores do hospital. Houve relatos, inclusive, de empregados que

foram chamados para informar seus desligamentos após ter assumido o plantão e pacientes. Em comum em todos estes relatos a pouca consideração dos gestores com os funcionários neste momento profissional difícil que enfrentavam, sem o cuidado necessário e esperado.

> E outra coisa que nós achamos muito injusto foi com os colegas da Fundação que foram descartados com uma falsa promessa de que isso não ocorreria. Os colegas iam para pegar o plantão e descobriam que estavam demitidos. Na hora do plantão. Muitos já tinham até pego os seus pacientes. Eu achei um descaso total com os colegas. (ENTREVISTADO 18)

> As gurias trabalharam no dia e à noite ligaram [para elas] e disseram: "amanhã tu não vens mais". Não me lembro dela ter dito que foram avisados antes. Elas foram depois lá buscar as coisas e esvaziar os armários. Elas trabalharam com a gente no dia anterior e ninguém sabia de nada. A nossa chefia solicitou à FAHERG que fossem demitidos aos poucos, durante o mês. Mas não. Demitiram todos ao mesmo tempo. Mas reunião, nunca. (ENTREVISTADO 19).

Toda incerteza que envolveu o processo foi muito prejudicial, na visão dos entrevistados, aos trabalhadores assim como à organização do trabalho no hospital (ENTREVISTADOS 02 e 04). A ausência de uma publicização de um cronograma de demissões gerava angústia e sofrimento aos empregados (ENTREVISTADO 08), que passaram por problemas de rendimento e relacionamento pessoal, algo esperado na visão dos entrevistados frente à forte pressão que estavam sendo submetidos (ENTREVISTADO 16).

> Eu vou relatar uma senhora da higienização que era uma senhora da FAHERG que sempre trabalhou com a gente ali no setor. A Dona Maria era muito antiga ali no hospital. A Dona Maria era FAHERG. [...] Tinham as reuniões. Não diziam nada ao certo. Ela ficava muito nervosa. A pressão era muito grande em cima dela. Eu lembro que a Dona Maria ia seguido às reuniões, mas não explicavam muita coisa. depois foram saindo aos poucos e saiu todo mundo (ENTREVISTADO 08).

> Teve trabalhadores que entraram em depressão. Aquele momento de 30 anos trabalhando no hospital seria simplesmente jogado tudo fora. O hospital não queria mais ele, dentro na visão deles. Então isso criou uma decepção muito grande por parte deles. Começaram a botar atestados. Começaram a entrar em crise realmente. Trabalhando há 30 anos em uma instituição com o salário de quem está há 30 anos já no emprego. Este processo foi um choque muito grande para os trabalhadores (ENTREVISTADO 14).

As circunstâncias políticas da liberação de vagas e de liberação de recursos foram determinantes para definir a forma do processo de substituição. Desta maneira, ficou evidente que as ações se deram menos por uma estratégia ou planejamento e mais por contingência. Uma adaptação ao contexto vivido que determinou o rumo das demissões.

As primeiras demissões dos funcionários FAHERG ocorrem nos cargos onde foram chamados aprovados no concurso, atingindo um quantitativo mínimo para a manutenção dos serviços. Esta fase perdurou ao longo de 2017. Este formato gerou um primeiro grupo de desligamentos.

> Foi um processo que foi acontecendo aos poucos. Em 2017 já teve um grande desligamento e conforme a EBSERH foi assumindo a FAHERG ia saindo com o quadro dos setores. Era uma coisa que acontecendo bem aos poucos, conforme a liberação do recurso a liberação de verbas. A gente ia fazendo bem aos poucos e setorizado. (ENTREVISTADO 16)

No entanto, é importante ressaltar que em muitos casos como naquele momento o hospital ainda trabalhava com recursos próprios para as demissões houve situações onde mesmo com profissionais EBSERH contratados os FAHERG do mesmo cargo permaneceram por algum tempo atuando. Isto ocorreu até o momento em que a Fundação obtivesse o recurso necessário para o desligamento, mesmo não sendo mais necessário contar com aquele profissional fundacional nos quadros do hospital (ENTREVISTADO 14).

Percebe-se, assim, que não havia uma metodologia definida ou pré-determinada pelos gestores. Não havia uma regra, por exemplo, como um tempo de transição para que os funcionários da Fundação passassem o trabalho e seu conhecimento aos EBSERH contratados. Ao contrário. Não havia uma convicção do que seria o correto a se fazer: desligar o empregado da Fundação de imediato ao contratar seu substituto ou realizar uma espécie de transição entre eles.

A partir dos relatos verifica-se que não houve um planejamento centralizado das ações. Percebe-se que cada unidade tinha uma certa autonomia para decidir a forma com que seria conduzida a transição. Um dos setores, por exemplo, optou, após diversos problemas ocorridos nas primeiras contratações, em realizar uma espécie de rodízio dos funcionários. Determinaram, assim, que os contratados rodassem, aprendendo um pouco de cada atividade, sem que fosse anunciado ao empregado que seria demitido quem o substituto ocuparia o lugar (ENTREVISTADOS 04 e 09). Uma espécie de tentativa e erro, após ser observada a existência de muita resistência quando o substituído sabia previamente qual funcionário ocuparia seu posto.

> Imagina colocar um funcionário da Fundação que vai ter que ensinar o serviço para um funcionário público da EBSERH, sendo que ele está ali para demitir o funcionário da FAHERG. Criou-se um clima muito ruim. Eu acho que hoje o hospital está percebendo e não faria de novo. Tem alguns casos que o funcionário disse que não vai ensinar o serviço porque o pior que pode acontecer com ele é ser demitido mesmo. (ENTREVISTADO 14)

A etapa seguinte dos desligamentos se deu sobre os cargos onde a EBSERH entendeu que não se tratava de atividade finalística do hospital. Para estas atividades a empresa lançou mão da terceirização. Muitos dos cargos já eram contratados pela Fundação pelo mesmo formato. No entanto, diversas funções que a FAHERG possuía trabalhadores em seu quadro

passaram à modalidade de terceirização. Podem ser citados higienização, portaria, copa, cargos de infraestrutura, lavanderia, dentre outros.

Quando cessaram as chamadas de funcionários pelo concurso da EBSERH o HU voltou suas atenções para as terceirizações. Foi necessário garantir os recursos para as contratações das empresas prestadoras de serviços, o que foi garantido por planos de trabalho da EBSERH com recursos do REHUF (ENTREVISTADOS 14 e 15). Após a obtenção dos recursos foram elaborados os editais de licitação e elaborados os contratos. Todo este processo levou alguns meses, não tendo sido realizada a contratação de todas as empresas ao mesmo tempo e sim a medida da liberação de recursos pelos planos de trabalho (ENTREVISTADO 14).

Outro fator que influenciou e retardou o processo foi o recebimento do recurso para os desligamentos. Em razão disto, em algumas situações os editais de licitação estavam prontos para publicação. No entanto, por não haver recursos para indenizar os trabalhadores da FAHERG aguardaram a liberação orçamentária para ser "*colocados na rua*" (ENTREVISTADO 14).

A nova fase de contratações obedeceu ao que foi estipulado nos critérios para desligamentos pela Comissão de Transição (ENTREVISTADOS 14 e 16) e ocorreu com uma estratégia um pouco diferente da que se seguiu nos desligamentos anteriores. Na primeira fase a principal característica presente foi de que as demissões ocorriam pontualmente sobre o cargo convocado no concurso. Assim, uma vez contratados técnicos de laboratório pela EBSERH seriam desligados profissionais do mesmo cargo na Fundação e na mesma quantidade contratada (ENTREVISTADO 16). Como já mencionado anteriormente, uma vez que a liberação de vagas ocorreu de forma lenta, isto impactou em um ritmo bastante gradual de demissões dos fundacionais.

Tal fato não impediu o ingresso de um número muito grande de ações judiciais por parte dos trabalhadores da Fundação, que não aceitaram as demissões de forma pacífica, demonstrando sua inconformidade com o processo e o entendimento de que os trabalhadores fundacionais, principalmente os ligados ao plano de cargos e salários teriam estabilidade de emprego, tese que até o momento do encerramento da coleta de dados não se mostrou vencedora.

> Teve muita resistência. Muita judicialização em relação à saída. Os funcionários enxergavam ter um longo vínculo com a Fundação. Eles viram alguns direitos que não estavam sendo respeitados. Eles sentiam de uma certa maneira com uma desvalorização por sair depois de tanto tempo. Muitas vezes próximo da aposentadoria. A direção do sindicato tentou até o último momento conseguir a permanência. Sempre foi muito difícil com muita resistência e o funcionário FAHERG ele tinha uma mistura dos vínculos principalmente os mais antigos se viam um pouco como se for assim funcionários públicos, mesmo não sendo. Eles achavam

> que tinham que ter uma consideração diferente mesmo não sendo funcionários públicos. Seriam funcionários privados, mas com alguma consideração. Como se fossem Funcionários Públicos. Eles tinham um pouco dessa visão de um funcionalismo imexível. Foi uma resistência bem grande. Principalmente no final do processo porque a coisa foi chegando em um ponto em que era feito em um setor, mas no final saíram todos os funcionários. Então aqueles que por alguma situação ainda se mantiveram nós tentamos manter as pessoas com uma expectativa de aposentadoria próxima. Esses foram os últimos, mas em algum momento chega neles também. Tem que desligar todo o quadro e foi resistência até o final. (ENTREVISTADO 16)

Todavia, quando as demissões chegaram nos cargos terceirizáveis esta lógica foi alterada de demissões limitadas ao quantitativo contratado para o desligamento de todo um serviço (ENTREISTAS 14 e 16). Desta maneira, quando realizada a licitação da higienização ou da copa todos os profissionais da FAHERG que prestavam aquele serviço eram colocados à disposição (ENTREVISTADO 16).

> A informação era passada pela chefia dos setores. A não ser que fosse um setor inteiro ou uma parte maior. Aí a gente se reunia com o setor para ir conversando com todo mundo porque as terceirizadas oportunizavam que os funcionários que já estavam no cargo pudessem entregar seus currículos para fazer a seleção. Quando tinham os setores maiores a gente fazia essa reunião com todo mundo e a EBSERH. E conversava com todo mundo. Quando o hospital nos dizia "vamos avançar em tal área" nós chamávamos a chefia e explicávamos. (ENTREVISTADO 16)

Esta alteração de formato do processo de desligamento impactou diretamente no quantitativo de profissionais desligados simultaneamente, caracterizando o que é definido na literatura como demissões em massa (PLIOPAS; TONELLI, 2007). Os desligamentos em grupos de trabalhadores levaram a uma mudança de postura dos gestores da Fundação. Eles passaram a realizar reuniões com as chefias e comunicar que os serviços seriam terceirizados, assim como com o grupo de funcionários e explicar como se dariam os desligamentos, sem que houvesse ainda uma informação precisa quanto ao prazo ou data das demissões (ENTREVISTADO 16).

O processo de indicação dos funcionários da Fundação às empresas que estavam sendo contratadas para prestar serviços amenizou um pouco o sofrimento de não terem podido participar do concurso (ENTREVISTADO 09). A ação era benéfica para todas as partes envolvidas. Primeiro para os próprios trabalhadores porque não ficariam totalmente desamparados, ficando sem emprego. Neste ponto, é importante ressaltar que grande parte tinha uma idade mais avançada, possivelmente tendo uma maior dificuldade para se reinserir no mercado de trabalho. A indicação era benéfica para o hospital, pois não havia uma descontinuidade do serviço. Por fim, era benéfico também à empresa contratada que gastaria menos tempo e recursos no treinamento dos funcionários.

Há de se observar que conforme definido nos critérios de desligamento a indicação era uma opção e necessitava da aquiescência do empregado. Tendo em vista a disparidade de salários muitas vezes existente entre o que os trabalhadores recebiam na Fundação, em especial dos empregados que pertenciam ao quadro, fez com que muitos não aceitassem as indicações (ENTREVISTADOS 14 e 16).

> Eles iam acontecendo por setores, conforme a EBSERH conseguia assumir por ela ou pela terceirização. Dentro dos setores a gente buscava utilizar os critérios. Mas teve setores que foram assumidos por inteiro. Por exemplo por uma terceirizada. Então não tinha muito como fazer um escalonamento desses critérios porque todos iam sair no mesmo momento. Teve setores como o da nutrição que todos os funcionários saíram no mesmo momento. Mas em outros casos quando era possível aqueles que tinham uma expectativa de aposentadoria iam ficando para o final. (ENTREVISTADO 16)

Um traço comum que é destacado em muitas entrevistas pode ser denominado de sentimento de pertencimento dos profissionais da Fundação ao hospital. Este sentimento próprio daqueles trabalhadores levava a um grande engajamento e comprometimento no exercício de suas funções, além do reconhecimento de seus pares e dos pacientes pelo trabalho prestado. Havia uma identificação dos trabalhadores com o HU. Isto fazia com que eles se identificassem quando questionados onde trabalhavam em dizer que atuavam no HU e não na FAHERG. A relação que se estabelecia era com o hospital e não com a Fundação ou com a Universidade.

> Pelo que eu consegui perceber [...] eles não se consideram trabalhadores da FAHERG. Eles também não se consideram servidores da Universidade. Eles se consideram funcionários do hospital. É assim que eles se enxergam. Não é nenhuma coisa nem a outra. Se você for observar por exemplo uma rede social eles dizem que trabalham no Hospital Universitário então eles são do Hospital Universitário. (ENTREVISTADO 14)

Isto pode explicar a grande dificuldade no processo de desligamento que superava a perda do emprego. O apego à instituição e às funções exercidas em razão da identificação dos funcionários com o trabalho exercido. Da mesma forma, quando essa identificação gerava uma grande decepção quando percebiam que não teriam por parte da instituição HU, em sentido amplo, o tratamento e a consideração que entendiam necessárias depois de tantos anos de trabalho e dedicação.

> Todos os trabalhadores foram tratados da mesma maneira. Foi assim tchau e nem obrigado pelo tempo que vocês ficaram ali. Profissionais da FAHERG foram os profissionais que mais se dedicaram essa instituição. Eles trabalhavam muito pela instituição. Então assim... eu acho que o mínimo de respeito deveria ter tido. Eles entendiam que ia ser demitidos. Sabiam que iam ser demitidos. [...]Eu acho que foi uma substituição muito desumana da forma com que as coisas aconteceram. As pessoas foram trabalhar, 'tá' lá trabalhando todo mundo já sabe aquela pessoa ia ser demitido menos ela. Ninguém foi chamado para falar assim "oh muito obrigado, mas a gente vai ter que te demitir", sabe? Isso não aconteceu. As pessoas foram demitidas que nem bichos. Simplesmente entrou o outro lugar e falou "agora eu 'to' aqui tu não

> tá mais". foi mais ou menos assim que aconteceu a demissão da maior parte das pessoas. A divisão de enfermagem não chamou os profissionais porquê achou que não era dela a função de fazer isso. O RH da FAHERG por sua vez também não porque achou que não era deles a função de fazer isso. Enfim, as pessoas foram comunicadas por telefone ou então foram comunicados no trabalho. Quando viu que tinha uma pessoa trabalhando no seu lugar. [...] Teve até um exemplo de uma funcionária que foi homenageada como a funcionária mais antiga da FAHERG. Coitada. Ela chegou para trabalhar, bateu o ponto e ela não conseguiu bater e aí ela estranhou. E aí um colega falou "tu foi demitida". E ela nem sabia disso. Isso porque ela tinha trabalhado sei lá 25 anos 20 anos. [...]Eu sentia até vergonha de como as coisas foram feitas (ENTREVISTADO 01).

A ausência de um processo claro e definido, assim como a centralização das ações em uma política de pessoal que acolhesse e integrasse os grupos de profissionais culminou no agravamento dos históricos conflitos de relacionamento existentes no hospital. Nas entrevistas dos servidores e gestores com mais tempo de instituição são claras as falas no sentido de que a convivência entre os trabalhadores de vínculos distintos atuando na mesma unidade lado a lado sempre gerou tensões.

Estas tensões tinham origem principalmente nas diferenças existentes nas normas e regulamentos de pessoal de cada vínculo. Trabalhadores com cargas horárias, remuneração, regras de descanso entre plantões, folgas, exigência e necessidade de efetuar horas extras, dentre outras diferenças intensificavam a tensão naturalmente existente pela estabilidade dos servidores FURG e a constante ameaça de desemprego dos funcionários FAHERG.

Não havia, da mesma forma, uma resolutividade destes conflitos da área de pessoal, em especial do setor de psicologia organizacional da Universidade. Os problemas de relacionamento chegavam à FURG quando já haviam tomado uma proporção muito grande e as tentativas de intervenção se davam apenas com atendimentos aos trabalhadores estatutários. Não eram realizados atendimentos pelo setor com os funcionários da Fundação ou reuniões em grupo com todos os trabalhadores da unidade.

Esta divisão realizada pela própria Universidade deixava clara a inexistência de uma política de pessoal voltada ao HU e aumentava o descontentamento os funcionários. As poucas intervenções realizadas se davam com a simples sugestão de mudança de lotação dos envolvidos, ou seja, não se abordava a causa dos conflitos.

Esta postura da Universidade foi replicada no momento da entrada da EBSERH com o agravante de que a partir daquele momento eram três os vínculos de trabalhadores do HU, sem contar os serviços terceirizados e os contratados por RPA. Não havia uma política de pessoal centralizada. Os FURG eram cuidados pela área de pessoal da Universidade (localizada à quilômetros do hospital, em outro campus, e que raramente se deslocava até o HU) e os EBSERH eram atendidos pela área de pessoal recentemente criada pela empresa. Os FAHERG,

por sua vez, não tinham nenhuma espécie de atendimento ou equipe pensada para esta finalidade.

> Eu acho que além das atribuições, que já eram bem grandes dentro dos setores, as unidades não conseguiram parar para conversar e resolver os seus problemas. Com a diferença dos vínculos ao longo dos tempos vão sendo criadas barreiras muito rígidas. E acho que as pessoas também viam com muita resistência sentar juntos para conversar por que viviam os setores repartidos entre diferentes vínculos [...] e acho que por ter essa rigidez com o tempo foi ficando difícil enxergar esses pontos de conciliação. Enxergava mais a divisão do que a conciliação. Ao invés de ver o hospital por setores se via pelos vínculos. (ENTREVISTADO 16)

Há de ser ressaltado que no ano de 2017, frente aos graves problemas que ocorriam diuturnamente no hospital houve uma tentativa de aproximação da área de pessoal da EBSERH com a Universidade. Naquele momento foram realizadas reuniões e proposta a execução de serviços da área de pessoal – folha de pagamento, concessões e registros, entrega de atestados e perícias, além de atendimentos da área de psicologia organizacional – em conjunto. Foram elaboradas minutas de instruções normativas para a regulamentação dos serviços. Contudo, por motivos que não se sabe, a Universidade não deu andamento à proposta, mantendo o formato adotado há décadas e que separava os trabalhadores por vínculo.

Este é um ponto que pode explicar muitos dos problemas na área de relacionamento pessoal do hospital. Imagine-se um setor em que funcionários dos três vínculos atuassem onde ocorresse um determinado conflito. O servidor FURG, insatisfeito com o problema procura o RH da Universidade. O empregado EBSERH toma a mesma medida e busca a sua unidade de pessoal da filial da empresa. Já o trabalhador da Fundação, que não possui um setor de gestão de pessoas e nem ao menos um sindicato que o represente se reporta diretamente à direção da FAHERG para relatar o ocorrido. Neste cenário não há nenhum relato por parte dos entrevistados de uma ação articulada entre as áreas responsáveis. Assim como os trabalhadores que buscam seus respectivos setores de pessoal estes buscam também de forma isolada a resolução dos conflitos com o trabalhador e sua chefia (ENTREVISTADO 01). Não há uma troca de informações ou relato do ocorrido para a área de pessoal do outro vínculo. Não são realizadas reuniões para discutir os problemas ocorridos e pensar intervenções em conjunto com práticas de prevenção de conflitos de relacionamento, treinamentos, palestras e outras ações necessárias (ENTREVISTADO 01).

Ilustra esta situação relato de um dos entrevistados sobre a necessidade de contratação de um profissional da área de psicologia para suporte aos funcionários da FAHERG no momento em que os desligamentos foram intensificados.

> Na época eu procurei o setor de gestão de pessoas do hospital e coloquei para eles o problema. Só que foi criado de novo um problema. O pessoal da FAHERG enxergou

> de novo aquele funcionário da EBSERH que estava demitindo ele. Então eles não queriam de maneira nenhuma consultar com os psicólogos e assistentes sociais da EBSERH. Pediram para que a FAHERG contratasse uma psicóloga e vendo que realmente existia a necessidade contratamos. Inicialmente foi contratada para vir às sextas-feiras à tarde. Depois de duas semanas passou para manhã e tarde. Depois de um certo momento estava segunda, quartas e sextas e, por último, vimos que tinha necessidade de todos os dias à tarde. Não resolveu o problema, porque não tem o que ser feito nessa situação. Ela tenta conversar, acalmar, acalentar essas pessoas que vem muito aflitas aqui. Desesperadas, porque trabalham aqui há 30 anos. Não tem tempo de se aposentar e serão demitidas. (ENTREVISTADO 14)

Outro elemento destacado entre os entrevistados foi a dificuldade enfrentada pelos empregados contratados em se adaptar à cultura e às rotinas da organização (ENTREVISTADOS 01 e 02). Aqueles funcionários vinham de realidades muito diferentes em razão das características do concurso. Desta forma, chegaram trabalhadores vindos de grandes centros (a minoria), de hospitais de porte muito menor ao da FURG, com muita experiência, com pouca ou quase nenhuma experiência (a maioria), com formação acadêmica, recém-formados dentre outras diferenças. Muitos funcionários vinham dos mais diversos locais do país, a grande maioria do nordeste, com culturas de organização do trabalho e sociais também muito distintas.

> Acredito que foi bastante difícil, pois haviam situações distintas no que se refere aos direitos dos trabalhadores em relação a carga horária, folga, plantões... e que esses fatores ocasionaram alguns desgastes do ponto de vista das relações interpessoais e também no estabelecimento das rotinas de trabalho, as quais muitas vezes foram discutidas para aproximar e adequar de modo a tornar semelhante, dentro do possível, para todos os trabalhadores (ENTREVISTADO 02).

Na visão dos entrevistados para que estas diferenças fossem minimizadas seria necessário investir em treinamento das equipes. Capacitações, qualificação profissional (ENTREVISTADO 01). Outro ponto destacado é de que o hospital não possuía rotinas definidas. Cada unidade se organizava na maneira que entendia devida e correta. Havia uma autonomia das unidades, sem que existissem protocolos centralizados por parte da gestão. Devido a esta característica os trabalhadores que chegaram se sentiram à vontade para tentar implementar sua forma de trabalho, devido ao espaço existente. Este fato gerou mais conflitos, além dos já esperados pela natural resistência dos trabalhadores que já atuavam no hospital com a chegada do novo grupo (ENTREVISTADO 01).

> Na verdade, eles trabalham juntos até chamar todo mundo. Não houve assim fica porque tá treinando, sabe? Eles ficavam como mão de obra realmente. [...] Então eles ficaram trabalhando juntos. No início teve bastante conflito entre os dois grupos né porque é normal. Vieram pessoas de fora, com outros pensamentos e o hospital não tem rotinas definidas. Então isso dificulta muito a adesão de pessoas porque cada um querendo fazer ao seu modo aí realmente a coisa vai dar conflito. Então eu acho que isso gerou um pouco de conflito. E as pessoas claro né estavam se sentindo chateadas porque sabiam que iriam ser demitidas e sabiam que aquele profissional entrou ali pra ocupar aquela vaga que ele 'tava' ocupando naquele momento. Então isso gerou um

> pouco de estresse sim nas unidades. Então entrou uma gestão onde fechou os olhos com tudo isso e iniciou um processo de trabalho apenas de adesão das pessoas. Só que não dá para ter adesão de pessoas sem ter treinamento, capacitação, orientação, rotinas nas unidades para que as coisas aconteçam. Isso é óbvio que vai influenciar no trabalho e a resposta ao paciente. [...]a instituição tem que apresentar para essas pessoas o modelo de trabalho. Se não apresentar um plano de trabalho cada um faz o seu modelo de trabalho (ENTREVISTADO 01).

A resistência criada pelos trabalhadores FURG e principalmente naquele momento da substituição pelos FAHERG gerava muitos problemas, principalmente no que toca à passagem do serviço. Muitos funcionários se negavam a ensinar o trabalho, treinar e passar as rotinas.

> Eles chegaram a trabalhar juntos até para tentar passar a demanda porque não tem como parar a rotina de um hospital. É bem complicado para ensinar a demanda embora a gente esteja ali para dar um suporte a gente não consegue parar porque surgem as intercorrências e tu tem que atender e acaba que a pessoa vai ficar parada. Então o que a gente fazia para barrar essa resistência a gente colocava quem estava entrando novo para girar com todo mundo. Hoje tu sentas um pouquinho com fulaninho para ver como é que é a função dele. Nós não dizemos que aquela pessoa iria substituir na verdade. Até para não ter aquela resistência. É um colega novo. Vocês têm que ensinar a rotina. Claro que nós conversamos com ela. Esse colega tem uma dificuldade na aceitação. Você vai ocupar o cargo dele. Aí tentamos fazer essa psicologia (ENTREVISTADO 04).

Na visão dos entrevistados esta resistência fez com que os trabalhadores EBSERH de um modo geral fossem muito mal recebidos. Pelo relato da entrevista 05 "*foi horrível porque muitos chegavam a dizer: 'eu não vou te ensinar por que tu vais ficar aqui e a FAHERG vai fechar e eu vou ter que ir embora. Então tu aprendes sozinho se tu quiseres'. Saíram todos daqui despedaçados*". E tudo isto desenvolve também de forma natural nas pessoas que estão entrando, por tudo que ouviam de seus colegas, uma certa espécie de resistência ou um pé atrás com os colegas remanescentes, pois estavam preparados para não ser bem recebidos.

Do ponto de vista dos funcionários da Fundação eram nítidas a decepção e a tristeza pela perda de seus vínculos com aquele hospital que em muitos casos atuavam há anos e até mesmo décadas. A identificação do funcionário com o hospital fica clara na fala de uma das entrevistadas.

> Quando a FAHERG fechou a porta foi uma coisa muito triste porque tinha pessoas que estavam aqui há 25 anos e a FAHERG fechou a porta e eles foram desvinculadas do hospital que também é a vida deles. [...] O hospital passa a fazer parte da tua vida. O hospital faz parte da minha vida. Quando eu me casei estava aqui. Quando eu tive meu primeiro filho estava aqui. Quando eu tive meu segundo filho eu estava aqui. Quando eu me separei eu estava aqui. Eu tenho um vínculo de amigos que também são daqui. Alguns se aposentaram outros ainda estão. A gente mantém esse vínculo de amizade aceso então foi muito triste para mim esse momento de fechamento da FAHERG. Foi muito triste (ENTREVISTADO 05).

Toda a identificação existente entre os trabalhadores RJU e os fundacionais que possuíam uma vinculação de maior tempo com o HU gerava neles, por sua vez, a impressão de

que os trabalhadores recém-chegados não guardavam o mesmo zelo, apego e comprometimento com a instituição como os primeiros. Isto se explica na visão dos entrevistados pelo fato de que os novos trabalhadores teriam a visão de que trabalhar no HU seria apenas um emprego, mais um local de trabalho. Da mesma maneira, surge nas narrativas mais uma vez o fato de muitos trabalhadores serem de outros locais do país e tratarem o hospital apenas como uma porta de entrada para o serviço público vindo a buscar na primeira oportunidade a transferência para outro hospital da rede mais próximo de seus locais de origem.

> Ao mesmo tempo se escuta pessoas dizendo que 'nossa, no meu tempo o pessoal era muito mais comprometido, era menos gente, mas o compromisso era maior'. Então eu acho que depende muito de várias coisas não só da quantidade de pessoal, mas também de uma resistência. Se com uma equipe menor tu consegue por uma relação, um comprometimento maior, com a equipe maior o processo é um pouco diferente. Tem uma vantagem de ter mais pessoal, mas a relação é muito mais impessoal. Tu tens que manejar as coisas um pouco diferente. Principalmente os vínculos antigos do hospital se sentiam muito pertencentes. Donos do hospital, como a gente dizia. Quando entra um pessoal novo eles ficam meio assim. Não consegue gerenciar tudo com todo mundo. Não é mais todo mundo amigo, mas é claro as coisas crescem. (ENTREVISTADO 16)

Com efeito, quando o pesquisador atuava no hospital se deparou em muitos momentos com relatos de chefias que pediam para ter funcionários da EBSERH trocados de lotação ou não mais receber profissionais da empresa oriundos de outras regiões. A explicação dada por estas chefias era de que os próprios trabalhadores deixavam claro que não permaneceriam muito tempo no HU, uma vez que solicitariam transferência. Desta maneira, dado o grande volume de trabalho das unidades e a dificuldade de conseguir treinar os trabalhadores consideravam as chefias que não valia a pena despender tempo e recursos com a capacitação daqueles funcionários (ENTREVISTADO 12).

No momento do ingresso dos trabalhadores eram realizadas dinâmicas e treinamento para capacitação dos empregados. Uma das etapas do processo era a realização de entrevista com os trabalhadores. Uma das perguntas efetuadas a todos os contratados, sejam os já residentes na cidade e região sejam os vindos de fora do Estado, era sobre a intenção de permanência do empregado no HU. O intuito do questionamento era perceber se aquele funcionário desejava construir uma carreira na instituição a médio e longo prazo. Era muito elevado o número de respondentes que deixavam clara, desde o início das suas falas, a intenção de não permanecer no hospital ou até mesmo de que realizariam outros concursos, principalmente entre os trabalhadores da área administrativa, em especial no cargo de assistente em administração. Como consequência, quando possível, esses profissionais que manifestavam a intenção de não permanecer na instituição eram lotados em unidades que demandavam menor treinamento ou especialidade.

Na concepção de muitos trabalhadores e gestores essa falta de identificação e comprometimento dos novos empregados acaba impactando na qualidade dos serviços prestados aos pacientes (ENTREVISTADOS 01 e 14). Questionados do porquê isso acontecia, mesmo com o aumento do quantitativo de profissionais na área assistencial para atendimento aos pacientes, obteve-se como resposta o fato de ser muito mais fácil gerir um grupo menor. Da mesma maneira, a tarefa de treinar um número maior de profissionais em meio ao dia-a-dia tumultuado de trabalho é bem mais complicado (ENTREVISTADO 01).

> Como é que eu vou te explicar...O pessoal que está chegando agora eles estão pouco se importando para Hospital Universitário. Eles têm um emprego aqui. Não faz parte da vida deles como fez para mim. Eu vejo isso. Tem gente que faz concurso e vem lá do Nordeste, mas eles já fazem o concurso e chegam pensando quando é que vão embora. Outros não. Vem e se adaptam e passam a viver aqui e abraçar o hospital. [...] existem outros que querem mais é ir embora. Eu não vejo um compromisso. E a história da substituição a gente sabe que, por exemplo, quando eu for me aposentar, quando eu for embora, não vai vir alguém para cá da Universidade para o meu lugar. O hospital vai ser EBSERH. A EBSERH vai colocar a minha vaga e assim a gente vai se desvinculando e o casamento se desfaz. (ENTREVISTADO 05)

Outro fator relevante no processo de substituição é o sentimento por parte dos trabalhadores FURG de certo desprestígio pela sua história construída ao longo dos anos de trajetória profissional. Na percepção dos entrevistados, assim como se deu com relação aos trabalhadores da Fundação, os novos trabalhadores da EBSERH desconhecem as trajetórias dos profissionais RJU que atuam no hospital, assim como seus papéis na construção histórica do HU (ENTREVISTADOS 07, 10 e 12). Outro aspecto que aparece nas suas percepções é a chamada "*burocratização das atividades*" (ENTREVISTADO 07) com novas rotinas e protocolos que em seus entendimentos dificultam e deixam os processos mais morosos.

> Eu senti diferença na entrada da EBSERH. A gente começou a dar explicação e aqui dentro tu és mais um. Eu sou uma funcionária pública federal. Se eu bato ponto é porque eu estou aqui dentro. Tu não vais encontrar o meu ponto batido e eu atendendo fora do hospital no meu consultório. Eu não sou assim. Ficou uma coisa muito impessoal. Tu andas pelo hospital não conhece nem metade das pessoas e as pessoas não te conhecem. Vemos que você é apenas mais um. Não que a gente queira um tratamento especial. Pelo menos um respeito. Respeito pelo profissional. Tu és o responsável técnico pelo paciente. Está pedindo alguma coisa então é porque precisa. (ENTREVISTADO 07)

Não apenas se sentirem não reconhecidos ou desprestigiados, alguns profissionais entendem que, com a entrada dos trabalhadores EBSERH, os servidores RJU passaram a ser vistos como intrusos no hospital. Um fato que ajuda a compreender estas falas é a justificativa utilizada para a adesão à empresa baseada na dificuldade propagada de impor comportamento e conduta dentro de padrões de ética e moral esperados no serviço público por meio do regime estatutário. A concepção de um modelo de gestão baseado nas normas da CLT e mais próximo

da iniciativa privada passava a impressão aos trabalhadores de que não apenas a forma de gerenciamento era inservível, como também os servidores RJU (indivíduos) deveriam ser eliminados de alguma forma, uma vez que estariam quase como contaminados. Não seria possível, desta maneira, contar com aqueles trabalhadores na busca por melhorias no hospital. Tal concepção, embutida nessa premissa, levaria à conclusão de que para que houvesse uma mudança seria necessária uma ruptura. Para que isto acontecesse aqueles servidores, eivados de vícios, hábitos e rotinas indesejáveis, deveriam paulatinamente ser substituídos por trabalhadores contratados e moldados nos padrões desejados (ENTREVISTA 03 e 04).

> Nós somos vistos apenas como mais um dentro do hospital. As pessoas que entraram pelo vínculo EBSERH acham que nós RJU somos vagabundo e não queremos trabalhar. Dizem: 'nós temos que trabalhar por eles'. 'Ah, tu é FURG...'. Como se ser FURG fosse uma doença infecciosa. As pessoas que entraram já vieram com isso: 'Ah, nós somos os bons'. Só para você ter uma ideia nós temos uma sala de estar médico. Só tem EBSERH dentro da sala de estar médico. (ENTREVISTADO 07)

A partir destas posturas que vinham de cima para baixo, ou seja, partiam de um entendimento da gestão que chegava até os trabalhadores, era desenvolvida uma resistência natural e até certo ponto esperada nos servidores com relação aos novos trabalhadores que ingressavam no HU (ENTREVISTADO 10). A resistência era operada pelos funcionários da FAHERG, ameaçados diretamente pela perda de seus empregos, assim como pelos funcionários RJU, principalmente pela perda de espaço e influência no hospital e por haver com a inserção dos funcionários concursados uma real possibilidade de confronto com atores capazes de competir e desestabilizar os arranjos de organização do trabalho, os saberes e poder daqueles trabalhadores (ENTREVISTADO 12).

> No momento em que chegam pessoas que foram aprovadas em um processo seletivo nacional -não era algo em nível local - algumas com bastante qualificação, e que tem uma certa estabilidade, não absoluta como o estatutário, mas que para ser demitido tem que passar por um processo administrativo fica muito de igual para igual. Por isso essa resistência dessas pessoas que vão confrontar o meu saber. Me desacomodar. (ENTREVISTADO 12)

Surge da fala de muitos entrevistados, tanto os atuantes na área assistencial do HU como na área de ensino da Universidade, uma preocupação que vai além da falta de comprometimento de alguns profissionais contratados. Em muitos casos foram relatadas situações de deficiência técnica dos trabalhadores, o que pode ser explicado pelo abordado em um momento anterior: a pouca experiência de muitos concursados com a prática hospitalar. O fazer de um hospital é muito diferente da rede de atenção básica e das estratégias de saúde da família, voltadas à prevenção.

A substituição de profissionais experientes por outros que pouco ou nunca atuaram em hospitais, feita em muitos casos através da troca de unidades inteiras de trabalho, foi muito impactante para a organização do trabalho do HU. "*Isso realmente foi uma reclamação muito grande da perda da qualidade que o pessoal sentiu*". (ENTREVISTADO 14)

> Eu acho que a gente passou por momentos bem ruins por causa dessa troca de pessoas. Não é porque as pessoas eram antigas, não conseguiram passar no concurso. Quando começaram a chegar pessoas que eram ruins…. nossa!!!! Tem gente muito ruim. Chegou gente de nível muito ruim na EBSERH na enfermagem. Bah! Realmente os enfermeiros que estavam ficavam de cabelo em pé. As primeiras enfermeiras que chegaram foram até ajudar na gestão. Eram boas. Elas estavam de cabelo em pé, sem saber o que fazer com os novos que chegavam. Era coisa de dizer: Meu Deus como fez uma faculdade uma pessoa dessas? Não sabiam fazer questões básicas. Tinha que cuidar tudo que essas pessoas faziam porque faziam cagadas mesmo. Não sabiam fazer as coisas. Era horrível. Essas pessoas tinham problemas de prática mesmo. Então tinha irresponsabilidade. Não sabe, chama outra enfermeira. Seja humilde. A qualidade do que 'tava' chegando era ruim. A gente começou a perceber que lá no norte do Brasil o pessoal se forma e fica se dedicando a estudar. Se mata estudando e passa nos concursos. O pessoal daqui termina e vai trabalhar. Não tem tanto tempo para estudar e não passa no concurso. Era a ideia que a gente tinha. (ENTREVISTADO 10)

Na concepção de alguns entrevistados a defasagem e a perda de qualidade na assistência não se resumia apenas a fatores técnicos. Foram levantadas questões como o choque de culturas diferentes, a ausência, muitas vezes percebida, de empatia pelos pacientes e até mesmo a ausência de vocação para a atuação assistencial.

> Pegar o pique no dia a dia da saúde não é assim. Pessoas que nunca tinham trabalhado em hospital. Tinham gabarito para isso, mas nunca tinham enfrentado o dia a dia. Claro que meio que atrapalhou isso. Outra coisa que eu identifiquei e não vai nenhum bairrismo nisso é que vem muita gente de fora que não tinha vínculo nenhum com a nossa cidade, os nossos costumes. Isso tem que ser levado em conta. Agora eu não sei como é que tá, mas eu achava atuação muito fria deles. Eu acho que numa certa altura do curso eles deveriam ver se não querem isso, mas na prática o que eu via antes no hospital mesmo com todas as dificuldades e o que eu vi depois, essa coisa do comprometimento com o ser humano [...] deixou a desejar. Por exemplo: Nós não dizíamos nunca não em uma situação de emergência para entrar no pronto-socorro. Mesmo que enchesse o corredor, ficasse superlotado, em uma situação muito feia. Triste de ver, mas nunca dizíamos não. E hoje é o contrário. (ENTREVISTADO 09)

A grande rotatividade de pessoal foi apontada como um grave problema no modelo de gestão da EBSERH impactando não apenas na questão do comprometimento e engajamento das equipes como na organização do trabalho nas unidades. Até mesmo os entrevistados com vínculo com a EBSERH destacam que a saída de profissionais e a dificuldade na sua reposição, que nem sempre ocorre de forma rápida, demanda um tempo maior de treinamento dos profissionais, o que também gera uma descontinuidade no ensino e na assistência. "*Esse é um problema da clínica médica quando a gente começa a ter uma equipe boa o grupo começa a desenvolver vão embora. Aí começa tudo de novo porque o enfermeiro que chega novo ele não*

tem nenhum domínio. Nem da equipe. Nem das rotinas e nem de nada. Porque tem muita gente de fora" (ENTREVISTADO 11).

Existe uma diferença muito grande nas normas de movimentação de pessoal entre os servidores RJU e os empregados contratados pela EBSERH. A Lei 8.112/90, que regulamenta o serviço público federal pelo vínculo estatutário, prevê o instituto da redistribuição como mecanismo de movimentação. Como requisito para esta alteração da lotação de um servidor a Lei determina a existência de uma reposição à instituição de origem que pode ser uma vaga oriunda do local de destino do servidor ou a troca por outro trabalhador (permuta). Os órgãos federais podem, ainda, criar regramentos complementares à legislação federal, podendo exigir, por exemplo, que o servidor deva aguardar o término do estágio probatório para a movimentação. Há previsão também da possibilidade de movimentação sem vaga no caso de servidor casado com agente militar movido no interesse na administração, sendo uma exceção à necessidade de contrapartida.

Por sua vez a EBSERH trata da movimentação de pessoal em seu regulamento de pessoal de forma bem mais singela, versando a possibilidade de troca de lotação entre unidades da empresa após um ano de exercício do empregado. Para tanto, é lançado anualmente edital de movimentação onde os interessados se inscrevem. A única exigência para a movimentação é a existência de vaga na unidade onde o funcionário deseja trabalhar, não havendo previsão expressa da forma de reposição do hospital de origem do empregado.

Percebe-se que existe uma nítida distinção nos modelos de movimentação que implicam não apenas no tempo exigido para a troca de unidade do trabalhador como principalmente na preocupação na salvaguarda do interesse público com a garantia de uma contrapartida para a unidade que perde seu trabalhador. O modelo vigente na EBSERH pode fazer prevalecer o interesse individual do funcionário sobre o público, algo muito danoso à administração.

A pouca preocupação do legislador em regulamentar a movimentação no regimento da empresa abriu margens, igualmente, para uma série de interpretações divergentes pelos funcionários que levaram a uma avalanche de judicializações de seus empregados na busca de conseguir a troca de unidade. Uma das principais interpretações dadas à norma é a de que atingido o interstício temporal de um ano de exercício o trabalhador teria direito à movimentação.

A distância de casa e dos familiares, além das diferenças culturais e até mesmo climáticas do sul do Brasil, é apontada por muitos empregados como causa de adoecimento e afastamentos por questões psicológicas. Esta situação motivou, também, o ingresso de uma

série de ações judiciais por parte dos empregados requerendo a troca de unidade, sendo uma grande parte exitosa.

Como consequência de uma legislação mais branda e permissiva no que toca à movimentação como também o grande número de decisões judiciais favoráveis o HU teve após o primeiro ano de exercício de seus trabalhadores contratados pela EBSERH uma alteração significativa da força de trabalho. Em áreas específicas como a da enfermagem a saída de trabalhadores chegou a ser de um terço do número de empregados contratados (ENTREVISTADO 19).

Como não é exigida uma contrapartida com a troca entre empregados o hospital ficou com muitas vagas ociosas. A tentativa de reposição ocorreu apenas no ano de 2018 através do concurso nacional da EBSERH (ENTREVISTADOS 04 e 19). No entanto, nem todas as vagas foram supridas, sendo necessária a realização de novos certames em um concurso no ano de 2019, além de concursos para cargos temporários ao longo do ano de 2020.

> Eu queria ter noção de quantos já pediram transferência? Qual o compromisso com Hospital Universitário da FURG? Eu fiz o meu concurso da FEBEM e me dei conta que eu não poderia ir para Porto Alegre por causa da minha condição familiar. Então eu não fui. Eu acho que essa questão tem que ser anterior a sua entrada no próprio hospital. Eu não vou fazer concurso para Manaus se eu não consigo me imaginar trabalhando lá. Eu não sei o número de transferências…. umas quantas pessoas foram capacitadas e treinadas para aquela unidade e foram embora. É muito difícil fazer gestão no hospital. Além de toda a dificuldade interna tem as pressões externas, tem que motivar o grupo, tem a dificuldade do fechamento de escalas, de escassez de recursos e tem a complexidade desse trabalho multidisciplinar E ainda tem interferência externa. Até o judiciário com as decisões que movimentam o pessoal. (ENTREVISTADO 12)

Outrossim, muitos dos elementos apresentados tocam no ponto da organização do trabalho dentro do hospital, o que passaremos a ver na próxima seção.

4.3 O HOSPITAL NA TRAJETÓRIA DOS PROFISSIONAIS: PERCEÇÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM UM HU

O hospital ocupa uma posição de destaque na construção social elaborada pelos entrevistados desde suas infâncias no que se refere ao cuidado com os pacientes e seu espaço de relevo dentro do sistema de atenção à saúde. Quando questionados sobre a relevância deste espaço em suas trajetórias e na expectativa em torno das profissões escolhidas são destacadas projeções feitas como de um lugar mágico (ENTREVISTADO 05) onde sempre desejaram atuar (ENTREVISTADOS 02 e 03), sendo considerada a segunda casa dos profissionais, além de um lugar onde ficam a maior parte de seus tempos com satisfação (ENTREVISTADO 07).

Destaca-se, também, a visão de que não se mostra possível gostar da profissão sem gostar de um hospital (ENTREVISTADO 06).

> Eu queria desde pequena ser médica. Eu brincava de ser médica. Eu sempre gostava de ser médica. Quando eu ia em um hospital eu ia fazer visita com alguém da família eu adorava. Eu adorava andar pelos corredores do hospital. Logo que eu terminei o ensino médio em Jaguarão eu fui fazer o vestibular direto. Não passei. eu voltei para Jaguarão e fiquei lá trabalhando porque foi aí que eu conheci, porque uma amiga a sua irmã mais velha estava fazendo faculdade de enfermagem em Pelotas. Então eu descobri que existia essa faculdade e eu fui saber o que que era. Conversei com ela. Ela me explicou tudo, e eu gostei. Eu fiz e me achei e nunca mais quis pensar em outra coisa. (ENTREVISTADO 10)

O desejo de trabalhar na área da saúde está atrelado ao desempenho das funções em um hospital. Isto pode ser realizado por meio das profissões ligadas à assistência ao paciente ou através da docência. No caso dos entrevistados ligados à medicina o respeito e admiração por familiares que já atuavam na profissão recebeu grande relevo na definição das carreiras (ENTREVISTADO 07). Para as demais profissões recebeu destaque, principalmente pelos profissionais de enfermagem, a descoberta de uma espécie de vocação pelo cuidado (ENTREVISTADOS 02, 03, 05). Esta vocação recebe em alguns casos um sentido de chamado religioso.

> Olha eu sinto até vergonha de falar, mas tudo bem...Vamos à verdade! Eu li um livro. O meu pai, no caso, é evangélico então a minha adolescência toda foi dentro da igreja evangélica. Eu li um livro evangélico que se chama a "Bela do Hebe". Na verdade, é uma enfermeira cristã. Eu achei tão bonito o trabalho que ela fazia de cuidar das pessoas que aí me deu a vontade de ser enfermeira. [...] eu queria muito cuidar. Eu vi que essa era a área que eu queria me profissionalizar para poder ajudar as pessoas. A cada semestre que ia passando eu ia me identificando mais, eu ia conhecendo mais a enfermagem e me identificando cada vez mais. (ENTREVISTADO 11)

Para o grupo de profissionais com mais tempo de instituição esse fascínio estava associado a uma aspiração e curiosidade pelo novo. Isto porque o curso de enfermagem foi criado na FURG no início da década de 1980 (ENTREVISTADOS 03, 05 e 10), havendo um novo campo de trabalho no município e região, com possibilidades de expansão e uma projeção de carreira (ENTREVISTADO 12).

Entre os docentes destaca-se que uma parte dos entrevistados tinham, desde o princípio, aspirações acadêmicas e a atuação profissional como médicos e enfermeiros serviu como um importante elemento para trazer experiência e melhor capacitá-los para este fim (ENTREVISTADO 12). A relevância da experiência à beira do leito foi destacada por unanimidade pelos entrevistados como um elemento diferencial na atividade docente, imprescindível para um domínio daquela e no envolvimento e segurança do aluno nos processo de aprendizagem e formação profissional (ENTREVISTADOS 02, 03, 10 e 12).

> Eu sempre trabalhei e dei aula junto. Eu fiz isso desde o sétimo período da faculdade. Eu sempre via os dois porque eu acho que para dar aula de enfermagem você precisa

> saber enfermagem e para você saber enfermagem você precisa atuar. Então você só vai saber ser enfermeira se você atuar. [...] Tem gente que acha que não. Que faz a faculdade toda, já faz mestrado e doutorado e vai dar aula e deu. [...] Eu acho que tem que ter uma prática. Tem que ter uma experiência prática, uma vivência para que você possa realmente dar aula. Você tem que ser didática, passar o que está na literatura, mas tu tens que ter a prática. É uma atividade, uma profissão prática. [...] Sempre tive aluno comigo e sempre gostei de ensinar o que eu sei. (ENTREVISTADO 01)

Um ponto a ser destacado nas falas dos profissionais com cargos de nível técnico é que muito embora não vislumbrassem desde a fase escolar uma formação e posterior atuação na área da saúde houve uma completa identificação com as carreiras escolhidas. Segundo os relatos isto se deu de forma quase imediata no momento em que passavam a ter contato prático com o cuidado (ENTREVISTADOS 04, 08, 13, 17, 18 e 19). Em que pese não tenham sido suas profissões a primeira opção de formação, é clara a realização dos entrevistados pela natureza das atividades prestadas. Há, inclusive, uma frustração por parte de alguns em não ter aprofundado ou direcionado os estudos com uma formação superior antes do ingresso no mercado de trabalho (ENTREVISTADO 08).

Observa-se que por motivos distintos, como a realização pessoal (ENTREVISTADOS 17 e 18) e estímulo financeiro pelo plano de careira da Universidade na qual atuam (ENTREVISTADOS 08 e 13), todos os profissionais com cargos de nível técnico entrevistados complementaram suas formações com graduação e pós-graduação na área após a admissão no concurso. Há clareza entre eles de que a qualificação na formação auxilia o desenvolvimento de suas atividades, compreendendo melhor as prescrições médicas e ampliando os horizontes de suas profissões (ENTREVISTADOS 08 e 17).

No entanto, nenhum dos trabalhadores exerce, nem ao menos fora do hospital onde são concursados, a profissão pela qual obtiveram graduação. Dentre os profissionais entrevistados, a grande maioria com pelo menos quinze anos de serviço público, não há perspectiva de realizar um novo concurso para o cargo com nível superior dadas as garantias e avanços salarias obtidos com seu atual plano de carreira. Apenas uma entrevistada, recentemente admitida pela EBSERH, e, portanto, com vínculo celetista, permanece estudando para concursos com pretensão de seguir a profissão de enfermeira (ENTREVISTADO 19).

Não há nas falas dos entrevistados, de forma geral, um entendimento pacífico ou uma clareza com relação ao que seja a “organização do trabalho” em um hospital. Quando perguntados sobre isso, emergem das falas desde elementos como o respeito à hierarquia, controle, até questões de rotina das profissões. Isto pode ser explicado pela existência apenas no curso de enfermagem na grade curricular de disciplinas voltadas à organização e gestão do trabalho (ENTREVISTADOS 01, 02, 03, 04, 06, 07, 17 e 18).

> Existia (a disciplina), mas ela era uma disciplina meio rasa. Mas quando eu cheguei em Porto Alegre eu fui fazer a minha especialização em organização hospitalar. Então eu tive mais consciência. Eu recentemente formada fui fazer especialização e me apaixonei pelo tema. (ENTREVISTADO 03)

Não havendo um direcionamento sobre o tema durante a formação ou na organizacional a criação de sentido sobre o que representa a organização do trabalho ocorre no nível individual (agência), levando em consideração fatores como a experiência, os contextos sociais e profissionais onde estão inseridos. Destarte, aplicáveis no presente caso os conceitos sobre *sensemaking* nos estudos de Weick (1995) de forma similar ao realizada por Thurlow e Mills (2009).

A título exemplificativo, destaco a fala que demonstrou um maior domínio sobre os conceitos e elementos da organização do trabalho em um hospital formado pelos entrevistados quando questionados sobre o tema:

> [...] eu acho que ela é complexa. Ela é ampla. ela vai desde uma organização do trabalho ali setorial até todo processo organizacional dentro do hospital. Então a organização do trabalho ela vai desde a entrada do paciente lá na porta, lá na frente, até o contexto final desse paciente e a saída do paciente do hospital. Todo este processo que acontece dentro de uma instituição e que envolve uma série de elementos é organização do trabalho. (ENTREVISTADO 01)

Muito embora o grande desejo de trabalhar como profissionais de saúde desde a infância é destacado pelos entrevistados um grande impacto inicial criado entre a expectativa formada em torno das profissões e a realidade do mercado de trabalho e principalmente de trabalhar em um hospital. Evidenciam-se nas falas, principalmente: uma grande diferença existente entre a teoria e a prática e uma grande deficiência no processo de formação (ENTREVISTADO 10). Apontam os profissionais que o processo de formação não prepara para a vivência multiprofissional, marca de um hospital. "*Aquela ilusão porque a equipe multidisciplinar na verdade ela não é interdisciplinar. Ela não é transdisciplinar. Ela é só um amontoado de pessoas*" (ENTREVISTADO 12).

> Imaginava que bastava ser uma profissional comprometida com a profissão para que tudo funcionasse bem. Hoje percebo que essa era uma visão ingênua, pois o fazer na área da saúde é uma prática coletiva e não somente individual. [...] Sempre busquei trabalhar em equipe, procurando evidenciar as necessidades, observar as soluções apresentadas pelo conjunto de trabalhadores, mas buscando compreender o quanto é fundamental a busca de soluções conjuntas. (ENTREVISTADO 02)

Os entrevistados relataram que ao entrar no mercado de trabalho não sentiam confiança para a execução de tarefas consideradas básicas em suas profissões como a de fazer punções ou passar uma sonda (ENTREVISTADO 13). Apontam que não se sentiam apropriados de questões do dia-a-dia de suas atividades, como a passagem de plantões, montagem de escalas, a realização de plantões em finais de semana e feriados (ENTREVISTADO 05). Não existia,

também, conhecimento sobre elementos básicos de organização do trabalho em um hospital (ENTREVISTADOS 03, 05 e 10).

> [...] para começar eu nunca tive a expectativa de fazer plantão, mas quando eu comecei a trabalhar eu vi que era meu o plantão na sexta, no sábado, no domingo, no carnaval, no natal, no ano novo...Era meu!!!! Teve muito sofrimento, mas já estava lá e eu gostava. Com relação às expectativas elas não foram bem assim. Eu não esperava passar por tanta dor e tanta miséria. A miséria humana é a pior das misérias. Ser pobre e doente nesse país é muito triste.

Emerge na fala dos profissionais médicos uma quebra de expectativa, no entanto, mais voltada aos elementos práticos do dia-a-dia das funções. A ênfase é dada às condições estruturais dos hospitais – principalmente os públicos - mas sobretudo no que se refere ao prestígio da profissão. Apontam os entrevistados que o médico não goza, em suas visões, da mesma respeitabilidade social, sendo considerados muitas vezes como vilões e gananciosos, ao contrário do que era percebido com seus antecessores (ENTREVISTADO 07). Questões como uma menor remuneração, comparada a outros momentos históricos, faz com que tenham que atuar em mais de um hospital além de seus consultórios particulares para que mantenham um "padrão mínimo e satisfatório" (ENTREVISTADO 06) são levantadas. Contudo, esta não é a mesma percepção dos entrevistados de outras categorias sobre a medicina.

Os médicos sublinham uma perda do que denominam de autonomia profissional ao longo dos anos. Suscitam que tem de responder cada vez mais a estruturas burocráticas em um organograma formal dos hospitais, ao contrário do que ocorria anteriormente, onde se reportavam apenas a seus pares e chefias da área clínica (ENTREVISTADODO 06).

> Tu tens que explicar na portaria de porquê tu tá pedindo tal coisa. Estou te dando um exemplo. Depois tem que ir no laboratório explicar por que que tá pedindo tal coisa. Essa é uma diferença muito grande depois de que entrou a EBSERH. A gente dá explicação para todo mundo. Burocratizou o processo. [...] e aqui dentro tu és mais um. Eu sou uma funcionária pública federal. Se eu bato ponto é porque eu estou aqui dentro. Tu não vais encontrar o meu ponto batido e eu atendendo fora do hospital, no meu consultório. Eu não sou assim. Ficou uma coisa muito impessoal. Tu andas pelo hospital não conhece nem metade das pessoas e as pessoas não te conhecem. Tu és apenas mais um. Não que a gente queira um tratamento especial, mas pelo menos um respeito. Respeito pelo profissional. Tu és o responsável técnico pelo paciente. Se estás pedindo alguma coisa então é porque precisa. (ENTREVISTADO 07)

Outro elemento trazido como frustrante para o exercício de suas profissões no início de carreira, a partir do ingresso nos hospitais, é a grande competitividade do meio (entre os colegas médicos) assim como com seus professores. Para os entrevistados há uma ruptura da relação discípulo/mestre, passando aquele a ser considerado como mais um concorrente no mercado de trabalho (ENTREVISTADO 06).

Os médicos entrevistados consideram sua profissão estritamente técnica. Desta maneira, possuíam a expectativa de manter o que consideram a autonomia da profissão e de seu saber.

Já o corpo de enfermagem convive desde a formação acadêmica em um modelo diametralmente oposto. Está presente um rigoroso controle hierárquico, com nítida divisão de tarefas e subordinação. Desta forma, estas são as características que aguardavam encontrar no ingresso no mercado de trabalho.

O hospital possui uma estrutura rígida baseada na obediência, muito similar às organizações militares, sendo inspirada em vários aspectos nestas (ENTREVISTADODO 03). Essa estrutura recai sobre a totalidade dos cargos, com exceção dos profissionais médicos (ENTREVISTADO 10). Pelo tamanho da força de trabalho da enfermagem, ao menos metade dos recursos humanos de um hospital, é nítido que essa rigidez hierárquica é mais sentida nesse grupo.

A disciplina e o controle são aspectos valorizados e entendidos pelos profissionais como primordiais para o exercício das suas atividades em um ambiente complexo como o do hospital. "*Ao cursar enfermagem, aprendi a importância dos aspectos técnico-científicos e a necessidade de ter disciplina para exercer o fazer como enfermeira*". (ENTREVISTADO 02)

Esta visão sobre a disciplina e o controle pode ser exemplificada através da organização hospitalar considerada como modelo pelos entrevistados na área de enfermagem: o Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Considerado uma unidade de excelência (ENTREVISTADO 03) o hospital possui como diferencial a organização do trabalho, infraestrutura, uso de tecnologias e seu modelo de gestão (ENTREVISTADOS 04, 10 e 12). Em que pese se trate de um hospital público, seu regime de trabalho obedece à CLT. Desta forma, alguns mecanismos utilizados na rede privada são aplicados ao hospital, principalmente no que se refere à distribuição de carga horária, escalas, intervalos de jornada, avaliação de desempenho e principalmente seu organograma.

O controle exercido sobre os profissionais ocorre não apenas com relação à aspectos técnicos como comportamentais. Este vai desde a roupa adequada (tipo de calçado, uso do uniforme, maquiagem) à forma de se portar e dirigir aos demais profissionais. "*Não pode botar batom. Não pode botar brinco. Não pode botar anel. Não pode botar um vestido mais curto. Não pode andar de salto. Não pode, não pode, não pode... A enfermeira não pode ser bonita, ela tem que ser feia (risos)".* (ENTREVISTADO 05)

No entanto, questões como as condições de trabalho e desenvolvimento da profissão também foram destacados (ENTREVISTADO 03). É apontado como diferencial a constante capacitação dos profissionais e gestores, com a valorização de uma enfermagem científica, voltada para o cuidado do paciente como um todo e não apenas centrada no tratamento da doença (ENTREVISTADO 01).

> [...] e em termos inclusive da rigidez no trabalho e controle. Ali foi a minha escola porque o controle e a supervisão no Hospital de Clínicas eram o grande tema. [...]Existe um controle sério em cima das enfermeiras e enfermeiros lá dentro: a questão de como faz uma evolução, como que faz um atendimento de um paciente. [...] e sempre existia uma supervisão. (ENTREVISTADO 03)

Percebe-se na fala dos entrevistados uma nítida contradição. Ao mesmo tem em que destacam a sensação de serem vigiados pela chefia no início de suas profissões, demonstrando um certo desconforto pelo rigor com que eram tratados, acabam reconhecendo nesta a única forma de organizar o trabalho em um grupo tão numeroso e com uma atividade tão complexa como a da enfermagem em um hospital. Isto se confirma em diversos momentos nas falas ao ficar nítido que o comportamento que gerava até certo temor da equipe passou a ser reproduzido com os colegas quando estas mesmas enfermeiras ascenderam à posição de chefia.

> Por outro lado, tinha a freira. A freira tinha um molho de chaves na cintura e não nos dava. No início as freiras comandavam as unidades. Desgraçada! O dia que ela for embora eu vou sumir com esse molho de chaves. E quando a freira foi embora eu assumi o molho de chaves do mesmo jeito [...] eu tinha que controlar as coisas não podiam sumir de dentro do armário. Tinha que ter controle. Eu acho que foi a primeira vez que eu fiz controle na minha vida. Eu tinha aprendido lá na administração Taylor e Fayol [...] eu ali tive a oportunidade de viver isso aí quando as freiras foram embora. Eu era a chefe. Eu tinha que dar conta e eu tinha que distribuir a miséria então eu fiz que nem a freira com molho de chaves (ENTREVISTADO 05)

Não se tratava apenas de respeito pela chefia, sejam as enfermeiras ou as freiras, ou até pelos gestores, mas sim medo. Conversas em tom um pouco mais alto com colegas, sorrisos, contato com pacientes, até mesmo conversar com médicos era condenado ou proibido. Em muitas oportunidades ouvir os passos da chefia andando pelo corredor ou ser chamado pelo nome para comparecer à sala da direção eram situações aflitivas. Não havia contestação das ordens ou determinações, muito menos das decisões técnicas. Não existia espaço para diálogo ou contraditório. Apenas submissão.

> Eu vou ser sincera. Eu tinha medo do gestor x. Eu tinha medo das irmãs. Então eu trabalhava condicionada. Tinha que fazer, tinha que fazer. A gente escutava os passinhos da irmã e a gente corria. Não podia ficar sentado muito tempo. Tinha que produzir. Eu não sei se tu conheces o Rodolfo que foi o administrador da Santa Casa por muito tempo. E ele conhecia todos os funcionários pelo nome. (ENTREVISTADO 08)
>
> A gente tinha essa coisa do controle que era uma coisa séria. Capaz que ia dizer se minha chefe me chamasse e dissesse a partir de hoje tu não estás mais no turno das 13h às 19h.Está no turno das 19h. Eu ia para unidade ‘cocoricó’. Sim senhora! E no outro dia já estava lá. Hoje é assim: poderia por favor, quem sabe, pensar na possibilidade de mudar a sua unidade de trabalho? Lá é tão bom! Aí respondem: não sei. Eu vou pensar. (ENTREVISTADO 05)

Como já discutido na seção 6.1 o HU/FURG é uma organização que surgiu como laboratório de estudo e prática dos graduandos e residentes da Faculdade de Medicina da FURG. Em um primeiro momento não contava com prédio próprio, funcionava em alas

alugadas junto à Santa Casa. A estrutura física e de equipamentos era considerada deficiente. Além disto o HU não contava com um quadro próprio de funcionários. Os procedimentos cirúrgicos, ambulatoriais, além do cuidado clínico era realizado pelos docentes da Universidade e pelos discentes. Uma pequena quantidade de profissionais foi contratada junto à Santa Casa e posteriormente pela recém-criada FAHERG para suporte de serviços. Outra característica marcante da fase inicial do hospital era o atendimento apenas de pacientes sem qualquer amparo ou proteção social, os denominados à época de indigentes.

Todas estas características influenciaram a forma com que o trabalho era organizado no HU. Notavam-se, principalmente, a influência de dois modelos. O primeiro era baseado no extremo controle e hierarquia da equipe de enfermagem, em decorrência do hospital ter iniciado suas atividades junto à Santa Casa da cidade, um hospital supervisionado por freiras. O segundo era resultado da influência da academia, em especial da Faculdade de Medicina, sobre a gestão clínica e administrativa do hospital.

Os primeiros médicos contratados exclusivamente com a finalidade de atuação no HU foram selecionados apenas no ano de 1994. Até aquele momento as atividades eram prestadas apenas pelos docentes e acadêmicos e unicamente em casos excepcionais por profissionais RPA para auxílio em especialidades não contempladas no quadro da FAMED (ENTREVISTADO 15). Esta configuração demonstra uma evidente disciplinarização dos espaços no hospital. Na prática isto era sentido pela escolha dos docentes de quais serviços e especialidades seriam atendidos pelo hospital, ocupação e uso dos espaços físicos e definição de obras e melhorias necessárias (ENTREVISTADOS 03 e 12). A influência era sentida também no campo assistencial, principalmente na escolha de quais casos clínicos seriam atendidos ou dada a prioridade de internação por critérios que muitas vezes ultrapassavam a gravidade. Conforme os relatos estas escolhas eram explicadas e se resumiam ao interesse acadêmico pela área de pesquisa de interesse dos professores e estudantes (ENTREVISTADOS 01 e 05).

A administração da Universidade pouco interferia nesta relação da academia com o hospital. A separação espacial, tendo em vista que o campus da FURG sempre foi distante do hospital (ENTREVISTADOS 03, 05, 12 e 15). As decisões que envolviam os assuntos ligados ao hospital sempre foram influenciadas em termos políticos (ENTREVISTA 12 e 15), sendo o HU considerado "*um fardo para a gestão da Universidade"* (ENTREVISTA 03). A influência da academia era tanta que, até a adesão à EBSERH, em 2015, o cargo de Diretor ou equivalente do hospital era de acesso exclusivo aos docentes. Mais notada, ainda, era a força da Faculdade de Medicina no HU ao passo que a primeira diretora que não pertencia à FAMED foi eleita no ano de 2012, estando ligada à Escola de Enfermagem.

O pesquisador enquanto servidor da Universidade e por atuar na área de gestão de pessoas em diversos momentos se deparou com situações onde intervenções se faziam necessárias tanto junto à gestão como com relação aos funcionários. No entanto, sempre recebeu como resposta de seus colegas e gestores que alguns profissionais do hospital, sobretudo médicos, deveriam ser tratados de forma diferenciada. A explicação se dava em alguns momentos por se tratar do único especialista do hospital daquela área e o prestígio de determinado profissional no meio acadêmico e social (sendo sua saída um prejuízo para a instituição). Ainda, eram suscitadas questões como o receio de retaliações futuras, pela escassez de profissionais na cidade e região e a necessidade de tratamento com os mesmos em momento futuro.

Tudo isto fazia com que estes profissionais fossem considerados intocáveis e, desta forma, determinassem os rumos pedagógicos, assistenciais e administrativos do hospital. Influenciavam, assim, de forma direta no cotidiano do hospital, não apenas na sua gestão, como na forma com que o trabalho nas unidades era organizado, atingindo diretamente os trabalhadores da ponta na assistência ao paciente e na preceptoria com os alunos.

Isto tem um reflexo na fala dos entrevistados, principalmente dentre os formados na Universidade, que destacam o papel preponderante da formação em seus processos de organização do trabalho na fase inicial da carreira. O estudo, a influência dos professores e das disciplinas teórico e práticas se mostraram como uma grande fonte ou pontapé inicial para o desenvolvimento dos trabalhadores em suas profissões quando ingressaram no hospital (ENTREVISTADO 02). De outra banda, essa forma de aprendizado se fez para alguns necessária de complementação. Desta maneira, diversos entrevistados, todos da área da enfermagem, destacaram a realização de cursos e formação específica em gestão hospitalar e organização do trabalho para auxiliar neste processo (ENTREVISTADOS 01, 03 e 05).

O segundo elemento que aparece com destaque na fase inicial de trabalho dos entrevistados o aprendizado prático com os colegas de profissão. A maioria dos entrevistados é clara no sentido de que suas formações foram, até certo ponto, deficitárias com relação à prática e também ao papel de suas profissões dentro de um hospital. Relatam não conhecer suas reais atribuições, a quem se dirigir nem como proceder na organização de seus fazeres e suas rotinas de trabalho. Desta maneira, o contato direto com seus colegas de unidade durante os plantões se mostrou a forma mais célere e eficiente de compreender o processo de trabalho (ENTREVISTADOS 08, 10, 11, 13, 17, 18 e 19).

> Eu não tenho vergonha alguma te dizer que eu aprendi muito com os auxiliares e técnicos de enfermagem que eu trabalhei. Eles foram extremamente generosos comigo. Eu tinha 20 anos eu era uma menina. Eu tinha me formado há um mês e me

> botaram a trabalhar em emergência à noite, mas eu não tinha uma prática. Eu nunca tinha sondado um paciente. Então eu tive pessoas extremamente generosas do meu lado. Quem sabe que faz dessa forma? Quem sabe tu fazes desse jeito? Claro, eu tive que estudar. Existe uma situação com os próprios residentes... lá no Hospital de Clínicas. Existe muito mais solidariedade trabalhista do que em outros locais. Existia muito menos competitividade do que ouvia até hoje no nosso Hospital Universitário, vamos supor. Não existe essa divisão. Essa secção entre profissionais. (ENTREVISTADO 03)

Esta forma de interação é preponderante para a compreensão do processo de institucionalização dos hábitos, rotinas e práticas adotados pelos profissionais do HU, que será abordado em capítulo a seguir. Mas em linhas gerais pode ser destacado aqui que os profissionais mais antigos na unidade influenciavam de forma direta a forma de atuação dos novos colegas, determinando seus limites, em um processo de aculturação muito presente nos hospitais.

Podem ser destacadas nas falas ainda dois processos interessantes descritos pelos entrevistados, dissonantes dos relatos da maioria daqueles. O primeiro foi o relato do entrevistado 02 que sugere uma qualificação do processo de formação teórico/prática com a realização de um estágio na disciplina de organização do trabalho voltada especificamente para a organização do serviço de enfermagem. Pelo descrito, os discentes do curso assumiam a totalidade das funções de enfermagem de uma unidade, não apenas as práticas de cuidado. Desta maneira, eram responsáveis pela elaboração das escalas da unidade no hospital, assim como pela passagem de plantões entre os turnos e rounds[12] com outras profissões. Um processo completo e abrangente, igual ao da realidade de trabalho vivenciada profissionalmente.

Outro ponto que merece destaque é a fala do entrevistado 04 que diz ter passado por um processo de bloqueio e ausência de comunicação com sua chefia. É relatada uma resistência muito grande com os profissionais que ingressaram no hospital e com qualquer forma de trabalho que diferisse do que era adotado. Desta maneira, a solução encontrada pelo entrevistado foi a troca e o contato com colegas que atuavam em outros hospitais para tirar dúvidas e aprender os procedimentos necessários para o exercício de suas atividades.

4.4 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO E A FORMAÇÃO DO CAMPO NO HU/FURG

Os fenômenos sociais e as relações travadas no seio das organizações constituem eventos complexos e que despertam o interesse de pesquisa das mais variadas áreas do

[12] Rounds são reuniões interdisciplinares que envolvem as diferentes profissões e especialidades relacionadas ao tratamento do paciente. Sua principal característica que o diferencia do modelo de tratamento anterior é propiciar um tratamento centrado no paciente e não apenas na experiência do médico.

conhecimento. A Teoria Institucional fornece instrumentos capazes de auxiliar a compreensão de parte destes processos. Dadas as características dos hospitais universitários o percurso teórico adotado na presente pesquisa tem foco no relacionamento entre os agentes em seu campo. Isto se faz necessário para compreender os imbricados arranjos formados pelas categorias profissionais que atuam em um HU e os demais atores que compõe seu campo organizacional.

O campo, na definição de Bourdieu e Wacquant (2002), pode ser compreendido como um microcosmo social, com leis e regras próprias. É, portanto, um lugar de exercício e disputa de e por poder. Cabe salientar que por depender dos agentes e das configurações da organização ou conjunto de organizações em estudo, cada campo pode possuir um desenho distinto (BOURDIEU, 2008). Isso pode explicar as diferenças existentes nos campos entre hospitais públicos, privados e filantrópicos, por exemplo. Ainda, pode explicar as diferenças entre aqueles e os hospitais universitários. Isto se dá porque agentes e contextos sociais operam de formas distintas nos relacionamentos travados em um campo, influenciando a sua formação e desenvolvimento.

Delinear o campo e reconhecer os agentes e organizações que podem o compor nem sempre é uma tarefa simples, uma vez que estes nem sempre se confundem com uma organização apenas (BOURDIEU, 2008).

A análise do campo sob a perspectiva abordada por Bourdieu é diferente daquela apresentada pelo neoinstitucionalismo de DiMaggio e Powell e se mostra de grande relevância por permitir que o pesquisador se debruce sobre os conflitos e disputas de poder existentes nas organizações hospitalares, mais evidentes nos HU. As dimensões do poder e dos conflitos são pouco exploradas ou sem a profundidade muitas vezes necessária na Teoria Institucional e nos estudos organizacionais.

A analogia traçada por Bourdieu aos jogos às relações travadas no campo (2008) pode ser interpretada pelos inúmeros arranjos realizados entre os agentes detentores de capital e que de alguma forma influenciam nas disputas e tomadas de decisão nos hospitais universitários.

Estes jogos possuem regras e sistemas formais de codificação. Muitas vezes, no entanto, estas normas são estabelecidas em sistemas informais. São os arranjos realizados entre os agentes, locais onde outras formas de capital e poder ganham espaço e acabam por instituir formas de agir e se comportar no campo de um HU.

Na busca pela manutenção de seu status quo ou pela ascensão dentro do campo os agentes - através de arranjos - incorporam às estruturas formais uma série de hábitos, rotinas e práticas características de seus grupos de influência e que impõe uma espécie de marca

daqueles. É o que se denomina de *habitus* (BOURDIEU, 2012), caracterizado como um sistema duradouro, que se perpetua por ações reiteradas ao longo do tempo e que podem denotar um saber prático adquirido no curso dos anos ou o simples exercício de uma vontade preponderante de um grupo dominante sobre as demais (MISOCZKY, 2003; PECI, 2003).

A incorporação deste sistema subjuga os demais agentes a também proceder daquela forma ou a aceitar aquele conjunto de práticas reconhecidas. Em razão disto a pura e simples substituição de pessoal, com a troca de nomes, não afeta o *habitus* no campo uma vez que ele está incorporado à forma de agir e se comportar dos seus membros.

Realizadas estas importantes considerações sobre a formação do campo onde está inserido o HU/FURG e o *habitus* organizacional e das profissões que o compõe passamos a delinear os principais achados levantados na fase de coleta de dados relacionados ao processo de institucionalização do HU, o exercício do poder profissional, as disputas no campo e a mudança no modelo de gestão promovida com o objetivo de desinstitucionalizar as práticas de organização do trabalho construídas ao longo dos anos pelos profissionais.

4.4.1 FATORES DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DO HU/FURG

A institucionalização de hábitos, rotinas e práticas relacionadas à organização do trabalho em uma organização complexa como os hospitais universitários é um processo lento e que ocorre ao longo de décadas. Ele reflete um processo de legitimação de comportamentos dos agentes do campo, atuando diretamente na história de uma organização e auxiliando na formação da sua identidade (SELZNICK, 1972). Trata-se de um processo contínuo e ao mesmo tempo, dinâmico. Isto se torna muito claro quando a organização em análise é um hospital público e com missões que abrangem não apenas a assistência, mas o ensino e a pesquisa. Os HU são exemplos claros de que as organizações são organismos vivos (SELZNICK, 1972; FAUCONNET; MAUSS, 1999).

O HU/FURG pode ser caracterizado como um local onde está presente uma forte autonomia na gestão por parte de seus profissionais que não se limita apenas aos aspectos técnicos, típica das burocracias profissionais, mas também de organização do trabalho. É um processo diferenciado comparado a outras espécies organizacionais e, de certa forma, inimaginável em organizações privadas, por exemplo. "*Parece que cada um faz o que achar conveniente como se houvesse uma desconsideração frente à necessidade de cumprimento das suas obrigações morais*". (ENTREVISTADO 03). Na visão dos entrevistados isto se dá pela

falta de acompanhamento e controle por parte das chefias que, por conveniência e corporativismo, deixam que essas situações aconteçam (ENTREVISTADOS 01 e 02).

> As pessoas acham que podem fazer aquilo que interessa. Eu vou me autogovernar. Então as pessoas fazem. Como a gente tem vários exemplos! As pessoas fazem o que dá na telha. Existe porque os hospitais trazem em sua raiz o que o Brasil foi. A gente vê que na colonização brasileira existiu essa coisa de que é muito junto o que é público do que é privado. Isso se reporta para dentro dos hospitais e outras organizações, mas é nos hospitais que a gente está mais perto de que as pessoas confundem... Ah é público, é meu. Eu posso vender roupa dentro do hospital. Eu posso vender porque tá misturando o que é público no momento que eu estou trabalhando com que é privado. Eu posso levar isso aqui para mim porque é público. Então isso sempre existiu e o Brasil colônia foi isso Portugal veio aqui e levou tudo que era púbico para deles. Isso foi reproduzido, acentuando e adoecendo mais ainda. E esses resquícios são muito difíceis da gente tirar. Por exemplo, nessa questão do público do privado me vem uma coisa do Hospital de Clínicas. Quando tu saias tinha que bater teu ponto já vestida por causa da questão das horas extras. Era um controle muito grande que existia. Imagina se hoje tu tivesses que abrir a tua bolsa e mostrar. Mas lá essa era uma coisa comum. Muito difícil imaginar isso no HU. (ENTREVISTADO 03)

Devido às características do HU, onde existe um evidente autogoverno por parte dos funcionários, verifica-se uma liberdade de agir, proceder, definir suas próprias rotinas, horários e forma de trabalho. Esta liberdade auto outorgada tem implicação nas questões de ensino, pesquisa e assistenciais, ao passo que os docentes disciplinam os espaços físicos do hospital, delimitando o uso de leitos, a criação de ambulatórios, decidindo de forma unilateral sobre situações de internação, a forma e o lugar do acompanhamento dos alunos nas atividades práticas. Há relatos de que os docentes que também exerciam a atividade médica como técnicos reuniam as atividades docentes e técnica em um único espaço e momento (ENTREVISTADO 05).

Essa prática, institucionalizada entre os profissionais, gera prejuízos à assistência ao passo que uma vez contratados por dois vínculos deveriam ter suas cargas horárias cumpridas de forma individualizada, gerando um número maior de atendimentos. Tal situação foi identificada pela CGU em auditoria realizada na carga horária dos profissionais da FAMED e HU. Pelo relatório do órgão de controle,' os docentes destinavam a carga horária de acompanhamento dos discentes para realizar atividades assistenciais dos seus vínculos de técnicos. Assim, alguém contratado para ser docente 40 horas semanais e como técnico por 20 horas semanais deveria realizar 60 horas de trabalho na semana. No entanto, pela forma com que foi constituída a atividade docente de acompanhamento de alunos ao longo de décadas realizavam as 20 horas do trabalho técnico dentro das 40 horas da docência.

Um dos fatores que pode explicar essa evidente autogestão dos profissionais é o distanciamento da Universidade do dia-a-dia do HU. Essa falta de participação efetiva pode ser um reflexo do distanciamento entre o campus da saúde e a Reitoria da FURG

(ENTREVISTADOS 05, 12 e 17). Todavia, não só a distância física esclarece esta ausência de domínio e participação na gestão e nos assuntos do dia-a-dia do HU. O hospital ao longo dos anos foi considerado um "verdadeiro fardo" (ENTREVISTADO 15) para a Universidade. Isto porque a Universidade sempre despendeu muitos recursos para manter o hospital em funcionamento, tanto para atender as lacunas de pessoal como abastecer as unidades de insumos necessários ao seu funcionamento. Por não possuir equipe própria destinada as suas atividades, sempre foi grande o envolvimento das equipes da área financeira, planejamento, infraestrutura e pessoal para solucionar as demandas do HU.

Os gestores universitários, desta forma, sempre consideraram que o hospital era uma "fonte de problemas" (ENTREVISTADO 03), não trazendo benefícios para a instituição. Assim, os conflitos de relacionamento entre vínculos, as dificuldades no exercício do controle profissional e do cumprimento de carga horária de certas categorias, assim como as grandes dificuldades em certos períodos para obtenção de recursos para a manutenção do hospital eram levados até a Universidade na tentativa de resolução. No entanto, a FURG atuou ao longo dos anos mais buscando "apagar incêndios" (ENTREVISTADO 12) do que desenvolver políticas de inclusão do hospital no planejamento Universitário e desenvolver atividades em conjunto. "*A Universidade nunca buscou saber ou participou de qualquer processo do hospital*." (ENTREVISTADO 01)

Esse distanciamento era sentido não apenas pelos gestores. Esta imagem de um local que não era bem visto assim como um sentimento de não pertencimento à Universidade transpassava a seu corpo profissional. Há evidências de que este sentimento de que estavam "largados" (ENTREVISTADO 01) influenciava no sentido de que também não poderiam ser cobrados ou controlados pelas mesmas normas que disciplinavam o funcionamento da Universidade.

> Eu sempre me senti muito desamparada. Uma coisa assim que eu fiquei muito chateada foi que eu fiz 25 anos de Universidade e tem uma homenagem todos os anos para os funcionários pelo tempo de serviço. Teve uma entrega de diplomas e nós do hospital não fomos chamados. Não fomos E aí alguém que estava na página da Universidade. Pelo amor de Deus! Os professores foram convidados por escrito. Eu fiquei sabendo apenas no dia. Fiquei muito chateada. 25 anos dentro de um serviço público, dentro de uma Universidade eu acho que é uma coisa que enche de orgulho, sabe? Essa mágoa não é só minha.

Outro fator que contribui para este processo de auto concessão de autonomia para organizar o trabalho dentro do HU da FURG é a ausência de legislação de pessoal voltada para a complexidade e as peculiaridades do serviço de saúde no setor público. Esta ausência é sentida tanto em nível macro (Federal) como micro (na realidade local). Não existem mecanismos de organização do trabalho ajustadas para os trabalhadores da saúde na legislação federal.

A Lei 8.112/90, o Regime Jurídico Único dos servidores civis federais, se trata de uma lei ampla e geral e que reúne normas de provimento, estágio probatório, estabilidade, movimentação, alguns direitos e vantagens, deveres e seu regime disciplinar. No entanto, estas previsões regulamentam apenas os serviços prestados de forma ordinária. Ela é voltada para atividades administrativas, cumpridas nos dias de semana, em horário comercial, com uma carga horária padrão de 40 horas semanais. Todavia, esta não é a realidade dos trabalhadores da saúde.

A atividade exercida em regime de plantão possui peculiaridades que passam ao largo das regulamentadas no RJU. Profissionais de saúde possuem cargas horárias específicas de acordo com cada profissão: 20h ou 40h para médicos, 30h enfermeiros, 24h para técnicos em radiologia. O cumprimento de atividades em regime de plantão e por escalas de trabalho não está previsto na Lei 8.112/90 em nenhuma das suas formas: 12hx36h, 24hx72h e 12hx60h. Ele acarreta diferenciações no que se refere aos períodos de descanso e intervalo intrajornada e inter jornada. Com isso, há necessidade de estabelecer normas para o descanso noturno, ao passo que profissionais de saúde atuam 24 horas por dia, 07 dias por semana. É comum nas atividades ligadas à saúde, principalmente na medicina, a realização de plantões de sobreaviso. Ainda, trabalhar todos os dias de semana pode fazer com que o profissional atue em feriados e pontos facultativos. Isto acarreta a necessidade de compensação de carga horária.

Outrossim, nenhuma destas regras é prevista de forma mínima na legislação de pessoal para o serviço público federal. Não existem outras normas (leis, decretos) ou legislação infraconstitucional que regulamente esta forma de organizar os serviços de saúde no âmbito da União.

Todavia, a inexistência de norma não impede que os serviços se organizem desta maneira. Arranjos são formados pelas equipes e chefias no sentido de adotar nos hospitais públicos por analogia a mesma forma de organização dos hospitais da rede privada.

Incorporam-se ao serviço público, desta maneira, formas de atuação e organização pela repetição e formação do hábito de forma não contestada pela gestão da Universidade e pelos órgãos de controle. Trata-se do processo de institucionalização de práticas e rotinas. Este processo, no entanto, é marcado por criar uma forma de organizar o trabalho híbrida porque reúne elementos comuns aos profissionais de saúde dos hospitais da rede privada, mas mantém características próprias previstas na Lei 8.112/90.

Dada a força das categorias profissionais na área da saúde percebe-se que as mesmas constroem pela força do hábito um modelo de organização que contempla apenas o que é mais benéfico em cada regime. Surgem, assim, uma série de direitos não previstos em lei e que em

nenhum momento são regulamentados no âmbito interno das Universidades. Estas poderiam editar normas como instruções de serviço disciplinando a atuação dos profissionais de saúde dado o silêncio e as grandes lacunas da Lei 8.112/90. Ao invés disto, e muito provavelmente por receio de penalizações dos órgãos de controle (ENTREVISTADO 03), acabam aceitando a organização institucionalizada do trabalho de uma forma velada.

> Os próprios profissionais acabaram fazendo cada um seu arranjo. As pessoas foram entrando nas unidades e se acomodando. A verdade é essa. Foram se organizando. Tem a unidade de clínica médica, por exemplo, onde a chefia que está lá tentou se organizar pela visão dela. Pelo que ela tinha de visão de organização de trabalho e tentou organizar o grupo de acordo com o que ela acha que deveria ser. A chefia da UTI neonatal organizou o grupo da forma que achou que deveria ser. A chefia do SPA ele faz de acordo com o jeito que ele acha que deveria ser. E assim vai. Cada um faz de acordo com os seus conhecimentos prévios. (ENTREVISTADO 01)

Muito embora a ausência de regulamentação esta forma institucionalizada goza de legitimidade perante trabalhadores, gestores da área hospitalar e a alta gestão da Universidade. É o poder e a influências das hierarquias paralelas formadas que é capaz de criar direitos que sobrepõe o escrito e normatizado. Os hábitos, práticas e rotinas institucionalizados são considerados pelos profissionais imutáveis (ENTREVISTADOS 02, 03). Ganham, assim, o status de direitos adquiridos que não podem ser alterados sem a concordância dos trabalhadores. Desta maneira nem as gestões do hospital e da Universidade nem o governo federal, por meio de uma alteração de uma política ou entendimento sobre o modelo de organizar o trabalho no hospital, poderiam mudar os arranjos formados pelos profissionais.

Observa-se de forma muito nítida nas falas dos entrevistados que os movimentos e arranjos realizados pelos profissionais, seja dentro de cada categoria ou como uma norma tácita aceita para todos os profissionais, constituem uma forma de manutenção do status quo adquirido. Estes arranjos são considerados avanços e conquistas dos trabalhadores e sua manutenção representa uma vitória das categorias profissionais em uma espécie de queda de braços invisível. Quando uma determinada unidade de trabalho consegue adotar uma maneira própria de organizar seu trabalho e esta é institucionalizada, ganhando legitimidade perante o hospital, demarca um território e um espaço que demonstra a força daquele grupo.

Qualquer tentativa mínima de discutir ou reavaliar aquela forma de trabalho e organização é tratada como uma espécie de agressão aos trabalhadores e é violentamente repulsada através de um forte movimento de resistência. Esta resistência ocorre de forma implícita pela não adesão dos profissionais aos novos processos como também de forma explícita, por meio de ações dirigidas aos gestores, o que pode se dar com paralisações de atividades, reuniões com a gestão da Universidade e principalmente pela intervenção sindical.

> Dói nos meus ouvidos ouvir de uma pessoa que isso sempre foi assim e não aceitar novas funções ou novas práticas de execução de serviço. A culpa não era deles e sim de gestores anteriores que deixaram as coisas acontecer. Era de domínio deles. a área que eles estão trabalhando. Ficam de donos das coisas e na verdade não são. (ENTREVISTADO 09)

Muitas vezes a ideia que se tentava transmitir com frases como "isso sempre foi assim" ou "nós fazemos isso há 25 anos desta forma e sempre deu certo" (ENTREVISTADO 09) é de que o hospital sempre funcionou e alcançou seus objetivos: prestar uma boa assistência à população e ensino qualificado para seus estudantes. Desta maneira, qualquer alteração desta forma de atuar poderia ser nociva à continuidade e êxito dos serviços. No entanto, por trás destas falas esta a ideia de autopreservação, manutenção de privilégios, prestígio, influência e espaços conquistados ao longo dos anos.

Conforme os relatos dos entrevistados um marco para a mudança de postura e comportamento dos profissionais que atuavam no hospital bem nítido é o começo da contratação de pessoal através do RJU, no primeiro concurso exclusivo para servidores do hospital realizado pela Universidade em 1994. Muitos dos aprovados no certame já eram funcionários do hospital através da FAHERG. Alguns contavam com quase 10 anos de serviços prestados ao HU.

É nítida a mudança de postura profissional por parte de alguns destes trabalhadores quando passam a ser servidores públicos. Funcionários antes elogiados, dedicados, proativos, prestativos tiveram uma alteração evidente de comportamento: deixam de cumprir rotinas, não se dispõe mais a realizar atividades fora da carga horária, escolhem plantões que desejam trabalhar, exigem preferência na escolha de férias (ENTREVISTADO 11).

> Com o passar do tempo, passado o estágio probatório, era muito difícil convocar uma reunião. Às vezes chamávamos o pessoal do Hospital de Clínicas e outros lugares pra fazer uma capacitação e não tinha participação. Eu não sei como te explicar, mas eles se deram uma autonomia totalmente desproporcional ao papel do que é de um servidor público. Do compromisso que o servidor público tem que ter. Me parecia que tinha que ser o contrário. Se agora eu sou servidor público, tenho estabilidade, e trabalho melhor agora que eu vou vestir essa camiseta para valer. Eu não preciso mais ter dois empregos porque o meu salário melhorou. Não foi isso que aconteceu. (ENTREVISTADO 12)

Assim, a estabilidade é apontada como um elemento que impacta na postura profissional. Ainda, ela passa a ser um escudo para a criação de condutas, hábitos e rotinas por parte dos trabalhadores RJU que se institucionalizam ao longo dos anos também no sentido de manutenção das posições alcançadas pelas categorias. Qualquer tentativa de mudança a partir disto passa a sofrer um forte movimento de resistência até ser abandonado pela forte pressão exercida pelas categorias.

> Teve muitas mudanças com a entrada do pessoal FURG no concurso em 1994. As pessoas quando eram da FAHERG... eu acho que por um lado é ruim pensar assim porque que é uma conclusão que eu chego... Quando as pessoas não tinham a estabilidade era mais fácil e é muito triste porque a gente sempre lutou para ter isso. Eu trabalhei na gestão do hospital e depois como docente acabei sendo convidada para gestão justamente no período que teve o concurso. Então eu vi como era antes e como ficou depois E dá uma tristeza profunda porque a gente lutou muito para que isso acontecesse e quando aconteceu parece que as pessoas não tinham mais o mesmo compromisso com a instituição, de vestir camiseta, de torcer que desse certo, de fazer acontecer, desenvolver, fazer a sua parte. Quanto mais profissionais chegavam parece que mais isso se evidenciava. (ENTREVISTADO 12)

Um ponto destacado pelos entrevistados é a força adquirida pelo sindicato dos técnicos administrativos após o concurso para o HU. Inúmeros fatores podem explicar este ganho de poder do sindicato a partir daquele momento. O primeiro deles é o aumento quantitativo de trabalhadores TAE. Até meados da década de 1990 proporcionalmente o número de docentes na Universidade era muito maior. Com os concursos que se seguiram no HU naquela década e a partir dos anos 2000 o número de técnicos cresceu bastante. Com isto, a categoria passa a ter voz nas discussões políticas da Universidade, não podendo ser ignorada. Um segundo fator é que, pelas características do HU, este é um local de conflitos e disputas. Desta forma, surge o cenário ideal para que o sindicato atue na defesa dos interesses dos trabalhadores da saúde e de suas pautas e reivindicações. Um terceiro fator que ainda pode ser elencado é que uma boa parte dos dirigentes sindicais são profissionais de saúde. Com isso os trabalhadores passaram a se ver representados no órgão, tendo um canal direto para suas pautas com a gestão (ENTREVISTADOS 01, 05, 10, 17).

> Quando foram negociados pontos facultativos ou algum feriado sempre existiu essa exacerbação do movimento sindical em relação aos trabalhadores. Isso porque o sindicato também tinha que mostrar serviço. Olha através do sindicato a gente conseguiu aquele ponto facultativo. Se não fosse o sindicato a gente não tinha conseguido. (ENTREVISTADO 03)

A atuação do sindicato, por tudo isto, passa a ser diária junto à direção do hospital. Nos momentos em que os espaços de diálogo com ela passam a ser menos acessíveis, como no caso da última gestão do hospital antes da adesão à EBSERH e na primeira após a adesão, o sindicato passa a levar suas pautas e reivindicações diretamente à Reitoria da FURG. Esta forma de atuação foi um grande obstáculo para qualquer tentativa de implementação de mudanças no hospital. Isto porque qualquer tentativa surgida da direção do HU era prontamente rechaçada e tida como contrária aos interesses dos trabalhadores, sem qualquer espécie de diálogo ou busca por conciliação (ENTREVISTADO 01). Esse clima de tensão chegava aos trabalhadores que aderiram ao posicionamento do sindicato e deixam de aderir aos processos propostos sem questionar se eles seriam benéficos à categoria (ENTREVISTADO 12).

Outro ponto negativo desta oposição criada entre sindicato e gestão do HU residiu naquele momento nas manobras de intervenção da Universidade nas decisões do hospital. Em diversos momentos, conforme os relatos, o sindicato procurou a gestão da Universidade, insurgindo-se com relação a decisões ou mudanças iniciadas, e esta determinava que a direção do HU desfizesse o ato, passando por cima da autoridade destes. Tal fato gerava insegurança aos gestores assim como um sentimento nos trabalhadores de que qualquer reinvindicação que levassem seria atendida, gerando a sensação de poder e imutabilidade de seus arranjos institucionalizados. Nas palavras da entrevistada 02 "*existe uma parceria da gestão da Universidade com o Sindicato e que isto influencie negativamente no exercício da autonomia da direção do hospital e na tomada de decisões necessárias*".

> Eu vi uma diferença muito grande do sindicato porque tinha bastante conflito já naquele momento. Eu acho que eles viram no hospital um nicho de poder. Se quisesse fazer uma transferência de um funcionário era impossível. Às vezes é necessário fazer alguns remanejamentos. Não deu certo em um lugar pelo perfil vai para cá vai para lá. Eles se sentiram extremamente protegidos pela questão sindicato (ENTREVISTADO 12)

Um ponto muito interessante levantado nas entrevistas com relação às intervenções realizadas pela gestão da Universidade no hospital - a pedido do sindicato - é o papel antagônico de força e fragilidade da Reitoria. Ao mesmo tempo que a direção do hospital estava subordinada ou submetida ao poder de decisão da administração universitária, ao passo que poderia ser destituída pela mesma, existia uma relação de dependência e enfraquecimento da Reitoria com relação ao sindicato. Isto se dá em razão dos movimentos políticos e do peso do sindicato nos processos eleitorais para gestão da Universidade.

Outro elemento que pode ser destacado neste sentido é que ter o sindicato como aliado no dia a dia da gestão é um fator de extrema importância. Greves, paralisações, protestos, ajuizamentos de ações judiciais e outras formas de atuação são elementos que podem atrapalhar muito a tarefa de gerir uma instituição tão complexa como uma Universidade.

> Elas procuravam a parte mais frágil que era Reitoria. Por incrível que possa parecer é a Reitoria. Por que a Reitoria poderia ser uma parte fraca em algum momento. Mas uma parte forte com relação à direção do hospital. Vocês têm que dar aquele ponto facultativo! Isso é um exemplo. Os hospitais universitários sempre foram um transtorno para as Universidades. Por isso criaram a EBSERH. (ENTREVISTADO 03)

Um dos pontos mais nítidos levantados pelos entrevistados que demonstra a institucionalização da organização do trabalho no HU e ao mesmo tempo comprova a força do sindicato perante a gestão é a referente à redução da carga horária para os profissionais de enfermagem sem redução salarial. Enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem foram contratados em seus concursos (desde o primeiro concurso RJU em 1994

até o último em 2013) para atuação em uma jornada semanal de 40 horas. Essa, no entanto, não é uma carga horária habitual nos serviços de saúde que atuam em regime de plantão ao passo que as escalas são compostas em turnos de 6 horas (manhã e tarde) ou 12 horas durante o dia e de 12 horas no turno considerado da noite. Considerando o cumprimento de plantões de 6 horas ou 12 horas com um dia de descanso semanal existe uma grande dificuldade para a composição das escalas pois os trabalhadores ficam com horas faltantes que não podem ser compensadas em um período curto.

Desta maneira, a prática habitual dos serviços de saúde (hospitais e postos de saúde) é a contratação pelo regime de 36 horas ou 30 horas semanais. Historicamente os trabalhadores da enfermagem assim como a grande maioria dos médicos do HU atuavam 36 horas por semana, embora contratados para cumprir 40 horas. Essas horas faltantes jamais foram cobradas, descontadas ou compensadas pelos funcionários nem ao menos questionadas pelos órgãos de controle.

É habitual dentre os profissionais de saúde ter mais de um trabalho. Isto se dá em virtude da possibilidade de trabalhar em turnos inversos e a permissão da acumulação constitucional de cargos públicos na área da saúde e do ensino. Há, ainda, uma necessidade descrita por muitos de complementação da renda. A atuação em mais de um hospital ou instituição de saúde, por óbvio, levam a um grande desgaste dos profissionais pois os mesmos acabam realizando plantões todos os dias da semana, atuando durante o dia em um hospital e a noite em outro trabalho. Isto se dá muitas vezes em cidades próximas.

Uma reclamação histórica presente no corpo de enfermagem era de que os médicos cumpriam essa carga horária apenas no papel, ao passo que muitas vezes não permaneciam no hospital, realizando parte de suas jornadas em sobreaviso. Esta alegada disparidade, somada ao desgaste físico e psicológico do acúmulo de trabalho em uma área de atuação extremamente complexa, gera um elevado absenteísmo dos profissionais de saúde, em especial de enfermagem, pela necessidade de afastamentos de saúde.

Com base nisto teve início uma série de discussões dos profissionais de enfermagem, por intermédio da representação sindical, para que fosse negociada a redução da jornada de trabalho para 30 horas semanais. O argumento utilizado é de que as 10 horas restantes poderiam ser utilizadas para a capacitação profissional e a realização de atividade de planejamento, o que não se mostrava possível durante os plantões. Ainda, sustentavam que este fato levaria a uma diminuição do absenteísmo, gerando menores custos à Universidade por não necessitar pagar horas extras e contratar profissionais pela FAHERG ou por RPA para cobrir as horas faltantes.

O processo negocial não evoluiu. Em razão disto no ano de 2008 foi deflagrada a maior greve da história do HU, com a adesão maciça dos profissionais de enfermagem, levando a uma paralisação quase completa das atividades do hospital. "T*eve greve, teve tudo que tu podes imaginar. Greve, bate-boca, reunião, tudo".* (ENTREVISTADO 05)

A greve trouxe inúmeros transtornos para o HU e exerceu uma pressão muito forte sobre a gestão universitária que acabou cedendo à reivindicação e por meio de uma portaria reconhecido a nova carga horária para os profissionais.

Importante ressaltar que esta concessão, embora reconhecida em um documento oficial da Universidade - uma portaria - foi deferida de forma precária, ao passo que passível de revogação por um ato do mesmo valor. A concessão das 30 horas foi resultado de um processo político e negocial. A concessão por meio de uma portaria foi utilizada também como instrumento político, fazendo com que a categoria da enfermagem apoiasse a gestão.

No entanto, por envolver um processo dinâmico por busca de espaço e disputa de poder o fator político também foi utilizado pelos profissionais de enfermagem e pelo sindicato. A continuidade da concessão das 30 horas volta à tona em todos os processos eleitorais da Universidade. As chapas concorrentes à reitoria são questionadas nos debates e incluem em suas propostas de gestão a promessa de manutenção da redução da carga horária. De elo mais fraco na relação no momento da concessão, o peso político do grande número de votos que a categoria representa coloca a enfermagem na posição de exigir dos candidatos a manutenção do arranjo como condição para apoio eleitoral.

A concessão das 30 horas para apenas uma categoria gerou uma série de insatisfações nos demais profissionais (ENTREVISTADO 05). Inúmeros movimentos foram realizados por categorias como medicina, assistência social, farmácia (ENTREVISTADOS 01 e 04). No entanto as mesmas não avançaram, em que pese a pressão exercida, muito em razão da desarticulação destas profissões em comparação à coesão do grupo da enfermagem (ENTREVISTADOS 06 e 07).

> A enfermagem ganhou 30 horas isso bem antes de outras categorias profissionais. Algumas categorias venderam caro isso. É um exemplo que eu estou te dando. Não sei se posso chamar de rivalidade, mas essa desigualdade que existia isso gerou também uma insatisfação nos profissionais. Porque a enfermagem fez greve e foi lá e tratou com o sindicato ganhou 30 horas? Por que que eu tenho que fazer as minhas 40 horas? Gerou dentro do hospital uma grande insatisfação. (ENTREVISTADO 03)

Passados doze anos da concessão das 30 horas para a enfermagem até hoje as demais categorias se mostram ressentidas de não terem conseguido o mesmo benefício, acarretando diversos conflitos e a expectativa de uma flexibilização quando da adesão à EBSERH (ENTREVISTADO 07). Isto se justificava pelo motivo de que o principal argumento da gestão

da Universidade em não estender a concessão para as outras categorias era o déficit de pessoal, que impossibilitava com o quadro existente cobrir as escalas de trabalho. Contudo, esta expectativa jamais foi confirmada.

Já foi destacada a importância da academia no momento histórico de constituição do HU em razão da condução do hospital em sua gestão, além das atribuições ligadas ao ensino e atuação como corpo clínico, principalmente no momento em que a organização não possuía quadro próprio de funcionários. Por décadas a Faculdade de Medicina esteve totalmente interligada ao hospital, sendo este considerado um apêndice daquela.

Os docentes da FAMED eram os representantes da FURG no HU em meio a um grupo de trabalhadores em um primeiro momento da ASCRG, depois contratados pela FAHERG e anos depois com os primeiros servidores concursados. A constituição da força de trabalho do HU/FURG sempre dependeu da Faculdade de Medicina, estando até hoje, mesmo após as contratações realizadas pela EBSERH, presente no hospital dada a característica de ensino daquele.

Esta condição de domínio exercida pela disciplina e gestão dos espaços, das decisões clínicas, de definição das áreas nas quais seria prestada assistência, somada ao predomínio de uma cultura medicalocêntrica dos hospitais no período, foi o cenário ideal para a criação de fortes arranjos organizacionais por parte dos docentes com atuação no hospital. Esta característica se estendeu aos primeiros médicos contratados pelo regime RJU e se perpetuou no tempo, chegando até os dias atuais.

A posição de docentes e médicos como figuras centrais nas atividades de ensino, pesquisa e assistenciais, com uma quase inexistência de interlocução com as demais profissões que compõe a complexa rede profissional que atua no hospital é reflexo de um domínio das profissões que se encontram no ápice de uma pirâmide de prestígio, influência e poder dentro de um hospital e legitimada também fora das fronteiras físicas das organizações de saúde.

Este padrão reconhecido socialmente por décadas foi replicado na estrutura de ensino, estando institucionalizado na formação dos acadêmicos de medicina, enfermagem, fisioterapia, farmácia e outras áreas de atuação hospitalar. O papel central do médico, a posição de quase subalternidade das outras profissões é reafirmada aos estudantes e estes já ingressam no mercado de trabalho com a esta concepção (ENTREVISTADOS 01, 03, 05 e 12). Esta visão é sentida nos primeiros contatos dos estudantes com a prática, já em seus estágios de formação, são consolidados no período de residência e constituem um entendimento comum e quase que inquestionável após o período de formação.

> A formação determina o perfil do profissional. Ela é fundamental para o início da carreira. Ainda tem muitos professores da academia que formam o enfermeiro beira de leito. Que formam o enfermeiro para cumprir tarefas. Existem os que formam apenas para ser educadores e mexer com papéis e tem uns que formam para atender o que a enfermagem exige hoje. Eu vejo isso muito em Rio Grande. Então se eu quero fazer uma intervenção e mudar o modelo dentro do hospital como a EBSERH pretende é essencial operar isso em conjunto com a academia. (ENTREVISTADO 01)

Na teoria institucional o tema da educação e relevância do papel da formação para a transmissão do conhecimento organizacional assim como de hábitos e práticas incorporados à rotina da organização foi levantado nos estudos de Berger e Luckmann (1976). Para os autores, seguindo evidenciais levantadas por Durkheim, os indivíduos tomam conhecimento de símbolos e significados que formam a instituição e estes passam a ser transmitidos por determinados atores considerados como legítimos. No caso do hospital universitário os atores legitimados perante a academia e a sociedade são os docentes. A transmissão desse papel de destaque da profissão médica constituída ao longo de gerações legitima as ações dos profissionais nos arranjos construídos, assim como garante a continuidade das ações, sendo tomadas pelos acadêmicos como uma verdadeira lógica institucional (FAUCONNET; MAUSS, 1999), inquestionável.

Importante ressaltar que a transmissão desse entendimento não se dá apenas nos assentos das faculdades de medicina. Docentes de enfermagem e de outras áreas, formados sob a égide desta mesma concepção medicalocêntrica, ainda hoje reafirmam esta visão, imprimindo aos futuros novos profissionais de saúde algo enraizado em muitas culturas hospitalares. É o que se dá geralmente em faculdades do interior do país (ENTREVISTADO 01). Nestes locais a posição do enfermeiro e sua equipe como auxiliares do médico (ENTREVISTADO 03), por exemplo, como meros cumpridores de tarefas (ENTREVISTADO 09), sem o domínio científico sobre o cuidado com o paciente (ENTREVISTADO 01) ainda vigora. Desta forma, novos profissionais são lançados no mercado com esta cultura, não reconhecendo a relevância do seu saber assim como de um trabalho multidisciplinar como forma de melhor prestar a assistência aos pacientes.

> Cada região tem uma forma diferenciada de organizar diferente da outra. Eu trabalhei em hospital interior que tem uma característica bem específicas e interiorizadas em que a cultura das pessoas da região e o pouco conhecimento com relação às inovações, as tecnologias e os conhecimentos eram bem mais precários. Trabalhava com o método de trabalho que era muito antigo. A enfermagem de antigamente era uma atividade mais braçal, com pouco conhecimento científico. Eram mais cumpridores de tarefas. O médico ia lá e determinava uma tarefa e ele ia lá e cumpria aquela tarefa. Eram enfermeiros formados também na região, com pouca visão do que seria o papel do enfermeiro na assistência. Tiveram uma formação voltada também para obediência, para obedecer a ordens. Eles não cumpriram o papel do enfermeiro de hoje que é muito mais científico. Uma função mais sistematizada da assistência. Uma visão do paciente como um todo. Do paciente como um ser, não só apenas voltado para uma doença. Antigamente a enfermagem via o paciente no contexto de uma

> doença e estava ali apenas para cumprir uma prescrição sem ter o conhecimento e o poder de questionar aquela prescrição, de questionar as atividades. Hoje não deveria ser assim, mas ainda vejo a academia formando profissionais para cumprir ordens dentro do hospital. Eu fui ligada à academia nos três hospitais onde eu trabalhei no RJ, SP e RS. Nos três locais eu dei aula e eu pude perceber a diferença de comportamento do professor dentro da academia na formação do aluno. Isso faz muita diferença. O aluno sai da faculdade no interior com o olhar da enfermagem ainda de cumprir tarefas. (ENTREVISTADO 01)

De igual maneira institucionalizou-se no processo de formação destes profissionais uma forma de organizar o trabalho baseada na extrema disciplina e hierarquia, pouco aberta ao diálogo, não abrindo espaço para discussão ou questionamentos pela equipe. Esta obediência é observada com relação à gestão como também com relação aos líderes da equipe (enfermeiros) e aos médicos.

Por outro lado, é importante ressaltar que por mais rígido e hierárquica que seja a organização do trabalho e o modelo de gestão de uma unidade dentro de um hospital é um processo natural dos indivíduos buscar formas de se preservar e manter um mínimo e autonomia no trabalho. Surgem as hierarquias paralelas, que passam a ser reconhecidas informalmente pelos demais atores. Esses movimentos e arranjos criados são "válvulas de escape" (ENTREVISTADO 03) do grupo. "*Na maioria das vezes, os próprios trabalhadores realizavam aquilo que consideravam ser necessário e, muitas vezes, as rotinas eram engavetadas. Parecia não existir um controle para essas ações*". (ENTREVISTADO 02)

> Então ao mesmo tempo que a gente tinha essa hierarquia formal rígida, superestabelecida a gente também tinha esses escapes que justamente acontecem quando existe uma opressão de hierarquia. Muitas vezes acontece com as pessoas que para ter um pertencimento organizacional existe uma naturalização desse controle. Existe uma naturalização daquilo. O grande medo é que essa naturalização se torne efetiva. Que as pessoas não tenham mais forças para ver o que é bom para si para o seu grupo então a gente tinha esses escapes as válvulas que a gente chamava. (ENTREVISTADO 03)

> Nesses micros espaços as pessoas acham que elas não têm que prestar contas de como estão atuando. Talvez porque a gente fala nessa previsão, nesse controle, mas será que isso é assertivo ou é só um pano de fundo para tornar isso mais decoroso nas condutas das pessoas? O exemplo de que não pode vender roupa no hospital, mas as pessoas vendem. Elas muitas vezes invadem ou extrapolam o limite da sua autoridade, da sua responsabilidade, para cumprir as suas tarefas. Tem que dar banho no paciente de manhã. Não, não, não. Eu vou dar banho à tarde. Tem lá na prescrição médica para verificar sinais de 6 em 6 horas. O que está sendo feito? de 12 horas em 12 horas, de 24 horas em 24 horas. É bastante complicado. A enfermagem faz seus autogovernos. Tem suas relações paralelas e informais. Como eles são em maior número e se consegue ser percebido. 60% da força de trabalho de um hospital qualquer é do pessoal de enfermagem. (ENTREVISTADO 03)

Passamos, a seguir, a analisar um importante processo ocorrido no HU em estudo e que guarda relação com seu processo de institucionalização, a cooptação.

4.4.2 O PROCESSO DE COOPTAÇÃO NO HU/FURG

Como tratado anteriormente é nítida na fala dos entrevistados a influência e participação do sindicato dos técnicos nas tomadas de decisões que envolvem o hospital em razão da participação e interlocução acentuada com a gestão da Universidade, muito especialmente após a eleição de 2003 (ENTREVISTADOS 03 e 15).

O sindicato, no entanto, é uma representação de diversas profissões que compõe a categoria dos servidores técnicos administrativos em educação. Trata-se de um universo cargos, das mais distintas áreas que atuam na Universidade, incluídos neles os profissionais de saúde. Dentre os profissionais de saúde ainda é possível destacar diversas outras profissões. Por certo que gerir interesses dentro de um universo tão grande não se mostra uma tarefa simples ao passo que mesmo internamente podem haver divergências. Isto por si só é capaz de gerar uma série de conflitos e faz com que as posições seguidas pelo sindicato em muitos momentos sejam variáveis. Em certo tempo um determinado grupo ou entendimento prevalece e em certo momento isto ocorre com relação a outras categorias profissionais.

Tal variabilidade faz com que o sindicato seja uma força viva e muitas vezes muito difícil de controlar, em que pese o alinhamento existente com a gestão nos últimos 16 (dezesseis) anos. O mesmo se dá com relação aos assuntos ligados ao hospital. Não foi diferente com relação à adesão à EBSERH.

Desde o surgimento da empresa – criada por lei em 2010, mas saída do papel apenas no ano de 2012 – a APTAFURG realizou um processo de resistência muito grande, mesmo antes de ser ventilada a possibilidade de adesão do HU/FURG. Esta era uma orientação seguida pela totalidade dos sindicatos da categoria das demais universidades federais brasileiras. Conforme o processo de discussão avançava nos outros hospitais mais recrudescia o discurso por aqui. A principal justificativa naquele momento era o receio de que a criação da empresa que seria de capital público, mas de personalidade jurídica de direito privado, é que esta representasse a abertura ou uma facilitação para um futuro processo de privatização dos HU. (ENTREVISTADO 12).

Como já tratado na seção que abordou o processo de adesão a APTAFURG não aceitava negociar o tema e obstaculizou diversas ações propostas pela gestão da Universidade até culminar nos atos que impediram a deliberação do Conselho Universitário sobre a adesão, fazendo com que o ato fosse tornado sem efeito judicialmente e retornando muito mais o processo.

Tendo em vista a postura aguerrida e combativa do sindicato no assunto EBSERH causou uma grande estranheza nos trabalhadores do hospital a inércia daquele com relação à nova reunião de deliberação sobre a adesão, assim como das medidas de enfrentamento e defesa da categoria após a adesão (ENTREVISTADO 15).

> O sindicato dos trabalhadores que atuavam no HU, APTAFURG não apoiou e criticavam muito a adesão da FURG/EBSERH e, muitos trabalhadores que faziam parte deste processo contrariavam as iniciativas e inviabilizavam muitas questões, mesmo sem analisá-las de modo pertinente. Esse fato, corrobora com um processo eleitoral para escolha do sindicato, no qual os trabalhadores EBSERH escolheram não fazer parte da APTAFURG. (ENTREVISTADO 02)

Deve ser destacado que os entrevistados ligados à direção do hospital durante a primeira gestão da EBSERH deixaram evidente o desconforto com relação ao questionamento dos motivos da mudança de postura do sindicato. Falas reticentes, desvios de olhar, sorrisos lacônicos. As expressões eram as mais variadas e seguidas da resposta de que isto deveria ser questionado à gestão da Universidade.

> Estamos até hoje procurando o que que houve. Em um dia o sindicato invadiu a reunião do CONSUN que seria para aprovação e no outro, como em um passe de mágica, que a gente não entende o que houve. Conversas ocorreram, porque eram horríveis as reuniões essas para aprovação. Umas pessoas batiam nas outras. Teve um episódio que uma pessoa bate na outra pessoa. E na última reunião que era para votar de forma definitiva não existir uma pessoa do sindicato na porta para impedir a votação? o que aconteceu? Como isso aconteceu? No momento nós ficamos impactados com isso. Ué! O que aconteceu? E nunca mais foi dito o que foi feito. Houveram rumores como sempre ocorre, mas fidedignamente eu não sei te dizer o que aconteceu. Bom vamos lá…. tá aprovado. (ENTREVISTADO 03)

Não ficou claro, portanto, se o sindicato foi convencido de que aquele era um caminho que não haveria volta, tendo em vista o estrangulamento feito pelo governo federal das universidades com a suspensão de contratações e repasses orçamentários, ou se alguma barganha política foi realizada.

Movimento político foi percebido apenas quando da posse da segunda gestão EBSERH no hospital, quando um dos primeiros atos da Superintendência foi nomear a principal líder sindical para exercício de um elevado cargo na estrutura da filial. Esta representante sindical ficou conhecida por ter lançado nome para concorrer à eleição de Diretor do Hospital antes da adesão e prometer não permitir a continuidade do processo (ENTREVISTADOS 01 e 03). A mesma possuía um discurso forte contrário à empresa, sendo veemente em suas falas, convencendo funcionários de que a EBSERH não seria boa para o HU.

> Antes o sindicato atuava bastante. Hoje não atua mais. A direção comprou a principal líder do sindicato com um cargo. Dentro de um cargo bem alto dentro da escala lá de cargos da EBSERH e com isso o sindicato tá bem quietinho. Ela conseguiu uma estratégia boa de fazer com que o sindicato ficasse inativado com relação ao Hospital Universitário. O sindicato hoje eu vejo com muita pouca força dentro do hospital. Atua muito pouco. Não consegue nada com essa gestão atual e até mesmo porque o

> sindicato tem a sua principal líder que era contra a EBSERH e hoje faz parte do grupo de profissionais EBSERH. Ela ganhou um cargo e com isso o sindicato não tem mais atuação dentro do hospital tomo tinha antes. (ENTREVISTADO 01)

Com a nomeação da representante para um cargo na gestão o sindicato, que antes se mostrava presente e propositivo em todos os assuntos do hospital, deixou de atuar. Não realizava mais reuniões dentro do hospital com os trabalhadores e deixou de levar até a Universidade, ao contrário de como procedia antes, as principais reivindicações dos profissionais.

> Eles baixaram a guarda. Era uma mudança radical da postura do sindicato. Tinha um membro do sindicato que ia lá e gritava um monte de coisas e depois disso eu nunca mais vi essa criatura. Eles iam lá para o hospital fazer panfletagem e um monte de coisas. Existe esse poder paralelo. Existe sobre as outras pessoas. De repente isso deixou de existir, mas não sei em que espectro isso deixou de existir. Nós não sentimos mais aquela resistência. em. (ENTREVISTADO 03)

Com isto, ficou clara a cooptação realizada pela gestão do hospital, sem que ficasse claro pelos relatos dos entrevistados se operada por orientação da Universidade. A cooptação consiste em trazer para dentro da estrutura da organização indivíduos que têm a capacidade de mobilização e influência sobre os demais, diminuindo pressões e conflitos que possam surgir na tomada de decisões e nos processos instaurados. Ela tem por principal finalidade acomodar tensões sociais, sendo um processo que promove ou consolida mudanças institucionais (SELZNICK, 1972). Ela afasta ameaças à estabilidade da organização, trazendo o extra institucional para a institucionalidade. No entanto, opera através de um mecanismo complexo de mudança tanto no cooptado como no agente cooptador (GOMES; ALVES, 2017). Isto porque tanto o cooptado como o cooptador devem ceder perante para acomodar interesses.

É evidente que caso não fossem encontrados obstáculos para alcançar seus objetivos a organização não abriria mão de parte de seu poder, buscando o indivíduo ou organização cooptada para dentro de sua estrutura. Isto porque "ao incorporar elementos do movimento, dividindo responsabilidades e poder, cria-se um comprometimento, dificultando as críticas severas, posicionamentos contrários, limitando sua autonomia" (GOMES; ALVES, 2017, p. 397).

Trata-se de um processo complexo e dicotômico, mas que traz uma grande vantagem estratégica de incorporar uma resistência, cedendo uma parcela controlada de poder, mas obtendo o comprometimento do cooptado. Para tanto se faz necessário garantir que este não fuja do controle, sendo exercido controle para que este não tome sua posição, o que não impede a sua esperança futura de maior poder (GOMES; ALVES, 2017). Conforme Selznick (1966)

este controle se bem exercido coloca uma espécie de ameaça sobre o cooptado para que não tente tomar o poder para si, sob pena de perder o poder concedido.

Não obstante as práticas de cooptação adotadas um ponto que deve ser destacado é a alteração do quantitativo de pessoal com vínculo estatutário nos últimos anos e o aumento de profissionais contratados pela EBSERH. Historicamente o HU foi constituído formado por trabalhadores da FAHERG. Com os primeiros concursos realizados para servidores contratados pelo RJU nos anos 1990 o número de profissionais com vínculos precários sofreu variações de acordo com o aumento de demanda assistencial do hospital. O auge de profissionais da Fundação ocorreu em 2013, quando segundo dados obtidos com a entidade, chegou a ter quatrocentos e noventa e cinco empregados. O número de estatutários neste período até a adesão à EBSERH em 2015 girava em torno de quatrocentos.

Desta forma pode ser observado que existia um certo equilíbrio no quantitativo de pessoal na relação fundacionais versus estatutários. No entanto, os primeiros possuíam uma relação de emprego precarizada, sem uma representação sindical e força negocial. Prevalecia, assim, a força dos trabalhadores RJU por ocasião de conflitos ou disputas no hospital. Com a entrada da EBSERH este cenário sofreu uma alteração drástica. Entre a primeira contratação em 2016 e o final do chamamento do primeiro concurso da empresa em 2018 foram contratados quinhentos e oitenta profissionais EBSERH. Na sequência foram realizados outros processos seletivos para o quadro permanente e outros tantos para contratações temporárias. Em maio de 2020 o número de empregados EBSERH é de setecentos e trinta e cinco, distribuídos nas áreas assistencial e administrativa. Já o atual número de trabalhadores RJU é de trezentos e vinte, dadas as vacâncias ocorridas no período (aposentadorias, exonerações e pedido, redistribuições para outras Universidades e óbitos).

Pela análise destes dados chega-se à conclusão que o número de trabalhadores estatutários com relação aos trabalhadores EBSERH é hoje de apenas 43,54%. Passaram, então, de um grupo que detinha poder de negociação perante a gestão, capacidade de mobilização e enfrentamento para resistir a mudanças para um grupo quantitativamente inferior aos novos trabalhadores contratados, sofrendo com uma concorrência que antes não conheciam na disputa por espaço.

Inegável que esta mudança de cenário alterou de forma substancial a força da categoria, diminuindo sua capacidade de pressionar a gestão frente a suas demandas. Uma das respostas mais emblemáticas dos entrevistados quanto ao cenário aqui desenhado quando questionado por que os funcionários da Universidade não fazem mais greves ou paralisações em massa foi de que uma greve dos RJU não teria efeito prático algum ao passo que seriam substituídos nas

escalas pelos funcionários da EBSERH, não havendo impacto para o hospital (ENTREVISTADOS 01 e 18). "*Nós não temos mais a mesma representatividade. ficamos pulando de galho em galho para saber com quem tem que falar*". (ENTREVISTADO 07)

> Eu não posso reclamar por ter adquirido bastante coisa nesse período. Eu sou muito grata em ter passado nesse concurso. Sempre levantei muito bandeira da FURG, sempre. Mas de um tempo para cá eu ando um pouco desmotivada. Não fui contra a EBSERH. Não fiz campanha contra, porque eu acreditava que era uma coisa boa. Só que hoje eu percebo que não é bem assim. É outro impacto agora. Agora eu estou na outra posição. Agora eu estou naquela posição em que a FURG ficou minoria, ao contrário de quando eu cheguei. Eu percebo que hoje a FURG está pequenininha no número de funcionários e a EBSERH tomou conta e nós estamos meio que acuados. (ENTREVISTADO 08)

4.5 MÉDICOS E ACADEMIA NO CONTEXTO DO HU: ASSIMETRIA DE PODER COMO CARACTERÍSTICA DE UMA TÍPICA BUROCRACIA PROFISSIONAL

As organizações são arenas de disputas de diferentes por poder pelos indivíduos, grupos ou categorias que os compõe. Essa disputa se dá pela existência em muitos momentos por interesses divergentes entre os agentes e decorrem das interações ocorridas em seu interior. Existe uma tendência natural dos agentes que se encontram em uma posição de destaque, ou seja, detentores de uma fonte de capital valorizada naquele campo de buscar impor aos demais seus interesses, sua forma de agir, de pensar, de se organizar e seus símbolos. Tal fato se dá como forma de manter sua posição de destaque, privilégios ou o capital em disputa.

Essa posição de superioridade até pode ser exercida de forma aparentemente pacífica. No entanto, é muito mais comum que agentes ou grupos que se encontrem na posição inversa realizem movimentos no sentido de alcançar a posição daqueles. Essa tendência de resistência e contra resistência operado em uma organização ou conflitos causa novos choques que podem trazer oscilações no ambiente e, por consequência, conflitos. "*Nada é de forma pacífica. A gente sabe que dentro das organizações hospitalares há uma luta de classes. Uma classe quer sobrepor a outro. Não adianta. E vão brigar a vida inteira*" (ENTREVISTADO 03).

Organizações hospitalares como os hospitais universitários reúnem características que as diferenciam de outras organizações. São formadas por categorias profissionais altamente especializadas. O conhecimento técnico constitui o capital mais valorizado e historicamente está a dispor dos profissionais médicos e docentes da área. Trata-se de um clássico exemplo de burocracia profissional. Conforme Bourdieu (1996)?? os laços de união entre as categorias profissionais desta espécie de burocracia são os símbolos, valores, identidade cultural e a ética profissional, diferentemente das burocracias mecânicas, onde a hierarquia e o controle são elementos preponderantes (MINTZBERG, 2003).

Outra característica marcante das burocracias profissionais é essa distribuição assimétrica em torno de um grupo ou indivíduos. A assimetria torna ainda mais difícil a gestão dos conflitos gerados (FARIAS; VAITSMAN, 2002), principalmente no que se refere à grande dificuldade de exercício de controle hierárquico sobre os profissionais especializados (MONTEIRO, 1999, MINTZBERG, 2003). O saber científico e altamente especializado não pode ser contestado pelas demais categorias e muito menos por gestores técnicos como administradores, contadores e profissionais do direito, havendo uma espécie de dependência destes profissionais.

Este fato afeta a forma com que são vistos pelos demais assim como a maneira como os médicos percebem as outras profissões e gestores. Não enxergam nestes a capacidade de gerência sobre o seu fazer. A dominação exercida pela classe médica é legitimada pelas demais categorias profissionais por meio do discurso aceito da supremacia do conhecimento científico daqueles, ocorrendo uma espécie de marginalização do conhecimento de outras profissões (CECÍLIO; MENDES, 2004).

Essa percepção também é encontrada no HU/FURG. Uma entrevistada formada em um grande centro do país e que atua no hospital há quase vinte anos descreve essa posição de privilégio da categoria médica e a submissão da categoria da enfermagem ao domínio daqueles. Como forma de sustentação do discurso dessa posição de superioridade a atuação da academia reafirma essa condição. Os docentes e acadêmicos de medicina ocupam os espaços no hospital e colocam-se em posição de evidência na assistência desde a formação. Por sua vez a enfermagem não busca essa ocupação e muitas vezes corroboram a antiga visão medicalocêntrica para os acadêmicos.

Essa visão das profissões estava presente quando de sua chegada ao hospital e pouco foi alterada ao longo dos anos. Muitas unidades, principalmente aqueles onde o grupo ou chefia de enfermagem é mais antigo ou são formados na cidade ou região, mantém a posição de obediência, não impõe seu conhecimento, não contestam as decisões, atuam apenas como cumpridores de tarefas.

> O Hospital Universitário tinha o grupo dividido quando eu cheguei. Eu vim de uma cidade grande, então eu sempre tive um comportamento diferente dos meus colegas não digo 100%, mas de uma grande maioria. Muitos dos colegas ainda tinham uma certa obediência ao médico. Isso era uma coisa enraizada no Hospital Universitário e até hoje a gente tem algumas unidades onde o médico é que manda e o enfermeiro tem que cumprir a prescrição. (ENTREVISTADO 01)

Essa visão é refletida nos acadêmicos dos dois cursos. Estudantes de medicina desde os estágios obrigatórios tem contato com os pacientes, auxiliam na prestação da assistência de forma ativa, discutem casos clínicos com os professores e preceptores dando pareceres sobre

diagnósticos. Na residência os estudantes de medicina assumem na totalidade os plantões em diversas unidades do hospital, sendo a referência técnica dos demais profissionais assistenciais no cuidado.

Este mesmo comportamento não é seguido nem de perto com os acadêmicos de enfermagem. A postura dos estudantes é totalmente passiva. Não interagem com os pacientes. Apenas observam os pacientes, procedimentos e atividades de gerenciamento das unidades dos enfermeiros. Questionada do motivo dessa forma diferente a entrevistada (E 01) afirma que isto se dá em razão da postura dos professores, afirmando que não há incentivo e até mesmo permissão dos docentes da área de enfermagem para que procedam de forma diferente.

> A academia mesmo estando dentro do hospital ela não interfere muito nessa relação. A medicina ocupa seu espaço dentro do hospital. A enfermagem na academia não. O acadêmico ou fica junto do enfermeiro ou fica junto do professor distante de todos os outros profissionais da unidade. Existe um distanciamento muito grande e eu sempre achei isso muito ruim. Eu sempre adorei muito aluno comigo. Alguns enfermeiros aqui se recusam a ter aluno. O aluno da enfermagem não tinha a liberdade de assumir algumas responsabilidades como acadêmico dentro da instituição ao contrário da medicina. Na medicina o quintanista está avaliando paciente, fazendo a prescrição junto com os residentes. Na enfermagem nem o residente de enfermagem tem autonomia para fazer isso. O residente da Medicina ele assume o plantão. a enfermagem não assume nem junto com o enfermeiro. Essa é uma coisa que eu sempre questionei com a academia desde que eu cheguei no Hospital Universitário. (ENTREVISTADO 01)

Todo este contexto fez com que existisse nestes profissionais de dentro do hospital e da academia uma espécie de sentimento como se fossem donos do HU (ENTREVISTADO 12), reis (ENTREVISTADO 05), capazes de tudo e sem qualquer espécie de limite. "*O médico a gente sabe até de caso de professores que cultuavam isso e diziam vocês são deuses. Vocês são os maiorais. Já aprendiam isso. Eles começam a aprender que são melhores que os outros. Eles são doutrinados para isso"* (ENTREVISTADO 10).

> Embate sempre teve, até porque histórico da enfermagem. A enfermagem se criou sempre muito submissa. Foi vista sempre como um ser submisso. A secretária do médico, que manda e tu faz. Com o passar dos anos com a enfermagem crescendo e tomando mais consciência que foi ganhando seu espaço. Isso vai continuar. Isso sempre vai existir. Tu só vais conseguir debelar isso no teu dia a dia. [...]Tu vais comendo pelas beiradas e tem que trabalhar com a equipe. Com todo mundo. No momento em que eles reconhecem que tu tens conhecimento eu acho que o conhecimento é a chave eles passam a te respeitar. as equipes começam a se respeitar. E aí consegue trabalhar numa boa. (ENTREVISTADO 10)

Existe uma percepção por boa parte dos entrevistados, principalmente daqueles que não ocupam ou ocuparam cargos de direção do hospital, de que a perpetuação da hegemonia profissional médica assim como uma espécie de proteção para diversas condutas adotadas por estes, além da concessão de diversos privilégios, se dá em razão de uma condescendência por parte das linhas de gestão da Universidade e do HU.

> Em São Paulo cada um tem a sua função. Cada um tem o seu fazer. Ninguém faz aquilo que é do outro e ninguém vai se meter naquilo que é do outro. Tudo tem um protocolo e esses protocolos vem de uma coordenação e são autorizados por uma direção. Eu vou te dar um exemplo clássico do centro cirúrgico. O enfermeiro chega para o médico e diz aqui está o protocolo e o senhor tem que cumprir. Se o médico diz que não vai cumprir ele não discute ele só disse que vai anotar e vai entregar na direção. Na mesma hora ele vai mudar de ideia e vai cumprir porque ele sabe que partiu da direção e não do enfermeiro. São normas do hospital. Se isso acontece aqui em Rio Grande o médico vai gritar com o enfermeiro, vai pegar o papel rasgar e jogar na parede e vai falar que não vai fazer. Não interessa se vem da direção ou de onde veio. Porque ele faz isso há 30 anos e vai continuar com por mais 30 do jeito que ele faz. Para você chegar nele e propor uma mudança você tem que trabalhar com ele, mostrar para ele que tu sabe, mostrar o teu conhecimento e precisa no dia a dia do seu trabalho mostrar que está ali igual a ele no mesmo patamar que ele vocês têm o mesmo nível superior. Só que cada um na sua função. O respeito vem do seu trabalho e não que a direção diga o que é função de cada um. (ENTREVISTADO 01)

Um dos fatores que comprova o papel da gestão como fiador desta assimetria de poder e capaz, na visão dos entrevistados, de conseguir interferir neste cenário é a esperança depositada pelos trabalhadores que a alteração das direções universitária e do hospital seria o momento de romper com este panorama institucionalizado.

No entanto, conforme se percebe nas falas, muito embora alguns discursos e promessas quando os novos gestores assumem logo se verifica que nada será alterado nesta espécie de gangorra emperrada.

> Na verdade, é uma coisa que me incomoda bastante. Conforme troca gestão tu achas que vão ter mudanças. Aí sempre tem uma esperança. A gestão de hoje eu já trabalhei com o gerente administrativo na Fundação. Então eu já conhecia de antes. Então quando entrou eu confesso que foi uma esperança as coisas vão mudar, só que permanece tudo igual com relação a isso (ENTREVISTADO 04)

No entanto esta visão e poder ilimitado da profissão que justifica a adoção reiterada de comportamentos que não seriam aceitos para outras profissões tem uma amplitude muito maior na cidade do Rio Grande.

Em razão das atividades prestadas pelo pesquisador enquanto servidor da Universidade em diversos momentos foi colocado de frente com irregularidades no cumprimento da profissão ligados à organização do trabalho, assim como principalmente o descumprimento de deveres éticos e morais como servidores públicos. No entanto, a condução dos procedimentos de apuração e as decisões tomadas sempre foram no sentido de salvaguardar os profissionais de uma maneira que não era seguida com os demais trabalhadores do hospital e principalmente da Universidade.

Existia sempre um esforço muito grande para proteger os profissionais nas auditorias recebidas dos órgãos de controle. Um dos argumentos utilizados nestes casos, assim como em conflitos que envolviam estes profissionais e que chegavam até a Universidade, era de que o

HU não poderia prescindir dos profissionais. É que como o déficit de médicos de todas as especialidades sempre foi muito presente no hospital, eventual perda de médicos, seja pelo resultado da apuração, seja pela vontade do mesmo de se desligar por não ter se sentido acolhido ou defendido pela FURG, causaria um grande prejuízo para a instituição. O segundo, e ainda mais inusitado, era de que por contar a cidade com poucos profissionais – em razão da distância geográfica da capital e de maiores centros – leva que todos necessitem de atendimento (consultas, exames e cirurgias) com estes profissionais, havendo receio de futuras retaliações.

> Eu acho que ainda tinha um poder médico muito grande. Ainda tem hoje. Eu acho que a maior dificuldade sempre foi essa. [...] Só que o médico sempre mandou no hospital. Isso é um exemplo clássico. Tem um médico que fuma no consultório. Só que não pode ser feito nada contra ele porque ele é Riet. Ele tem o nome do hospital. Todo mundo sabe que ele fuma. O hospital todo sabe. Os alunos sabem, mas ele vai continuar fumando até se aposentar ou morrer porque ele leva o nome do hospital. Então ele é uma pessoa intocável dentro da instituição, por mais que esteja fazendo uma coisa que é extremamente errada que é fumar na frente de um paciente. Ninguém pode fazer nada. Eu particularmente tentei fazer alguma coisa e o que me disseram foi não mexe com essa pessoa. Ele é amigo íntimo da superintendente. Se você fizer alguma coisa com essa pessoa quem vai sofrer é tu. Então deixa ele fumando. Ele já faz isso há 30 e poucos anos e ele vai continuar fazendo. Os colegas sabem disso. Todo mundo sabe disso. Chegou ao ponto do absurdo do colega médico que é doente e não entra no hospital porque é doente porque não pode pegar vento e várias outras coisas, mas ele atende na mesma sala deste colega que fuma. E isso não faz mal para ele. Eles não podem sofrer atrito porque ele tem que respeitar o colega que é antigo do hospital. Isso é para você ver que até hoje existe o domínio médico dentro do hospital. (ENTREVISTADO 01)

Nem mesmo o ingresso de novos profissionais ao longo dos anos, seja RJU ou EBSERH, alterou este cenário, muito porque a postura dos novos profissionais segue a mesma forma de pensar a relação entre as profissões e o papel da enfermagem no hospital. "*Entraram muitos enfermeiros e eles não conseguiram ocupar o seu espaço dentro do hospital porque eles não querem estudar não querem se posicionar não querem saber de enfrentamentos e uma vez que você não tem conhecimento você não tem força nem poder para discutir*". (ENTREVISTADO 01)

Esta não ocupação dos espaços pelas demais profissões e principalmente pela enfermagem é fruto na visão da entrevistada do conhecimento generalista destes profissionais (ENTREVISTADO 01). É a grande especialização da atividade médica que a distingue das demais na visão dos entrevistados, corroborando o apontado na literatura sobre o grande poder e sua assimetria nas burocracias de especialistas.

> O médico ele estuda detalhadamente. Existe médico para tudo. Tem o pneumologista, cardiologista, neurologista. Tu dizes pra ele atender como clínico eles não sabem. Ele passa para o outro profissional. O Enfermeiro não. Ele trabalha na maternidade. Depois da manhã ele tá no CO. Depois ele tá na clínica médica. Depois ele tá no centro cirúrgico. Ele se qualificou em quê? Generalista. Quem tem que saber de tudo não sabe de nada. Ou você se especializa e ocupa um lugar dentro da sua área de atuação ou você não consegue. (ENTREVISTADO 01)

Neste ponto ganha destaque na fala a necessidade destas profissões de generalistas de uma qualificação maior para o alcance de uma maior respeitabilidade perante os colegas. Assim, é necessário estudar além. Investir na formação – especialização lato e stricto sensu, cursos de formação continuada, simpósios, treinamentos – e ainda trabalhar sempre naquela área onde investiu seu conhecimento, diminuindo a circulação pelas diferentes frentes do hospital.

> Na questão da Medicina existe uma departamentalização. Quando tu olhas o organograma na medicina ela é as especialidades que estão dentro dos retângulos que significam a especialização. É menos confuso do que é na enfermagem. Se tem médico urologista tu tá dentro daquele quadrinho e adeus para todo mundo. Agora na enfermagem todos os enfermeiros estão em um mesmo quadradinho. Entendeu? Então essa autonomia que muitas vezes a gente busca é sufocada porque tu é mais um enquanto que nas profissões em que existe uma especialização maior tu é 1. (ENTREVISTADO 03)

Chama atenção na fala dos profissionais não são médicos um ponto comum levantado na quase totalidade das entrevistas com relação que é a necessidade de demonstrar conhecimento e capacidade para haver respeito dos colegas médicos no ambiente de trabalho. A percepção gerada das entrevistas é de que de maneira geral as outras profissões são desconsideradas pelos médicos e gestores, havendo até um certo desprezo (ENTREVISTADOS 05 e 10). Estes profissionais possuem uma dificuldade natural de se fazerem ouvidos no ambiente de trabalho. São considerados, por vezes, inferiores (ENTREVISTADO 12). Estão ali apenas para dar suporte a uma atividade mais relevante (ENTREVISTADO 01).

A única forma de serem percebidos é demonstrar conhecimento através de muito estudo e competência na execução de suas tarefas. Assim, estes profissionais apenas são alçados à condição de respeito e adquirem espaço de fala quando demonstram algo além do que naturalmente se espera de trabalhadores não médicos.

Trata-se de uma constatação muito preocupante, pois é naturalizado até para estas categorias o sentido de que para existir respeito pelo seu fazer, pela sua atividade, é necessário ir além, Em outras palavras: o médico adquire respeito, é chamado de doutor e goza de todos os privilégios constituídos e institucionalizados da categoria pelo simples fato de ter se formado em medicina. Não é necessário fazer mais nada.

Por outro lado, os demais profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente para que alcancem um patamar apenas mais próximo dos médicos necessitam ter um esforço muito superior. Devem ter uma formação que extrapole os domínios de suas graduações, cursos, fazer treinamentos e ter experiência em uma área de atuação especializada.

Desta maneira, percebe-se que o médico goza do prestígio e de respeitabilidade independente dos caminhos seguidos após a graduação. Ele não necessita se qualificar para ser considerado o elemento central do cuidado ao paciente. Tanto é assim que os estudantes de medicina do penúltimo ano do curso (9º semestre em diante) são chamados no hospital de "doutorandos" (ENTREVISTADOS 01, 04, 10, 12 e 18) pelos seus professores, pelos médicos, pelos demais profissionais envolvidos no cuidado e até pela gestão do hospital. Isto demonstra claramente o papel da academia e da cultura institucionalizada na formação e seu peso na distribuição de poder no hospital.

> Em São Paulo todos enfermeiros são formados com a visão do paciente como um todo da ciência preparados para assumir um hospital. Enfermeiro tem muita autonomia em São Paulo se eu for comparar com Rio Grande aqui não tem nenhuma. O enfermeiro mostra o seu conhecimento, impõe a sua autonomia. Tu tens que mostrar que tu sabes para que eles te respeitem. Não existe nada normatizado pela direção do hospital dizendo que um pode fazer isso outro pode fazer aquilo. (ENTREVISTADO 01)

Ter formação, demonstrar conhecimento e competência e ter experiência é o caminho para o reconhecimento do seu fazer e da sua profissão como ciência, de forma geral. Isto, no entanto, não impede situações cotidianas de tentativa de sobreposição das atribuições de outras profissões, assim como a total inabilidade para atuação em uma equipe multidisciplinar.

É o caso da situação retratada na entrevista 04, ocupante do cargo de farmacêutico e que ao questionar um medicamento prescrito pelo médico sugeriu a troca por outro, respaldada pelo conhecimento da sua área de formação. No entanto, o profissional não aceitou a sugestão, motivo pelo qual o caso teve de ser levado até a chefia médica. Somente após outro médico dar aval para o que havia sido sugerido pelo profissional da farmácia aquele médico aceitou substituir a medicação. Fica evidente, assim, que a forma institucionalizada de conceder ao médico a posição de superioridade no cuidado e no topo de uma pirâmide de conhecimento não lhes permite conceber ter seu conhecimento questionado por profissional de outra área, mesmo que aquele tenha conhecimento mais específico que o seu naquele tema.

Passado mais de um século da disseminação destas ideias elas se encontram cada vez mais em voga. A criação da EBSERH, baseada em um modelo gerencial, traz uma nítida visão dos HU como prestador de serviços e exige cada vez mais de seus profissionais resultados, eficiência e produtividade. Esta é medida pela capacidade dos trabalhadores alcançarem metas, seja pelo desempenho individual, seja pela produção de serviços para contraprestação pecuniária da contratualização com o SUS.

> Os hospitais foram fundados de formas diferentes. Então primeiro ele elegeu quem não tinha dinheiro. Era uma questão da caridade. Quanto mais bonzinho tu és mais te aproxima do céu. Ele tem uma estrutura, uma raiz que é diferente de um banco. É diferente de uma empresa que faz papel. Essas relações de poder instituídas se fundam porque os hospitais se fundam com um alicerce em uma raiz militar. Não é à toa que

> os hospitais são essas organizações que tem a questão hierárquica mais definidas e mais verticalizadas. Os hospitais modernos foram fundados nas teorias de Taylor e de Fayol e na questão também da produtividade. Tu não podes te expressar. Tem que usar isto ou aquilo. O mais rápido possível. Essa questão do poder e das hierarquias seguiu exatamente da visão militar por que existiram os hospitais militares e também e também da atuação das igrejas. (ENTREVISTADO 03)

Ainda tratando das hierarquias existentes de forma bem definida nos hospitais universitários é importante ressaltar que surgem, em razão das grandes pressões exercidas sobre os profissionais de saúde e a diversidade de agentes com interesses distintos, hierarquias paralelas e que não estão presentes no organograma do hospital.

Estes agentes não ocupam cargos na estrutura formal. Não se reportam aos gestores. No entanto, exercem tanta ou mais influência sobre os profissionais. Não possuem o poder disciplinar das chefias, mas detém um capital que vai muito além do controle hierárquico. É a capacidade de mobilização dos grupos e a influência sobre estes. Trata-se de um capital político extremamente importante ao passo que são decisivos em processos como de adesão às mudanças organizacionais, assim como nos rumos de processos como o eleitoral.

Isto explica, por exemplo, o fato de uma enfermeira que não possui cargo de chefia no hospital possuir liderança em um grupo que vai além dos colegas do mesmo cargo e realizar oposição às tentativas de mudança na organização do trabalho das unidades, implementação de novos protocolos assistenciais, e de processos de gestão das unidades que deveriam ser de controle apenas das chefias, como formação de escalas, estabelecimento de períodos de descanso e intervalos de jornada e o usufrutos de folgas pós plantão.

No mesmo sentido isto também pode ser sentido nos profissionais médicos. Há um movimento na medicina de distanciamento dos médicos da gestão (do cargo de gestão da chefia médica e das atividades administrativas, a cargo dos administradores hospitalares). Há um discurso institucionalizado de que as atividades de gestão são menores frente ao saber e conhecimento médico envolvido na assistência. Da mesma forma, há uma visão muito distinta entre médicos e administradores principalmente quando há alguma forma de tentativa destes em exercer controle sobre o fazer daqueles, por meio do estabelecimento de metas, produtividade e contenção de gastos (FERREIRA et al, 2010).

Isto ainda é mais exacerbado em um hospital universitário, pois a principal função dos HU é a formação de recursos humanos em saúde. Há uma dificuldade em controlar custos quando se está ensinando um estudante, pois é natural que estes tendam a ter um maior desperdício de materiais pela pouca experiência (ENTREVISTADO 15). Da mesma forma, por se tratar de uma organização voltada para a pesquisa é natural que sejam requisitados para compra materiais e instrumentos com novas tecnologias, por envolver maiores custos. Há

assim, uma disputa muito grande geradora de conflitos uma vez que os administradores tende a contestar as opções de compras sugeridas pelos profissionais médicos, o que causa uma grande insatisfação ao passo que por se tratar de uma decisão técnica não é tolerada a interferência por parte dos administradores (ENTREVISTADO 14).

Assim, é comum que dentro da categoria médica também surjam hierarquias paralelas representadas por profissionais com maior representatividade entre seus pares, em geral profissionais com maior tempo de profissão e com um prestígio social elevado, que geram focos de resistência às decisões de gestão. Estes médicos e docentes de renome influenciam a adesão dos colegas ao que é proposto pela gestão, o que pode acontecer de forma positiva ou negativa.

> Aconteceu uma coisa no hospital de clínicas que acontece em outros hospitais e eu só me dei conta muito tempo depois lendo e entendendo que aquilo já existia e é habitual. No Hospital de Clínicas a gente tinha uma hierarquia médica e de enfermagem super bem definida. Mas existe uma coisa que depois eu fui aprender que existe também nos hospitais que são as hierarquias informais. Que se formam dois grupos paralelos e que isso até dá sustentação para tu suportar o controle da gestão. (ENTREVISTADO 03)

O relacionamento e a forma com que os profissionais da medicina são vistos pela gestão determina, na percepção dos entrevistados, a forma com que as demais categorias que compõe a força de trabalho do hospital são enxergadas pelos médicos. Por estar em uma posição de superioridade e por considerar, também, que merecem estar naquela posição de privilégio a classe médica determina e acaba por delimitar as fronteiras de atuação das demais profissões, em especial da enfermagem.

Caso fosse definida em uma forma geométrica a burocracia de profissionais dos HU seria uma pirâmide na forma invertida caso fosse comparada a relação entre o quantitativo profissional das categorias e o poder formalmente instituído proporcionalmente (MINTZBERG, 2003).

Os enfermeiros são a categoria mais numerosa de um hospital. Correspondem à pelo menos a metade dos recursos humanos de um HU. Os médicos, minoritários em termos quantitativos, encontram-se do ápice da pirâmide de poder e influência em razão do já discutido conhecimento especializado. Em que pese ser considerados por séculos os detentores do saber e os únicos capazes de trazer a cura ao paciente em razão do hábito institucionalizado de não se fazer presente a todo tempo a beira do leito ou até mesmo dentro do hospital, os médicos necessitam para o bom executar de suas tarefas o olhar da enfermagem. Os profissionais de enfermagem têm uma participação intensa no cuidado, estando em contato direto com o paciente e sua família, ininterruptamente. Desta forma, o médico necessita das informações prestadas pelo enfermeiro para determinar os rumos do tratamento.

Mesmo com esta certa dependência existente não há uma abertura ou reconhecimento do fazer do enfermeiro e sua relevância para o cuidado. A delegação de competências para estes não se trata de uma verdadeira divisão de tarefas ou uma visão de que estes têm condições pelo conhecimento adquirido de auxiliar no cuidado. Na visão dos entrevistados as atividades que antes eram médicas e passaram a ser de outras profissões só assim o foram pela falta de interesse dos médicos em realizá-las ou por considerá-las menores.

> Existe uma prevalência da autoridade médica sobre a enfermagem. Os profissionais de enfermagem são colocados no hospital em uma posição de subordinação em relação ao médico. A natureza da no trabalho de enfermagem é definida através da natureza do trabalho médico. Ela surgiu a partir da natureza do trabalho médico. O Mehry e o Cecílio dizem uma coisa que é muito interessante que é o seguinte. quem coordena de fato a estrutura hospitalar são os enfermeiros. A coordenação do hospital é de fato da enfermagem, mesmo que exista uma relação paradoxal pois quem coordena cuidado é o polo dominado em uma relação de dominação. (ENTREVISTADO 03)

Já foi destacado que a utilização do poder de uma categoria e de sua influência no campo e perante os demais agentes é a manutenção do status quo daquela categoria privilegiada. A manutenção do domínio e dos espaços conquistados impulsiona uma série de ações e reações, freando investidas de outras categorias em disputa, assim como medidas da gestão que afetem seus interesses.

Uma das formas de concretização deste poder médico é expresso por meio de uma das características mais marcantes da medicina como categoria, que é o corporativismo (GONÇALVES et al, 2019). O corporativismo em um sentido geral corresponde a uma ideologia política que representa a busca pela preservação de interesses comuns (RIBEIRO, 1993). Para tanto são utilizados diversos mecanismos como forma de proteção daquele grupo e de seus integrantes. Para que isto ocorra é necessário que exista uma espécie de sentimento de corpo entre seus membros. Um corpo único onde um indivíduo age em nome daquele corpo e não pessoalmente. Assim, eventuais falhas ou fragilidades são absorvidas por aquele grupo (despersonalização) que realiza a defesa como forma de manter sua unidade e proteção.

Essa unicidade, um elo que reúne os indivíduos em torno de um ideal, essencial para esse sentimento de classe só é percebida de maneira mais evidente na categoria médica. A fala dos entrevistados de que os médicos não são unidos (ENTREVISTADOS 06 e 07) é apenas parcialmente verdadeira. Verdadeira quando se constata que não se vê médicos reunindo-se em grupos, participando de assembleias sindicais ou fazendo petições ou abaixo-assinados. No entanto, existe um forte sentimento de classe nestes profissionais que se mostra presente e entra em ação quando algum de seus membros é atacado e principalmente quando este ataque possa representar a lesão a um direito, a um privilégio ou uma condição institucionalizada. Neste caso,

forma-se uma rede de proteção em torno do colega não apenas como uma forma de proteção individual, mas coletiva.

Desta maneira, dificilmente um médico prestará um depoimento contra um colega dizendo que este não cumpre integralmente sua jornada de trabalho, ou que fica mais tempo do que o devido no descanso, ou de que delegou totalmente suas funções ao residente em um plantão sem o devido acompanhamento, mesmo que tenha presenciado estas atitudes (ENTREVISTADOS 05 e 12). Neste momento o sentimento corporativista impera e a defesa do colega é feita em nome da categoria, como forma de salvaguardar os interesses da classe, ameaçados de lesão.

Tal comportamento não é percebido com profissionais de outras categorias. Muito se fala da força coletiva da enfermagem pelo peso político de seu quantitativo de pessoal. No entanto, não há o sentimento de união e de corpo único entre estes profissionais. Ao contrário. O enfermeiro que vê um colega que descumpre seus deveres funcionais ou que atenta contra as normas de organização do trabalho de sua unidade não tem o menor pudor em denunciar a conduta (ENTREVISTADO 01).

> Houve uma grande ruptura em uma certa ocasião. A gente sempre toca nesse assunto, mas eu acabo negando. Dizem que a Escola de Enfermagem se retirou do hospital por este tipo de questão pela não participação, pela não atuação. Existe um corporativismo médico. Isso a gente não pode negar que existe esse corporativismo que ele luta para manter as práticas e manter conhecimento. Existe esse corporativismo profissional ele se impõe para proteger seus territórios, o saber, o poder que foram construídos durante anos da história do hospital e das próprias profissões, principalmente a profissão médica. Então as pessoas querem manter aquilo ali. (ENTREVISTADO 03)

O poder médico, seja o real seja o simbólico (PAÇO-CUNHA; BICALHO, 2008), é exercido de diferentes formas dentro do hospital, sendo sentido sobre as outras categorias profissionais, seja sobre a gestão. Uma das consequências deste poder é a obtenção de privilégios para a execução de suas atividades. São vantagens que não são concedidas para outros trabalhadores. Outra forma de manifestação ocorria pela aquiescência por parte da gestão de comportamentos e condutas sabidamente contrários às normas de organização do trabalho e da conduta esperada no serviço público.

Uma importante distinção feita, no entanto, pelos entrevistados e que vai ao encontro dos conceitos trazidos na literatura é de que estas regalias e protecionismo se davam historicamente nos locais onde atuavam médicos especialistas (Traumatologia, Pediatria, maternidade, Centro Cirúrgico, dentre outros). Contudo, aqueles não se davam com relação aos médicos generalistas, que atuassem em locais onde não se exigia uma especialização de conhecimentos como são os casos do SPA e da Clínica Médica (UCM). Este é um traço das

burocracias de especialistas capaz de fazer uma certa diferença até mesmo dentro da própria profissão.

> Em alguns lugares em que o médico era chefe de serviço e pela postura dele fazer as coisas andar nem a gestão se metia nisso. Tudo funcionava muito bem, mas a equipe era muito submissa a ele. Tem outros lugares também, não sei se a importância dada ao tipo de atividade a própria infectologia que aqueles médicos ali eram muito valorizados. Dependendo do tipo de serviço porque numa unidade de internação ou em um SPA tu não vais ver muito isso. (ENTREVISTADO 10)

Diversos comportamentos são descritos pelos entrevistados ilustrando o exercício do poder pela categoria médica e dos docentes da área. O mais destacado pelos entrevistados é não exigir destes profissionais o compromisso do cumprimento de carga horária contratual. Esta conduta não é recente, remontando desde a origem do hospital, e pode ser explicada pelo antes discutido comportamento de não permanência do médico ao lado do paciente. Esta atribuição na divisão de tarefas dos hospitais é desempenhada pelos profissionais de enfermagem. Desta maneira, por décadas muitos profissionais tinham por hábito institucionalizado apenas realizar as visitas dos pacientes e realizar um certo número de atendimentos ou fichas e evadirem-se do HU, estando livres para ir para o outro hospital da cidade ou atender em seus consultórios profissionais.

Indagados sobre este comportamento as respostas passam a percepção de que os médicos compreendiam que em algumas áreas como o ambulatório deveriam atuar por demanda e não por carga horária. Desta maneira, uma vez ajustado junto à chefia que seriam atendidas seis fichas, por exemplo, os profissionais atendiam as mesmas em apenas duas horas de trabalho e iam embora, ainda que restassem mais quatro horas de plantão. Por certo que havia um desajuste na conduta. Isto porque a carga horária pela qual foram contratados permitiria, logicamente, o atendimento de um número muito maior de fichas. Isto denota que os médicos acabavam não equacionando adequadamente o tempo das consultas, realizando-as em um tempo muito curto, prejudicando a assistência ao paciente e o processo de aprendizado do eventual discente que acompanhasse os procedimentos.

Este tipo de comportamento, embora fosse percebido por outros profissionais e até mesmo por alguns membros da gestão, jamais foi inibido. Havia muito corporativismo de colegas, que acobertavam as condutas, além de uma espécie de fechar os olhos de alguns gestores. Como forma de camuflar as condutas alguns destes médicos efetuavam o registro da carga horária no ponto eletrônico do hospital nas unidades onde o mesmo era cobrado. Assim, retornavam para o hospital apenas para bater o ponto. Tal conduta era realizada de forma naturalizada por alguns que em nenhum momento se escondiam, entrando pela porta da frente do hospital batendo o ponto e saindo pela mesma porta imediatamente. Há relatos, inclusive,

de profissionais que deixavam o carro na porta do HU ligado, sem sequer fechar a porta, registravam a presença e iam embora (ENTREVISTADO 05).

Para quem atuava no ambulatório uma parte de sua carga horária, foi institucionalizada a cultura que este período de atividade não necessitava nem sequer de registro. Era colocado no ponto dos profissionais a informação “ambulatório", sendo computada manualmente a carga horária sem haver registro se o profissional esteve no local ou por quanto tempo (ENTREVISTADO 01).

Esta espécie de comportamento ensejou uma série de auditorias da CGU desde o ano de 2014, onde diversos apontamentos foram feitos com relação ao cumprimento de jornada dos profissionais médicos, confusão de carga horária e insuficiência de carga horária de profissionais com vínculo médico e docente, além da deficiência da gestão no registro, acompanhamento e controle da carga horária médica. Estes procedimentos levaram, após a apuração, a que alguns profissionais tivessem de compensar carga horária faltante ou devolver valores recebidos sem a contraprestação ao hospital.

A atitude dos gestores de exigir a compensação das horas faltantes ou a devolução pecuniária causou um grande descontentamento dos profissionais médicos, além de uma forte pressão para reversão da decisão. O principal argumento da categoria era de que estariam tentando realizar um controle sobre sua autonomia profissional, limitando suas atuações. Houve ameaças de desligamento de profissionais em uma nítida demonstração de poder, colocando os gestores em uma situação extrema, uma vez que a escassez de médicos em algumas especialidades na cidade e região sempre foi um dos gargalos do HU, o que obrigava gestores a muitas vezes aceitar comportamentos notoriamente contrários à ética e moral no serviço público (ENTREVISTADO 03).

> Continuam sendo beneficiados (risos). Continuam as antigas regalias hoje mais veladas porque hoje existe a EBSERH que trouxe um novo modelo, o que é uma ofensa para eles bater ponto. O pobre do [fulano] uma vez levou um soco na cara do colega que... e até hoje o colega não fala comigo, me odeia porque eu fui testemunha do [fulano].Ele deu um soco na cara do [fulano] porque ele disse que ele tinha que bater o ponto. Pelo amor de Deus! Então hoje todo mundo bate ponto. Esse orgulho teve que ser engolido. O orgulho de bater o ponto que é um sinal de igualdade entre eles e o resto do povo. Eles são os reis, eles são os mestres, eles são os deuses. (ENTREVISTADO 05)

O olhar sobre o cumprimento de jornada pelos médicos não era exclusivo da CGU. Após denúncias realizadas junto ao MPF foi dado início a uma série de investigações por parte da Polícia Civil. Por meses policiais acompanharam, à paisana, alguns profissionais, ficando de campana na porta do hospital nos horários de entrada e saída de plantão. Constataram, assim, que alguns médicos efetuavam o registro apenas fictício de carga horária, evadindo-se do

hospital e indo trabalhar em outros lugares no horário em que estavam sendo remunerados para trabalhar no HU, atuando em seus consultórios particulares, ou até mesmo realizando atividades de lazer como frequentar academia ou almoçando em restaurantes longe do hospital, sempre com o ponto batido.

Essa operação da PF (Polícia Federal), denominada de Arquivo-X (ÁVILA, 2015), levou a uma forte intervenção no hospital, com a busca e apreensão de computadores, documentos, além da condução de funcionários e gestores para prestar depoimento. Alguns dos profissionais investigados desligaram-se do hospital. Como consequência foram abertos PAD para apuração das condutas dos funcionários e gestores e tramitam na justiça até hoje processos com a mesma finalidade.

Os graves efeitos da operação levaram a gestão do hospital a realizar um controle muito mais rígido da carga horária médica, adotando mecanismos de acompanhamento mais eficazes, além de refazer os planos de trabalho dos profissionais. Em razão da publicidade do caso houve uma quebra na resistência dos médicos com relação ao controle, fazendo com que a insurgência inicial com o argumento de ferimento de sua autonomia fosse forçadamente abandoada.

> O que a gente via mais e acalmou um pouco agora é a questão de os médicos fazer vários plantões e nem sempre estarem lá estar de corpo presente e ganhavam APH. Muitas coisas muitos benefícios. Era mais conta parte médica mesmo. [...] Como os médicos não tinham muito controle eu acho que era diferente sim. (ENTREVISTADO 04)

Nas falas dos entrevistados é possível perceber claramente a insatisfação gerada pelo comportamento diferente que as gestões adotam historicamente com os médicos, sendo chamados de regalias, privilégios e considerados em muitos momentos como injustiças (ENTREVISTADOS 04, 10, 12 e 19). *"Todo mundo se dá conta. Alguns não falam. Alguns debatem entre si. Só que para falar para eles ninguém fala alguns mais ousados falam. E ele sabem*" (ENTREVISTADO 05).

Diversas situações foram relatadas, dentro e fora das entrevistas, ilustrando os privilégios que não eram oferecidos aos demais profissionais. A título exemplificativo foi citado o caso de um médico oftalmologista que realizou concurso, já pela EBSERH, com uma carga horária de 24 horas semanais. O mencionado médico reside em Porto Alegre e não tinha intenção de residir em Rio Grande. O médico, que trabalhava naquela cidade e fazia uma pós-graduação, colocou como condição para assumir a vaga de o concurso fazer um plantão único de 24 horas e aos domingos.

Acontece que a mencionada especialidade é muito necessária no hospital. Existe um convênio com o município e é prestada assistência para crianças em idade escolar que realizam

as consultas em um caminhão oftalmológico itinerante que é adaptado para consultório e laboratório onde havendo necessidade já são produzidos os óculos e entregues às crianças, sem qualquer custo. As crianças são levadas pelos professores junto com toda a turma no horário escolar.

A contratação deste profissional com esta condição prejudicaria o atendimento deste convênio. Além disto, parte desta carga horária seria cumprida no período noturno (noite e madrugada), restando ociosa. Com efeito, o ideal seria sua divisão em dois ou três plantões, o que jamais foi aceito.

Depois de muita negociação, uma vez que este era o único aprovado no concurso para a vaga, o mesmo foi contratado, com as funções desempenhadas aos sábados, em um horário que o ambulatório do hospital não funciona. Desta maneira, além dos alunos serem levados em dia em que suas escolas estão fechadas tiveram de ser contratados profissionais de portaria e vigilância e deslocada uma auxiliar de enfermagem de outro setor para dar suporte às atividades daquele médico. "*Considero que existem regalias. No momento em que um profissional que é necessário à população ele só trabalha no sábado ou no domingo tu achas que é o quê? Acho que é porque a profissão dele exige ou acho que é para proteger o Zé Povinho? Isso sempre aconteceu e continua acontecendo*". (ENTREVISTADO 08)

Outra característica descrita dos profissionais é a grande dificuldade de relacionamento com as demais categorias que atuam lado a lado no hospital. Em muitos casos o exercício do poder rompe com a urbanidade mínima exigida entre colegas de trabalho e para a manutenção de um ambiente tranquilo e harmônico. "*Às vezes até uma intercorrência por que lidar com o médico nem sempre é muito fácil*". (ENTREVISTADO 11)

A comprovação de que não se trata de um comportamento mais ligado à índole ou educação do indivíduo e sim de que assume um caráter ligado à profissão está no fato de que o mesmo comportamento não repetido com seus pares. Ao contrário. Existe uma mudança de postura quando se analisa o relacionamento daqueles com seus colegas médicos.

A forma de tratamento de alguns profissionais com enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e outras profissões é fato gerador de conflitos, mas, sobretudo, de insatisfação por parte dos funcionários ao passo que são relatadas reclamações junto à chefia e gestores, não havendo maiores consequências. Alguns profissionais médicos e docentes são citados nominalmente por mais de um entrevistado como indivíduos que habitualmente repetem este tipo de comportamento ao longo de décadas. "*Outras profissões tipo fisioterapeuta ele nem fala com a pessoa. Só uma que ele fala. Uma fisioterapeuta mais antiga. As novas eu pelo menos não vejo ele conversar*". (ENTREVISTADO 19)

Ainda prossegue:

> Ali na minha unidade tem um médico que ele não é muito acessível. A gente não pode perguntar nada que a pessoa é sempre grosseira. Como se a gente sempre estivesse fazendo uma pergunta boba. Por exemplo, um paciente está dessaturando e a gente avisa que tem uma intercorrência. Parece que ele nunca acredita. Vocês não têm que ficar só olhando o monitor. Vocês não têm que isso...Vocês não têm que aquilo...Ele nunca acredita no que a gente fala. Aí a enfermeira tem que mostrar que a criança tá até com a coloração da pele diferente. Que ela tá mais roxinha para ele ver que realmente tá acontecendo. E quando chama, ele vai de mau humor, fazendo cara feia e bufando. É horrível de falar, mas infelizmente a aceitação desses médicos com a equipe que entrou foi bem difícil. Uma vez teve uma menina que foi chamar ele e ele disse: tu és chata para caramba! Ele não falou caramba. Ele falou um palavrão. Ela saiu apavorada porque era o início dela também. (ENTREVISTADO 19)

Este tipo conduta influencia, muitas vezes, o comportamento dos novos profissionais em formação, sendo em alguns casos replicados por estudantes e residentes. Interessante ponto é trazido a partir das entrevistas ao ser afirmado que alguns destes estudantes já chegam no hospital com este tipo de comportamento, denotando que é transmitida esta visão e cultura em sua formação, e que em alguns casos são forçados a mudar de postura por seus professores ou preceptores.

> A gente teve cadeiras de ética e de humanização, mas acho que voltado apenas ao paciente. Nada focado específico em uma disciplina de equipe. Só um exemplo que a professora dava no meio da aula e às vezes era mais para o lado negativo de que pelo lado positivo. A gente já chegava perto do médico com medo de falar, com medo de pensar, de se aproximar das pessoas. Mas dependendo da pessoa a gente consegue se aproximar muito bem. (ENTREVISTADO 19)

Uma das características da categoria é a grande resistência imposta para qualquer espécie de intervenção, seja na organização do trabalho, seja em situações habituais e de rotina do hospital quando vindas de profissionais de outras áreas, principalmente da área administrativa. Há diversos relatos de tentativas de boicote, por exemplo, em intervenções em obras que necessitavam ser realizadas no centro cirúrgico, nos alojamentos de descanso e UTIs (ENTREVISTADO 09). Mesmo estando ciente da necessidade das obras, tendo participado do projeto no momento do início daquelas, com os profissionais do lado de fora esperando para iniciar o trabalho, eram criados empecilhos de última hora para brecar os serviços. Nestes casos foi necessário deslocar gestores para conversar com os profissionais, negociar e ajustar a forma de execução.

> A gente não pode generalizar, mas os médicos são uma classe difícil de lidar. Te confesso que eu tive que criar alguns meios e às vezes não tão políticos de me fazer escutar. São vícios que se adquirem durante o tempo e também não querem escutar porque tem outros interesses paralelos, entendeu? Uma coisa que eu aprendi é que pra conseguir fazer tinha que comprometer aquelas pessoas se eles não quisessem e daí desse algo errado. Tu estavas pedindo uma determinada coisa e queria a parceria deles. E aí mostrava se vocês não concordarem pode acontecer tal e tal coisa. Teve o episódio da troca dos cilindros de oxigênio do centro cirúrgico. Estava tudo ajustado. Na hora do serviço eles disseram: Então vamos cancelar por dois dias todas as cirurgias1Cirurgias eletivas, mas também cirurgias de emergência. E não se brinca

> com isso. Não são todos, mas a classe médica e eu tenho um irmão que é médico e eu tenho o maior orgulho dele, e tem vários médicos que eu conheço que eu considero, mas na classe médica solidariedade e amor ao próximo em alguns casos é difícil. (ENTREVISTADO 09)

Um fato muito preocupante e que demonstra a exarcebação do poder e da influência de alguns profissionais e que demonstra o sentimento de impunidade de alguns é o hábito de continuar cobrando por procedimentos realizados dentro do hospital ou internando seus pacientes particulares no hospital, mesmo o HU/FURG sendo um hospital 100% SUS desde 2011. Como já descrito em capítulo que trata da história do HU o hospital passou por vários momentos desde a sua criação, sendo inicialmente um serviço que atendia indigentes - na época anterior à criação do SUS – depois foram criadas alas de atendimento particular e de convênios, coexistindo com o atendimento SUS. No entanto, em 2011 o HU aderiu ao REHUF e uma das condições do Programa era da integralidade do atendimento pelo Sistema Único de Saúde.

Acontece que mesmo no período em que eram atendidos no hospital indigentes alguns profissionais cobravam por procedimentos, de forma totalmente irregular e acredita-se pelos relatos que sem conhecimento oficial da gestão. Em alguns serviços do hospital há rumores de que profissionais atendiam os pacientes em seus consultórios particulares e faziam as cirurgias e as internações pelo SUS. Para tanto, eram cobrados valores menores destes pacientes para fazer uso das instalações públicas. Havia, inclusive, uma equipe de profissionais, residentes e até mesmos trabalhadores contratados de forma particular por alguns médicos e professores que prestavam atendimento exclusivo para estes pacientes vindos dos consultórios. Um atendimento diferenciado e apartado dos demais pacientes internados pelo SUS.

Trata-se de um tema rumoroso, que muitos dos entrevistados abordaram sem entrar em nomes e especialidades, sem querer se comprometer e com muito receio de sofrer represálias, motivo pelo qual solicitaram que não fizesse parte da entrevista, motivo pelo qual não foram transcritas.

Apenas uma fala abordou o tema e ilustrou com um caso que presenciou antes da criação do SUS:

> Eu não esperava passar por tanta dor e tanta miséria. A miséria humana é a pior das misérias. Ser pobre e doente nesse país é muito triste. Desde o primeiro momento eu me deparei com este paradoxo. Não existia o SUS. Era indigência. Nós atendemos com a falta de tudo e do outro muitas vezes um sujeito ganancioso que cobrava R$ 20,00 para fazer um procedimento bobo. Para mim bobo. E eu de mãos atadas, não pude fazer nada. (ENTREVISTADO 05)

Passaremos a abordar a partir de agora o modelo de organização do trabalho que a EBSERH buscava implementar em suas filiais e a busca pela desinstitucionalização das práticas de organização do trabalho nos HU.

4.6 O MODELO DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EBSERH E A TENTATIVA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE HÁBITOS, PRÁTICAS E ROTINAS NO HU/FURG

O diagnóstico dos gestores dos hospitais universitários, das IFES e do MEC era de que o regime jurídico único não se mostrou adequado para realizar a gestão dos profissionais de saúde dos HU. Havia em suas percepções um hiato de mecanismos que possibilitassem a gestão dos grupos de trabalho assim como de ferramentas de desempenho para garantir controle e conferir eficiência.

Ao longo dos anos as Universidades e o governo federal buscaram alternativas para a solução dos problemas dos hospitais de ensino e universitários. No entanto, verifica-se que a grande maioria delas dizia respeito a formas de viabilizar seus funcionamentos, passando ao largo de intervenções no modelo de gestão das organizações.

> A verdade é que os hospitais nunca tiveram uma organização que pudesse ser efetiva., que tivesse eficiência e eficácia no atendimento à população. Por isso foram feitas várias questões. A reforma sanitária, a LOA para tentar organizar os hospitais. A gente tinha de um lado as Santas Casas que tinham um controle muito grande por causa da religião, das freiras. E tinham os hospitais públicos. Essa questão do público também gerava e às vezes gera uma coisa que as pessoas não botam para fora, mas que pensam de que o público não presta. Ah é um hospital público! Presta um serviço deficiente! Funcionários públicos não prestam! Tinha a questão do SUS que estava nascendo. Estava nascendo dentro dos hospitais, mas ele não encontrava uma solução rápida para sanear a questão das pessoas. Essa questão do público do SUS durante muito tempo foram feitas alterações estruturais para tentar mudar essa realidade. (ENTREVISTADO 03)

Neste sentido, como forma de suprir carências em recursos humanos, infraestrutura e investimentos foram adotadas medidas que impactaram negativamente na gestão financeira e na organização do trabalho dos hospitais como a criação das fundações de apoio. As fundações possuíam um duplo papel. Um deles foi amplamente satisfatório no sentido de dar suporte aos processos administrativo-financeiros dos HU com a inserção de pessoal específico para estas tarefas, algo que as Universidades não possuíam a oferecer. O segundo, no entanto, foi algo paliativo, que se arrastou por mais tempo do que o desejado e esperado, gerando uma série de conflitos, desgaste político e contribuindo para um ambiente pouco propício a mudanças, efervescente, de grande resistência e altamente institucionalizado.

A contratação de pessoal pelas fundações jamais resolveu os problemas mais profundos do hospital. O caráter precário delas contribuiu para o clima de instabilidade do meio. Gerava tensões com o grupo de servidores da Universidade e disputas de interesses. Ainda, pode ser apontado como algo que trazia para o ambiente do hospital um caráter informal, um ambiente contaminado por vícios e permissibilidades que não são esperados em um órgão público.

Era muito comum a contratação de várias pessoas da mesma família pela FAHERG. Às vezes três, quatro, cinco pessoas, atuando nas mais diversas áreas e setores. Esse ambiente familiar era mais um elemento dificultador de gestão, trazendo um ar amador e criando embaraços na hora de se fazer um desligamento de algum trabalhador que não estivesse alinhado com o que era esperado. Isto porque sempre existia algum funcionário que trabalhava na direção da fundação que possuía algum laço de parentesco com os trabalhadores da área assistencial, administrativa, além de indicações para as empresas terceirizadas, portaria, higienização, vigilância, dentre outras (ENTREVISTADO 03).

Além disso deve ser ressaltado que os quase quinhentos trabalhadores que a FAHERG chegou a possuir fez crescer o déficit financeiro da fundação. Esta situação chegou ao momento crítico de seus diretores terem de retirar empréstimos com garantias pessoais para cobrir valores necessários para o pagamento da folha, décimo terceiro e férias (ENTREVISTADO 15).

A possibilidade de atendimento de convênios e pacientes particulares igualmente não auxiliou e até agravou uma série de outros problemas do hospital. O objetivo da medida era a obtenção de recursos, com uma fonte de financiamento complementar ao SUS, para investimento no hospital. Isto se justificava porque, na década de 1990, em razão do modelo implementado pelo governo federal que estrangulou as Universidades com escassez de recursos humanos e investimentos, os hospitais não conseguiam mais se sustentar com os recursos obtidos junto ao SUS. É histórico o subfinanciamento pela remuneração inferior, em muitos serviços e procedimentos, da tabela do SUS.

Todavia, com esta medida foram criadas duas realidades muito distintas no mesmo hospital. Instalações privilegiadas, profissionais com dedicação exclusiva, insumos e equipamentos próprios, diferença do quantitativo da força de trabalho (profissionais por leito) e principalmente forma de tratamento e relacionamento entre profissional e pacientes distinta entre as alas privadas e pública são algumas delas (ENTREVISTADOS 05, 10 e 13).

Tal situação gerava distorções nos processos assistenciais e de ensino, além de abrir margem para comportamentos inapropriados para o serviço público. O serviço de traumatologia, por exemplo, construiu e ampliou suas instalações com recursos próprios de docentes e médicos que ali atuavam. Nele eram contratados, de forma particular pela equipe, profissionais para cuidar de órteses e próteses, faturamento e contabilidade dos serviços prestados. Nestas instalações construídas pelos próprios profissionais haviam salas, armários e arquivos que a direção do hospital não possuía chave e, portanto, nenhum controle (ENTREVISTADO 05).

A forma com que era gerido este serviço assim como outros do hospital naquele momento causava uma grande confusão entre o público e o privado. Uma mistura que, se mal administrada, pode causar grandes distorções e abrir espaço para graves problemas de gestão.

Ainda, poder ressaltado que este fato propiciava a formação de arranjos entre os agentes com relação à organização do trabalho. A confusão entre o que era público e o privado dificultava uma distinção do que era do hospital e o que havia sido adquirido pelos profissionais. O sentimento de posse ou propriedade pode ter levado médicos e docentes a imprimir uma série de hábitos, rotinas e práticas sem qualquer espécie de controle organizativo por parte da gestão. Existia uma nítida impressão de que aquele setor, prédio e serviço possuíam donos e quem é dono pode fazer o que bem entende do que lhe pertence.

Não há como concluir que a gestão do hospital tenha de solicitar autorização para ter ciência sobre dados e indicadores de serviço, marcação de cirurgias, procedimentos realizados demonstra a total ausência de controle sobre o que ali era produzido, não podendo imprimir suas políticas.

Como consequência há de se concluir, também, que mesmo após o encerramento das atividades de convênio e particulares após o hospital passar a ser 100% SUS, que houve uma dificuldade de adaptação destes serviços com práticas institucionalizadas para trabalhar em uma realidade distinta a que estavam habituados. Não era mais possível captar pacientes livremente trazendo-os de seus consultórios particulares para realizar cirurgias no hospital. Seria necessário que este paciente entrasse em uma fila de espera do SUS, aguardando muitas vezes longos períodos para ser atendido.

Com o fechamento dos serviços de convênio e particulares no HU/FURG restou apenas um hospital particular na cidade, no entanto, alguns dos profissionais destes setores não atuavam na Santa Casa. Serviços como a maternidade e gineco-obstetrícia também foram bastante impactados, ao passo que muitas pacientes da cidade com recursos utilizavam o HU para ter seus bebês. Como a ASCM não conseguia dar conta desta demanda particular muitas das parturientes passaram a procurar a rede privada de Pelotas (ENTREVISTADO 10).

Como já apontado no capítulo anterior alguns destes serviços não conseguiram se desvincular da forma anterior de atuação, existindo relatos de captação de pacientes particulares para atendimento no SUS, com a fura da fila de espera para cirurgias, cobrança por procedimentos, além de outros comportamentos escusos e incompatíveis com o serviço público (ENTREVISTADO 05).

Outra medida adotada pelo Governo Federal como forma de tentar solucionar alguns dos problemas dos HU foi a criação de um programa de reestruturação dos hospitais

universitários. Acontece que que o REHUF era voltado apenas para questões de infraestrutura, insumos e orçamentários. Não havia qualquer viés ou preocupação com a gestão das instituições de ensino hospitalares nem com a reposição de pessoal.

Tratava-se da fórmula simplista de injeção de recursos nos hospitais mediante o preenchimento de uma série de requisitos no aguardo de que como em um passe de mágica tudo se resolvesse. Mais uma vez não foi assim que aconteceu. Não chegaram pessoas e também os recursos passaram a chegar em uma velocidade e valores muito inferiores aos necessários para a manutenção dos hospitais (ENTREVISTADO 03).

Uma última frente que pode ser abordada de iniciativas governamentais que buscaram viabilizar o funcionamento dos hospitais foi a disponibilização de vagas para contratação de profissionais via RJU.

Desde 1994 o governo federal vinha liberando vagas de cargos da área assistencial para contratação pelas Universidades e utilização nos HU. A liberação de vagas ocorreu em um volume maior nos primeiros anos, principalmente até 2003, e depois teve uma drástica redução, apenas com reposições de perdas por aposentadoria e desligamentos. No entanto, a pura e simples liberação de vagas foi mais uma medida que não contribuiu para a melhoria na forma de gestão dos recursos humanos dos hospitais.

Nenhuma das medidas listadas contribuiu para diminuir algum dos fatores listados pelos entrevistados como problemas do modelo de gestão dos hospitais e que impactavam na organização do trabalho dos HU: assimetria de poder de algumas categorias profissionais, distanciamento da Universidade da gestão do HU, lacunas na legislação do RJU, atuação sindical, corporativismo de algumas categorias e baixos investimentos em infraestrutura e em recursos humanos.

A postura da Universidade em se afastar do hospital não apenas abre espaço para o usufruto de poderes desmedidos pelos grupos privilegiados. Esta permissibilidade aumenta o descontentamento por parte dos demais trabalhadores e leva à construção de novos arranjos por parte dos trabalhadores no intuito de se fortalecer e buscar novos espaços. Este afastamento é percebido desde a ausência de uma participação efetiva na gestão do hospital, assim como do estabelecimento de políticas voltadas aos trabalhadores do hospital e uma maior integração com o restante da Universidade.

> Na verdade, a gente tem que se dirigir à PROGEP. [...] A PROGEP está lá e o HU está aqui. O que eu acho é que a PROGEP deveria estar aqui dentro. A gestão de pessoas tinha que estar aqui dentro com a gente. Eu acho que eles não têm ideia de como é o hospital. A gestão tinha que ver na prática, tinha que estar aqui dentro. Lei é lei. A lei do RJU é diferente do CLT, mas tu tens que brigar. (ENTREVISTADO 06)

A forte atuação do sindicato no hospital trata-se de uma tentativa das categorias desprestigiadas à perda de espaço assim como a pouca visibilidade dos trabalhadores do HU pela Universidade. Um hospital universitário é o local propício para que organizações sindicais ganhem força diante de uma série de conflitos de relacionamento, assimetria de poder e desrespeito a uma série de normas e procedimentos que cercam os profissionais de saúde.

A atuação do sindicato, por sua vez, aumenta a resistência à mudança por parte dos trabalhadores e os coloca em rota de choque com a EBSERH, sendo percebidos boicotes e havendo pouco adesão dos trabalhadores RJU às proposições da empresa com relação ao gerenciamento de pessoal e organização do trabalho.

O corporativismo médico é uma consequência da assimetria de poder da profissão e uma busca por proteção dos colegas de proteção frente a possíveis ataques recebidos de outras categorias assim como de privilégios adquiridos ao longo de décadas. Trata-se, assim, de mais um mecanismo de salvaguarda e manutenção do status quo, como já visto anteriormente.

Por derradeiro, o déficit de pessoal e escassez de investimentos em infraestrutura do hospital são fatores de desgaste, sobrecarga de trabalho e desmotivação para o trabalho pelo não oferecimento de condições adequadas para o desempenho das funções. Todas elas levam os trabalhadores a ter uma menor adesão às propostas da direção do hospital, menor engajamento, baixa produtividade, dentre outros fatores. Cobrar melhor desempenho de um profissional que está a noite toda acordado em um plantão de um setor crítico como a emergência ou a maternidade – que atuam grande parte do tempo acima de sua capacidade de leitos – e no momento de seu horário de descanso tem oferecido apenas um colchão colocado no chão de uma enfermaria (ENTREVISTADO 01) é algo citado como um dificultador da gestão dos profissionais em seu ambiente de trabalho.

A proposta de criação da EBSERH estava envolta em muita desconfiança e diversas críticas, principalmente por parte dos trabalhadores. Os principais questionamentos destes se referiam a aspectos relacionados a uma possibilidade de futura privatização dos HU, assim como da implementação de um modelo de gestão de instituições privadas nos hospitais, o que entraria em rota de colisão com o regime jurídico único.

Todavia, na visão dos gestores dos hospitais e de muitas Universidades mais do que a melhor solução para os hospitais a EBSERH tratava-se da única oportunidade de salvação dos HU. Não existiam mais alternativas para aquelas organizações hospitalares de ensino. O governo federal desde a criação da empresa não liberava sequer vagas para reposição das perdas de pessoal ocorridas (ENTREVISTADO 03). O governo, ainda, vinculou o REHUF à adesão à

EBSERH. Apenas os hospitais que aderissem à empresa continuariam recebendo recursos necessários para sua manutenção, tanto de custeio como de capital (ENTREVISTADO 15).

Até mesmo as Universidades com visões politicas contrárias e que resistiram o máximo possível à adesão tiveram de alterar seus discursos e baixar a guarda. Esta situação, no entanto, piorou ainda mais o cenário devido não apenas ao agravamento do cenário econômico-financeiro dos hospitais e suas fundações como também das perdas de recursos humanos, além de uma forte oposição por parte dos trabalhadores à empresa.

As últimas universidades a aderirem à EBSERH foram as que se encontravam em pior situação. “Boi lerdo bebe água suja” (ENTREVISTADO 03). Ainda, pode ser apontado que seria quase impossível que os gestores que não estavam pessoalmente convencidos de que a adesão à empresa fosse o ideal conseguiriam pacificar os ânimos dos trabalhadores e sindicatos e alcançar o engajamento necessário para dar início ao processo de mudança no modelo de gestão dos HU. Esse foi o caso do HU/FURG.

> Era uma coisa bastante negativa a minha visão porque eu achava que a Universidade deveria ter uma mudança de modelo de gestão e uma forma de ver a gestão diferente. Depois eu acabei entendendo que sem pessoal não consigo nem pensar em modelo de gestão. Mas por que a Universidade não poderia ampliar o seu quadro para criar um modelo que realmente funcionasse e fazer com que as pessoas tivessem um comprometimento maior? Por que a área administrativo-financeira não estava dentro do hospital para ter um olhar diferente e não aquela separação onde tem que ir lá no Ciclano (PROPLAD) ou lá na PROGEP. Ter todas as profissões da área lá dentro. Pensar em redução de custos, em aplicação de recursos nos lugares mais convenientes, ter um ambiente mais saudável. Então eu tinha uma resistência de pensar a EBSERH porque no fundo eu achava que poderia ser uma privatização. [...] Então eu tinha esse receio e eu acho que a maioria das pessoas também tinham. Acredito que essa era a percepção da maioria das pessoas da academia. (ENTREVISTADO 12)

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares foi a solução criada pelo governo federal no intuito de resolver os maiores gargalos dos HU: déficit de pessoal, subfinanciamento, problemas de infraestrutura, pouca estrutura de gestão, modelo de gestão administrativa e de recursos humanos ineficientes. Pela primeira vez em décadas o governo federal havia buscado resolver os problemas diagnosticados em conjunto, e não apenas com medidas paliativas e individualmente. Era a primeira vez, também, que os problemas de gerencialmente eram enfrentados. Nenhuma das medidas anteriores estava voltada para este enfoque.

Diversas comissões foram montadas ao longo dos anos como forma de melhor compreender os maiores problemas dos HU. Delas faziam parte representantes de alguns hospitais que apontavam a imensa dificuldade para gestão das equipes, relacionamento pessoal, descumprimento da legislação e falta de comprometimento das equipes. No entanto, a maior dificuldade apontada era a falta de mecanismos para intervenção por parte da gestão junto às

equipes de trabalho, frente às lacunas do RJU para tratar de questões referentes à organização do trabalho nos hospitais.

O governo adotou como paradigma de um modelo de gestão hospitalar e de processos assistenciais o adotado pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), reconhecido nacionalmente como um caso de sucesso dentre os hospitais públicos com características de ensino. O HCPA é ligado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no entanto, possui uma estrutura diferente dos demais hospitais universitários ligados às outras Universidades Federais no Estado do Rio Grande do Sul. Ele é o único constituído sob a perspectiva de uma personalidade jurídica de direito privado desde a sua criação, com a contratação de pessoal pelo vínculo celetista.

O HCPA foi dotado, também, de uma estrutura de gestão diferenciada, com diversas estratificações nos níveis assistenciais, voltados ao ensino e à pesquisa assim como em sua gestão administrativa. A preocupação com a gestão sempre foi um diferencial do hospital. O controle e o respeito aos protocolos e à hierarquia são outras de suas marcas, sendo um espelho para as demais instituições. Outro traço marcante do hospital era o diálogo harmônico entre o tripé assistência, ensino e pesquisa. A marca de se tratar de hospital universitário sempre esteve em seu DNA. A formação discente sempre foi uma prioridade da instituição assim como a busca pela inovação em pesquisa de ponta.

As características antes mencionadas permitiam ao HCPA possuir um diferencial frente aos demais HU federais, motivo pelo qual o governo federal decidiu copiar seu modelo de gestão. Assim, nasceu a EBSERH, uma empresa pública federal de personalidade jurídica de direito público responsável pela gestão de recursos humanos e financeiros junto aos hospitais universitários federais. A empresa nasce com esta dupla função, assim como de propiciar aos HU um modelo de gestão que permitisse a gestão da organização do trabalho nas filiais, assim como ferramentas modernas de melhoria de processos, com o objetivo de qualificar a assistência e o ensino.

O modelo que a EBSERH pretendia que o hospital fosse visto como um todo, dando cabo de suas demandas sem a necessidade de auxílio das Universidades. Isto ia ao encontro da visão de muitos reitores que viam os HU como um grande problema de gestão para as IFES devido às graves dificuldades financeiras para a manutenção da estrutura de um hospital de ensino, o grande déficit histórico de pessoal além da série de conflitos de relacionamento do grupo de trabalho, resultado da complexidade dessas organizações.

Os autogovernos, a pouca participação da Universidade no auxílio à resolução dos problemas dos hospitais, assim como a institucionalização de hábitos, práticas e rotinas pelos profissionais eram alguns dos óbices para o gerenciamento dos hospitais.

Eles geram uma consequência nefasta para a organização dos serviços em um hospital, qual seja, a ausência de padronização e rotinas estabelecidas nos serviços. Para boa parte dos gestores apenas um modelo de gestão que oferecesse mais mecanismos de controle e gerenciamento de pessoal seria capaz de possibilitar aos administradores dos hospitais a melhoria de processos e uma atuação mais efetiva diante dos problemas de organização do trabalho dos HU.

Como não existia uma atuação presente da gestão a direção não conseguia construir protocolos de trabalho. Desta maneira, cada trabalhador agia da maneira que considerava correta, cada unidade tinha suas próprias rotinas. Existiam situações extremas, inclusive, de dentro da mesma unidade haver diferenças na forma de atuar e de organizar dependendo do turno. Desta forma, o turno da manhã cumpria as tarefas de uma forma, o turno da tarde de uma segunda e o turno da noite de uma terceira. "*Quando eu entrei no hospital cada enfermeiro da unidade fazia as atividades de acordo com o enfermeiro do turno. Então o enfermeiro do turno o que ele achava é o que era feito. Mais ou menos como está sendo feito agora*". (ENTREVISTADO 01)

O mesmo entrevistado reforça que este era um comportamento que não era exclusivo da enfermagem, sendo replicado nos demais setores do hospital. Aponta que aos poucos foi dado início a um trabalho de padronização e criação de protocolos e rotinas para implementação no hospital como um todo, mas que esse era um trabalho muito difícil em razão da forte institucionalização da forma anterior de organizar o trabalho.

> Quando eu entrei em termos de organização administrativa, por exemplo, eu não tinha nenhum dado de nada. Isso em termos de organização das unidades, planejamento das atividades. Faltavam as normas. As rotinas também não tinham. Isso era feito como era feito ao longo do tempo. então há 10 anos era feita dessa forma e continuava sendo feito dessa forma. e aí a gente foi aos poucos modificando isso implementando outras normas outras rotinas e aprimorando as coisas que já eram feitas dentro do hospital. (ENTREVISTADO 01)

O discurso de muitos trabalhadores em resistir a qualquer forma de intervenção ou mudança era no sentimento de que as coisas sempre foram feitas daquela forma e não havia porque ser alteradas. "*Vou voltar de novo naquela história do sempre foi assim, sempre deu certo assim. Eu vejo muito isso no quadro da FURG em todas as áreas: nutrição, enfermagem, área médica*" (ENTREVISTADO 09).

Conforme descrito pelos entrevistados, à medida que os hábitos iam sendo institucionalizados ia decaindo o engajamento do grupo, os profissionais deixavam de ter a mesma presteza e na visão de alguns até o mesmo comprometimento. Isto impactava tanto a forma de atuar que um dos entrevistados tomou a decisão à época de pedir demissão do HU porque também passou a ser afetada na sua maneira de trabalhar, não se considerando mais uma boa profissional.

> Eu trabalhei seis anos na clínica médica como enfermeira e aí me desgostei. Comecei a pensar que uma andorinha só não faz verão. Comecei a ficar chateada que tinha se perdido muito daquilo que a gente imaginava como trabalho. Na época o diretor era o [z], o cirurgião, e ele foi atrás de mim. Ele me falou que eu fazia um bom trabalho e eu disse que sabia que fazia um bom trabalho, mas que eu não era mais a mesma e que queria sair antes que eu deixasse de ser uma boa enfermeira. Eu estava sentindo que eu estava me largando, me desleixando. Eu pedi demissão e não tinha nenhum emprego em vista. (ENTREVISTADO 10)

Uma das causas que contribuíram para este sentimento dos trabalhadores de aparente perda de comprometimento e diminuição da qualidade dos serviços prestados na visão de alguns entrevistados foi o momento da troca de vínculo de alguns profissionais da FAHERG para a FURG. O sentimento de que não poderiam mais ser demitidos a qualquer momento, não convivendo com as constantes ameaças vividas ao tempo da fundação, o poder da categoria cada vez maior e o espaço que era conquistado junto à direção do hospital e gestão da Universidade, assim como estabilidade no emprego. "*Infelizmente foi uma conclusão que se chegou. Com a FURG é impossível fazer uma reunião de trabalho, a passagem de plantão. [...] Depois do concurso começou: Ah eu vou sair! Ah porque tem que bater o ponto! Ah porque vai ter hora extra! Se eu não ganho hora extra não faço isso. Mudou*". (ENTREVISTADO 12)

Esta mudança de comportamento faz surgir o sentimento de propriedade sobre o local de trabalho, sobre os seus fazeres. Não são raros os relatos, sejam de entrevistados contratados pela EBSERH como também dos próprios entrevistados vinculados à FURG, de que estes se sentem donos do hospital e, como consequência, sentem que podem fazer o que bem entendem.

Era o caso da unidade onde a principal líder sindical do hospital com vínculo RJU atuava. O poder daquele grupo e os arranjos de organização do trabalho formados passavam por cima de qualquer decisão da chefia e da direção. Não apenas faziam o que queriam como impediam que trabalhadores EBSERH fossem para a unidade, e se isso acontecesse transformavam o ambiente de trabalho tão difícil que aquela pessoa preferia sair.

> Qual o problema da Clínica Cirúrgica que só tinha funcionários FURG? Não parava ninguém lá. Falava para fulano que ele ia ser removido e ele não saía de lá de jeito nenhum. Eles são os donos da unidade. [...]Aí não parava ninguém lá. Não parava enfermeiro, não parava de outros cargos também da EBSERH. Era guerra. Queria que alguém pedisse exoneração era mandar para a Cirúrgica. Eles faziam o que queriam.

> Dividiam como queriam. Quando chegava uma pessoa nova sobrecarregavam ela. (ENTREVISTADO 11)

Realizar uma mudança organizacional não é algo simples, pois diversos elementos impactam no sucesso ou insucesso da alteração pretendida. Um destes desses elementos é a cultura institucionalizada na organização. Isto pode ser explicado por uma evidência encontrada nos relatos dos entrevistados. Segundo estes, os mesmos profissionais que atuavam no HU de uma maneira quando trabalhavam em outros hospitais, sobretudo particulares, possuindo um comportamento muito diferente no HU. "*Eu notava que às vezes era até no chamar. se era de 1 vinha de um jeito de outro era de outra forma*. (ENTREVISTADO 13)

> A única coisa que eu senti mesmo bem diferente é que como eu fiquei um bom tempo trabalhando nos dois hospitais o profissional que eu trabalhava lá, os médicos de lá, se posicionavam lá de uma forma diferente daqui. Lá eles não davam nem bom dia. Aqui eles tomavam café de tarde com a gente. Os mesmos profissionais. (ENTREVISTADO 18)

Na mesma linha o descrito na entrevista 08:

> Tem muitas pessoas que tem muita resistência ao novo. Se eu fiz sempre desse jeito até agora e deu certo porque que eu vou mudar? [...] Quando eu cheguei para trabalhar e tentei trazer alguns hábitos da Santa Casa eu vi que aquilo incomodava. [...] Nossa, tu queres inventar serviço! Esse tipo de coisa eu acho que sempre existiu. se não estiver tudo em protocolos o novo é impactante. E para mudar isso tem que ser de cima para baixo. Não adianta que eu auxiliar de enfermagem queria mudar uma coisa. (ENTREVISTADO 08)

Tal fato demonstra o quanto a cultura e as condições do ambiente podem influenciar os indivíduos. O mesmo se dá de forma inversa. Se é possível que um profissional cumpra determinadas normas, rotinas e desempenho em um hospital em tese nada impediria que este mesmo profissional tenha comportamento e conduta semelhantes em uma outra organização.

Conforme a poeira das disputas em torno da adesão à EBSERH foi baixando, trabalhadores e opositores da vinda da empresa começaram a perceber algumas características capazes de melhorar o dia a dia dos HU, diminuindo um pouco da resistência existente. *"Era muito falado a questão de organização e manter as atividades unificadas dentro de todos os hospitais do Brasil. Eu achava uma proposta interessante desde que realmente fosse a proposta que estava sendo divulgada"* (ENTREVISTADO 01). Na mesma entrevista ainda prossegue dizendo que "*depois com o tempo a gente foi descobrindo realmente o que era qual era a proposta da empresa realmente e tudo mais*" (ENTREVISTADO 01).

> Como passar do tempo as coisas foram mudando. No momento que vem a empresa eu começo a enxergar melhor. Isso passa uma confiança e o modelo em si eu acho muito bom. O trabalho integrado entre as equipes e a possibilidade de juntar a área administrativo-financeira com assistencial ajuda muito. Dá para pensar a assistência e o cuidado coletivamente e em equipe. (ENTREVISTADO 12)

A expectativa criada entre os profissionais que atuavam na gestão era elevada. Primeiro pela promessa da chegada de um número elevado de profissionais, não apenas para substituir os funcionários da FAHERG, como também para atender o dimensionamento realizado pela EBSERH (ENTREVISTADO 01). Depois pela estrutura de gestão que o hospital teria a sua disposição, em todas as áreas de atuação. Por fim, havia muita esperança depositada no modelo de organização do trabalho estabelecido pela empresa, inspirado no HCPA, com diversas normas e regulamentos que auxiliariam os gestores em suas tarefas.

Diversas melhorias foram promovidas na visão dos entrevistados: Uma melhor organização do trabalho em razão do quantitativo maior de profissionais (ENTREVISTADO 02), capacitações e treinamentos dos funcionários (ENTREVISTADO 02), maior participação e de profissionais mais capacitados de todas as áreas na gestão (ENTREVISTADO 02), qualificação da estrutura de gestão com um maior número de cargos. (ENTREVISTADO 02) e criação de serviços na área administrativa que não eram realizados antes (ENTREVISTADO 05).

> Eu me fascinei. Ia ao encontro de muitas coisas que eu pensava que era a organização racional do trabalho. Existia esta mentalidade da racionalização do trabalho, da questão da modernização do trabalho e da questão científica do trabalho. Então aquilo que eu ensinava para os meus alunos: Vamos fazer um cálculo de pessoal? Eles tinham uma fórmula científica. (ENTREVISTADO 03)

O aumento do número de profissionais atuando no hospital após o término das contratações do concurso, sobretudo pela oferta de especialistas em áreas que o hospital antes não dispunha foi um ponto de grande melhoria para a qualificação do atendimento à população e dos estudantes (ENTREVISTADODO 06).

A entrada de um número maior de generalistas permitiu, igualmente, que os profissionais RJU com especialidades que antes atuavam fora de suas áreas em virtude da escassez de pessoal pudessem, também, exercer suas atividades em suas áreas específicas, dando mais fôlego para as escalas (ENTREVISTADO 07).

Conforme os entrevistados antes do ingresso da EBSERH os médicos RJU quando eram contratados eram colocados sempre no setor de urgência e emergência, independentemente de sua qualificação ou formação como especialista. A mudança para outras áreas ocorria apenas depois de alguns anos e mediante a existência de vaga, principalmente para atendimento ambulatorial, o que gerava uma série de desconfortos e conflitos quando, por ventura, existia alguma espécie de furo de fila (ENTREVISTADO 07).

Sobre a qualificação da gestão de mencionar o relato contido na entrevista 10:

> Com a EBSERH o que mudou muito foi a estrutura. Coisas que a gente nunca teve na vida. Para nós ficou muito mais fácil. Para a equipe que tá dentro, para as pessoas que

> trabalham na assistência ficou mais facilitado, pois não precisa te envolver tanto com algumas coisas. Existem outros profissionais para te ajudar. Nunca na vida teríamos um engenheiro clínico, administradores para ajudar, os setores todos que abriram, a administração como um todo. A gestão antes tinha só três diretores. Várias pessoas para distribuir e compartilhar e para o trabalho não ficar só nas costas de um. Um setor de logística, almoxarifado muito mais organizado. As equipes dos laboratórios e todas as outras pessoas. A equipe para mim foi muito gritante.

Uma das medidas adotadas pela gestão do hospital assim que recebeu número suficiente de profissionais na área de enfermagem foi criar uma unidade modelo do padrão esperado de atendimento e qualidade pensado a partir dos protocolos desenvolvidos pela EBSERH. Para isto foi escolhida para esta tarefa a unidade de internação da Clínica Médica, a maior unidade em termos de leitos e profissionais do HU/FURG.

A UCM historicamente era considerada uma das unidades mais difíceis de trabalhar no hospital devido ao grande número de leitos, uma grande interface com a academia (professores, graduandos e residentes) assim como o perfil dos pacientes em tratamento (ENTREVISTADO 10). O HU/FURG é referência para tratamento de HIV-AIDS. Estes pacientes costumam ter histórico de longa permanência, exigindo uma grande dedicação devido ao estado debilitado de suas saúdes, agravados por fatores sociais e outras comorbidades (ENTREVISTADO 11). Na UCM são tratados, igualmente, pacientes de com comorbidades como tuberculose e diabetes, que igualmente demandam atendimento prolongado. Muitas são as críticas da unidade por parte dos trabalhadores, que cobram a ausência de estrutura adequada para os profissionais (enfermarias e locais de descanso).

Todos estes fatos tornaram a UCM um local onde os profissionais evitam trabalhar, existindo uma grande rotatividade (ENTREVISTADO 01). Diversos conflitos surgiam em razão dos problemas citados, existindo uma baixa adesão dos trabalhadores da unidade às tentativas de protocolos e rotinas. Havia um alto grau de institucionalização de hábitos e práticas pelos profissionais.

Presente, também, uma forte resistência por parte do grupo sobre qualquer iniciativa vinda da gestão (ENTREVISTADO 01). Por tudo isto a gestão do hospital entendeu que seria muito difícil conseguir criar uma unidade voltada para a qualidade, que buscasse eficiência e resultados e respeitasse rotinas e protocolos com o grupo que ali já atuava. Desta forma, foi tomada uma medida extrema. A UCM foi totalmente remodelada. Foram retirados todos os trabalhadores com vínculo FAHERG e FURG na área de enfermagem, sendo lotados apenas trabalhadores EBSERH (ENTREVISTADO 11).

> Depois que entrou a EBSERH piorou mais ainda. Muitos desses enfermeiros diziam que iam só cumprir seu horário. Como eu já vinha vendo há algum tempo eles estavam com um comportamento tão enraizado com relação ao paciente que era ineficiente. A gente tem um setor do hospital que é a Clínica Médica que é um setor onde todo

> mundo falava muito mal. Todo mundo tinha pânico de trabalhar na Clínica Médica. Os mais antigos pediram todos para sair. São 49 leitos. A deficiência de profissionais é sempre muito grande dentro do hospital então o desgaste dentro dessa unidade era sempre muito grande e tinha pouco olhar para esta unidade. Não existia se pensava em melhorar as enfermarias do posto de enfermagem. Eram más as condições para o pessoal trabalhar. Não tinha um local de repouso decente. Era horroroso, fedorento, com colchão no chão. Coisas que eu acho que ajudou bastante para o desinteresse das pessoas também. Com essa visão que se tinha eu pensei na época que estava na gestão de tirar todos que estavam na Clínica Médica e colocar todos EBSERH. Essa foi a forma que eu vi de criar um modelo de gestão dentro da minha experiência profissional. Dentro daquilo que eu achava que era correto para que eu pudesse mostrar para o grupo que pode se fazer enfermagem de uma forma diferente. Que pode se atender o paciente de uma forma diferente (ENTREVISTADO 01).

Uma das ideias da gestão era a partir da criação desta unidade totalmente adaptada aos padrões da EBSERH mostrar aos demais trabalhadores do HU que seria possível elevar o padrão de atendimento, os processos de trabalho e a qualidade como um todo do serviço de enfermagem (ENTREVISTADO 01). A segunda etapa seria espalhar estes profissionais devidamente treinados pelas demais unidades do hospital e "*contaminar*" (ENTREVISTADO 01) os demais trabalhadores com as novas práticas e o respeito a protocolos e rotinas.

A estratégia era qualificar os serviços na medida em que as vagas eram liberadas pela EBSERH. Tendo em vista que a liberação de vagas era paulatina, principalmente no primeiro ano de validade do concurso, optou-se por primeiro convocar enfermeiros para que estes uma vez treinados auxiliassem na capacitação dos técnicos em enfermagem contratados e assim pudessem ao ser espalhados pelas unidades contaminar os demais trabalhadores com uma nova força de se organizar.

> Com o quantitativo de profissionais que teria para entrar nós conseguiríamos atender plenamente as unidades. O objetivo na época era qualificar os enfermeiros para que eles qualificassem os técnicos dentro das unidades. A Clínica Médica trabalhava com um enfermeiro por turno e ia trabalhar com três, quatro, cinco enfermeiros por turno. Isso faz uma grande diferença. Ele não podia mais chegar para me dizer "eu não vou fazer o histórico de enfermagem porque eu não tive tempo. Eu não vou mais dizer que não fiz o exame físico no paciente porque não tive tempo. Porque eu tive que ir lá e dar banho no paciente. Porque não tinha técnico para trabalhar". Com o dimensionamento feito pela EBSERH íamos ter técnicos e enfermeiros suficientes para os pacientes. Com isso a proposta era qualificar esses enfermeiros que estariam dentro da Clínica Médica dentro do modelo de gestão que a gente aprendeu no curso do Sírio-Libanês. (ENTREVISTADO 01)

Uma segunda medida adotada a partir da adesão à EBSERH, também na área da enfermagem, foi a criação de um cargo que seria a interface da gestão com as unidades assistenciais do hospital. Tratava-se, naquele momento, de uma chefia informal, responsável por enxergar o trabalho da unidade e capacitar seus trabalhadores em suas maiores deficiências, além de auxiliar no entendimento dos novos protocolos assistenciais (ENTREVISTADO 01). Este grupo de profissionais foi denominado de "enfermeiros líderes". Havia a ideia de que no

futuro esta função fosse reconhecida dentro do organograma formal do hospital, com a criação de função remunerada aos enfermeiros líderes.

> Nós tínhamos um quantitativo de pessoal bem pequeno. Tínhamos um enfermeiro que era responsável pela Unidade e esse enfermeiro fazia toda a organização da unidade, junto com seus profissionais. Foram implementadas nas unidades as normas e rotinas de cada unidade para tentar fazer com que todos os profissionais desenvolvessem as atividades de modo único dentro da instituição. Esses protocolos foram todos encaminhados para as unidades e todas as unidades tinham esses protocolos. Os enfermeiros líderes eram responsáveis por fazer com que o grupo desenvolvesse as atividades dentro daquilo com que era discutido com a coordenação. (ENTREVISTADO 01)

No entanto, tanto o projeto da Clínica Médica como o dos enfermeiros líderes, na visão dos entrevistados, não tiveram a continuidade na forma planejada. Isto se deu por motivos diferentes, mas ambos ligados à troca da gestão do hospital. No início do ano de 2018 tomou posse a nova governança do hospital. Na concepção dos entrevistados os novos gestores não possuíam o mesmo entendimento sobre a necessidade dos enfermeiros líderes, motivo pelo qual o projeto foi abortado.

Com relação à unidade modelo o maior problema não foi a falta de interesse, mas sim a ausência do suporte necessário para que o projeto desse certo. No entendimento dos entrevistados não se mostrava suficiente apenas trocar os profissionais que atuavam na UCM para que a unidade funcionasse na forma pretendida. Seria necessário investir em uma constante qualificação e na formação continuada dos profissionais que ali atuavam. Não foi o que ocorreu. Nas palavras dos entrevistados eles apenas "foram largados ali" (ENTREVISTADO 01).

> [...]Este projeto não foi dado sequência. A única coisa que foi dado sequência foi a retirada de todos os profissionais FURG e a introdução dos EBSERH. Só que a introdução sem treinamento, sem protocolos, não dá em nada. A coisa está funcionando porque tem um bom número de profissionais e tem bons enfermeiros, mas não foi a realização do sonho de um local onde o enfermeiro pensasse o serviço como um todo, fizesse ciência, enxergasse um paciente como um todo, participasse do round médico e existisse uma equipe multidisciplinar atendendo. Isso não aconteceu. Eu vi as pessoas desestimuladas, mas conversando com as pessoas eu sabia que tinha um pouquinho de esperança lá no fundo que as coisas pudessem melhorar. A ideia era pegar o pior setor do hospital e transformar no melhor setor do hospital para que os outros seguissem como exemplo. A ideia era pegar aquele profissional extremamente competente da Clínica Médica e aos poucos colocar nas outras unidades para ele contaminando com todo aquele conhecimento que ele aprendeu. Ir transformando cada unidade. O que eu percebo hoje no Hospital Universitário é uma mistura de culturas, uma mistura de saberes, falta de protocolos, de rotinas. Mesmo com chefes de unidade que são enfermeiros são chefes que não foram treinados para a nossa realidade. (ENTREVISTADO 01)

Questionada sobre sua percepção acerca da possibilidade ou não do modelo que se pretendia estabelecer fosse exitoso com a utilização dos trabalhadores RJU a resposta foi no sentido de que não consideravam impossível que isto ocorresse. No entanto, denota-se que isto seria muito mais difícil e muito mais complexo. Devido à grande institucionalização de hábitos

por aqueles profissionais e o imenso descontentamento dos profissionais pelas suas condições históricas de trabalho seria necessário um acompanhamento muito maior por parte da gestão. O treinamento deveria ser constante, assim como a supervisão e o controle. Assim, percebe-se que na visão dos gestores seria muito mais simples treinar um trabalhador recém-chegado, e ainda não contaminado pela forma de trabalhar e cultura da organização, do que os profissionais que ali já estavam.

> Não. Eu não acho que é impossível. Eu faria o mesmo modelo de gestão com RJU, por exemplo, só que eu não tinha enfermeiros suficientes para isso e eu não tinha como mostrar para ele que esse modelo daria certo. Eles não tinham interesse em trabalhar na Clínica Médica. São pessoas que já trabalhavam no Hospital Universitário e que já estavam todos os ranços, desafetos, um desapego. Uma herança desses vinte anos do Hospital Universitário. [...]Teria que provar para eles que esse modelo daria certo para resgatá-los. As pessoas que vão entrar não poderiam dizer para mim que faziam isso há vinte anos. O nosso modelo é esse. Você vai fazer de acordo com que manda a literatura. Então é diferente você pegar uma pessoa que tá entrando e mostrar para ela que o seu protocolo é esse. Ela não tem outra opção. É diferente de um profissional FURG que está ali já cheio de manias, vícios, ranços, cansado e não assumiria aquela unidade de Clínica Médica para fazer um diferencial. Eu poderia fazer esse modelo numa unidade mais calma do hospital, mas não ia me dar reflexo algum para o grupo. Decidimos fazer em uma unidade que era considerada a pior do hospital para mostrar para o FURG que isso pode ser feito. (ENTREVISTADO 01)

Na mesma linha, vale a pena mencionar o referido na entrevista 12:

> Quando tu entras em um lugar tu chega com muita vontade que dê certo. Quando tu és novo, recém-formado, chega com muito gás, com muita vontade de aplicar aquilo. E quando chega no lugar e começa ser barrado, chega numa unidade que tá cheio de profissionais que estão ali há muito tempo na FURG que sabem todos os caminhos, que sabem como escamotear e que gostam de ficar no celular. E chega um jovenzinho que tem uma pós-graduação, cheio de preparo e tenta trabalhar ele é barrado. Se eu dissesse que é impossível? Não. Não é impossível mudar a cultura organizacional com sujeitos que estão ali, mas teria que ter uma vontade muito grande da administração.

Um dos diagnósticos efetuados pela gestão e que se mostrava um grande empecilho para a organização do trabalho das unidades eram as históricas diferenças existentes entre os grupos com vínculos empregatícios distintos, algo que se agravaria com o ingresso dos trabalhadores EBSERH. Em razão de diferenças na legislação e dos arranjos formados ao longo dos anos trabalhadores da FAHERG e da FURG possuíam regras diferentes referentes a questões como intervalos entre plantões, intervalos, períodos de descanso noturno, contagem de folgas e pontos facultativos, jornada de trabalho, pagamento de horas extras e outros pontos. Os profissionais EBSERH, embora fossem contratados pelo regime CLT eram regrados por uma série de normas e protocolos estabelecidos no regulamento de pessoal da empresa.

Estabelecia-se, assim, uma grande distinção entre profissionais destes três vínculos que muitas vezes trabalhavam lado a lado na mesma unidade, mas com regras totalmente diferentes. Esta situação gerava não apenas caos para a gestão dos profissionais como naturalmente fazia

surgir uma série de insatisfações e conflitos entre os colegas de trabalho (ENTREVISTADOS 01, 02, 04, 11, 19). Eram comuns reclamações junto à chefia e direção de fatos considerados privilégios dos outros vínculos, o que tumultuava o ambiente de trabalho.

Na tentativa de organizar e diminuir algumas destas diferenças foi buscado o apoio da Pró-Reitoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas da FURG em uma série de reuniões com representantes da Universidade e de diversas áreas do hospital. Nas reuniões foram relatados à PROGEP (Pró-Reitoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas) as maiores dificuldades de gerenciamento dos profissionais dos diferentes vínculos do hospital e buscado um consenso de medidas que pudessem ser regulamentadas através de um documento em emitido em conjunto, pela gestão do hospital e Universidade unificando algumas questões relativas à organização do trabalho (ENTREVISTADO 02).

Um segundo passo adotado foi a realização de reuniões com representantes dos trabalhadores FURG e do sindicato dos trabalhadores técnico-administrativos em educação para expor as dificuldades e necessidade de diminuição de diferenças de tratamento em prol de facilitar a gestão do grupo de trabalho.

Estas reuniões, sugeridas pela PROGEP, não foram bem recebidas pelos trabalhadores FURG que a todo momento entendiam que estavam sendo atacados direitos adquiridos ao longo dos anos e que isto poderia representar no futuro até mesmo o final da redução de carga horária concedida para a enfermagem, tema este que nunca foi objeto das reuniões. Argumentos como de que sempre foi assim ou de que há vinte anos era feito daquela maneira e não havia porque mudar surgiam nas falas dos representantes (ENTREVISTADO 02), denotando uma forte institucionalização de hábitos não previstos em lei ou em qualquer outra normatização tanto em nível federal como no âmbito interno da Universidade.

Frente às manifestações dos trabalhadores a PROGEP recuou em seu posicionamento inicial, mudando de postura, deixando como frente da tentativa de mudança e reorganização de vários temas ligados à organização do trabalho apenas a direção do HU. Esta retirada de apoio enfraqueceu a tentativa de mudança, desidratando o processo, o que fez com que fossem levadas adiante apenas algumas medidas, não atacando os principais e mais nevrálgicos pontos.

> Acredito que foi bastante difícil, pois haviam situações distintas no que se refere aos direitos dos trabalhadores em relação a carga horária, folga, plantões... e que esses fatores ocasionaram alguns desgastes do ponto de vista das relações interpessoais e também no estabelecimento das rotinas de trabalho, as quais muitas vezes foram discutidas para aproximar e adequar de modo a tornar semelhante, dentro do possível, para todos os trabalhadores. No que se refere a escalas, férias, havia um controle por parte das chefias das unidades e da coordenação de enfermagem, mas muitas vezes haviam descumprimento dessas. No que se refere ao período de descanso foi uma tragédia. Poucas unidades respeitavam o período legal e de direito do trabalhador. Na maioria das unidades os trabalhadores incorporaram na sua rotina horas de descanso

> a mais do que o previsto na lei, o que a meu ver, ocasionou insatisfação entre os trabalhadores que atuavam e os que ingressaram na EBSERH. Pior do que isso, a meu ver, é a ausência do cumprimento de obrigações e deveres profissionais, pois a qualidade do cuidado foi afetada e as pessoas naturalizavam esse modo de agir como prioritário e dormiam por três, quatro, cinco e até seis horas, um absurdo!! E o pior ainda, era que nem a Pró Reitoria de Gestão de Pessoas tomou alguma atitude em relação a essa situação, mesmo ciente do que estava acontecendo, muito triste e vergonhoso isso! (ENTREVISTADO 02)

Em que pese o entusiasmo dos gestores com relação ao modelo logo foi percebido por eles e pelos trabalhadores que nem tudo funcionaria na forma com que havia sido planejada ou contido nas normas ou regramentos. Existiam lacunas em diversos pontos, assim como um grande engessamento em outros, o que dificultava a gestão do ambiente de trabalho. "[...]*parecia existir uma falta de flexibilidade por parte da EBSERH em relação aos horários de trabalho, o que poderia prejudicar o relacionamento com chefias e a organização do trabalho*" (ENTREVISTADO 02).

Outro ponto trazido pelos entrevistados e que causou uma certa surpresa – uma vez que os contratados foram selecionados em um concurso de amplitude nacional - foi que em muitos casos a qualidade técnica dos profissionais contratados não era a esperada. Muitos não possuíam experiência profissional, outros eram recém-formados e existiam casos em que era verificada deficiência técnica, inclusive. Desta forma, os profissionais que deveriam chegar e auxiliar no processo de capacitação dos profissionais que já estavam no hospital precisavam ser treinados (ENTREVISTADOS 10 e 12). "*Dependendo da unidade muita gente que entrou não tinha experiência. A maior parte não tinha experiência. As enfermeiras algumas tinham experiência. Contribuiu muito para unidade, para as atualizações de procedimentos e protocolos. Só que teve dificuldade com a falta de experiência de outros"*. (ENTREVISTADO 19)

Os entrevistados, de forma geral, consideram que a gestão compartilhada com a EBSERH representou um grande avanço para o hospital, principalmente no que toca ao ingresso de profissionais e pela estrutura conferida à gestão (ENTREVISTADO 07). Todavia, na percepção dos entrevistados os avanços foram menores do que os esperados, tendo em vista a estrutura da empresa e as promessas de melhorias. "*Eu imaginei que fosse ser uma evolução em escala geométrica".* (ENTREVISTADO 07)

Um dos pontos levantados pelos entrevistados como negativo na gestão da empresa foi o que foi denominado de "aumento da burocracia" (ENTREVISTADO 07), que era percebida na impessoalidade das relações, necessidade de inserção de pedidos e informações em sistemas, diminuição do poder decisório de algumas chefias e cargos, devendo encaminhar solicitações que necessitavam de aprovação de comissões e afins, dentre outros. "*Antes não existia isso. Quando era só FURG existia a coordenação médica e existia a direção. A gente se dirigia à*

coordenação e ela fazia de tudo para nos ajudar e hoje não é assim. Tudo mudou. Toda essa burocratização bagunçou um pouco". (ENTREVISTADO 07)

No mesmo sentido:

> Hoje é tudo mais burocrático. Antigamente todo mundo se conhecia. Pegava o telefone e ligava para o seu [fulano] e ele resolvia. Antes era um grupo menor e todo mundo se conhecia. Hoje tu tens que botar as coisas no sistema e eles perdem as coisas. É muito complicado. E eu acho que isso atrasa muito o andamento no hospital. Hoje se eu preciso que pinte aquela parede é uma pessoa para lixar, uma pessoa pra passar a segunda demão. Vem duas pessoas pra trocar uma plaquinha. (ENTREVISTADO 18)

Uma grande reclamação dos trabalhadores FURG era a forma totalmente impessoal com que são tratados pelos novos colegas. Na fala dos entrevistados percebe-se claramente o desconforto pelo desconhecimento da história do hospital e dos profissionais que nele trabalham há anos. Não se trata de apenas não saber sobre o seu histórico como também demonstrar pouco se importar com o que foi feito e construído por quem lá trabalhou.

> Eu continuo fazendo tudo que eu já fazia, mas a forma mudou porque tem essa impessoalidade. [...] As pessoas entram, e não conhecem as pessoas que lá estavam. Começam aparecer chefias de tudo quanto é canto. Tu tens que falar com B. OB não entende nada. Já começa por aí. [...] Colocam um administrador em um cargo de chefia imediata ligado ao paciente. A pessoa não tem noção. (ENTREVISTADO 07)

Esta impessoalidade não interfere apenas no reconhecimento dos profissionais RJU, mas impacta na celeridade dos processos assistenciais. São descritas situações onde na necessidade da transferência de um paciente ou um problema de infraestrutura bastava o médico ou enfermeiro ligarem diretamente para o setor responsável e os pedidos eram atendidos. Após o ingresso do novo grupo isso não funciona mais assim. Não adiantava mais ligar porque o responsável não conhece quem está do outro lado da linha, pois nunca trabalharam juntos. Assim, são forçados a efetuar um pedido no sistema e aguardar a análise, que nem sempre é célere, para saber se foi deferido ou não.

> Eles entram como trabalhadores que pretendem fazer um trabalho pelo qual foram contratados. Eles não sabem do nosso passado. Desconhecem totalmente o nosso passado e eles estão numa empresa nova trabalhando. Muitos deles não sabem nem o significado de EBSERH. Tu sabes o que é chegar no lugar que tu criaste, que tu criaste que tu lavaste o chão para inaugurar e tu chega lá todo faceiro e ninguém te olha, ninguém te dá bom dia, boa tarde, ninguém nada? Lavei aquele chão para inaugurar. Cheguei no SPA ninguém me olhou. Ninguém me olhou. (ENTREVISTADO 05)

O distanciamento da gestão da Universidade do hospital é algo que igualmente não foi alterado com a entrada da EBSERH. Não foi percebida nenhuma mudança de postura da FURG com relação ao hospital. Se antes as Universidades consideravam os HU problemas e pouco se envolviam no planejamento de suas ações, após a criação da EBSERH parecia que não se fazia mais necessário este envolvimento, dada a existência da empresa.

Um dos fatos descritos pelos entrevistados para ilustrar esta visão de afastamento foi a decisão tomada pelas gestões da Universidade e do HU de criar um setor de RH para os trabalhadores RJU do hospital fora de suas instalações, junto ao CCMAR (Centro da Criança do Mar), apartado dos trabalhadores EBSERH. Antes existia um só setor responsável pela interface com os trabalhadores dos dois vínculos.

> Hoje o FURG não consegue nem chegar na direção. A direção mal recebe. Se a gente tenta falar com o RH simplesmente o RH não recebe. Dizem que o RH da FURG não é ali. O RH do hospital só serve para determinar normas. Então qualquer outra coisa que você queira saber a respeito de ponto, efetividade ou alguma coisa que diga respeito ao RH eles não sabem responder. Eles dizem que tem que ser lá com RH da FURG, que hoje tá lá no CCMAR. [...]Existe um distanciamento muito grande. Tem um grupo muito grande de profissionais EBSERH fazendo a gestão do hospital. E cada vez mais fica difícil do profissional FURG se posicionar em qualquer tipo de situação. Até mesmo porque o profissional FURG vive sendo ameaçado disso e daquilo dentro do hospital. (ENTREVISTADO 01)

Há um sentimento generalizado por parte dos trabalhadores FURG de que os mesmos foram "*colocados para escanteio"* (ENTREVISTADO 01) no hospital, não apenas pelos novos colegas, que não os conhecem, assim como pela gestão. Há uma percepção de que existe uma exclusão dos trabalhadores FURG dos processos mais relevantes. Além disso, a postura adotada para evitar eventuais conflitos entre os vínculos é apartar os trabalhadores ao invés de investir em políticas de integração.

> Alterou em termos de ter um quantitativo maior de pessoas. A subdivisão do trabalho ela acontece e a subdivisão de grupos de trabalho. A gente tem o FURG e o EBSERH. E muitas das vezes quando não existe um acordo entre o profissional FURG e o profissional EBSERH, o profissional FURG é colocado de escanteio. Ele é colocado para fazer atividades administrativas ou atividades de organização de material e é isolado um pouquinho do grupo para evitar problemas. (ENTREVISTADO 01)

No entanto, a tática da separação não surte os efeitos desejados uma vez que os conflitos já se encontram instaurados mesmo antes da chegada da empresa. Como visto no capítulo que trata do processo de adesão a resistência à chegada da EBSERH foi criada muito antes da adesão. Feridas profundas foram abertas na fase de discussão e que nunca foram abordadas da forma adequada. Não existiu, desta forma, um convencimento por parte dos principais atores envolvidos com o HU de que a empresa seria a melhor solução para o hospital. Ao contrário, o processo foi forçado com a justificativa de que seria a única solução para o não fechamento. Desta maneira, deveria ter ocorrido um enfrentamento dessas chagas, com um forte trabalho em equipe ao invés de não abordar o tema ou apenas tentar afastar os problemas, sem se dedicar à sua solução. "É *difícil em uma equipe com dez pessoas tu ter sete EBSERH e três FURG para implementar novas rotinas porque a pessoa tem que estar aberta a mudanças. Aí é que surgem as problemáticas. É mais fácil pegar e montar um grupo todo novo que aí eu vou fazer aquilo funcionar como eu quero*. (ENTREVISTADO 17)

Existe a percepção de que não sendo enfrentados problemas, diminuídos os conflitos e desenvolvidas políticas para a integração dos trabalhadores existe um reflexo natural que repercute na adesão dos trabalhadores ao modelo que se pretendia implementar no hospital. Tudo isto leva a um grande desinteresse dos trabalhadores que acaba prejudicando a assistência. Não possuir um ambiente de trabalho saudável afasta os trabalhadores de um comportamento comprometido, diminui a produtividade. Exemplifica isto a fala de uma das entrevistas que aponta uma nítida sensação de que se busca cada vez mais diminuir o trabalho e atender menos pacientes, mesmo contando com mais profissionais contratados. "*Eu não vou fazer isso. Deixa que agora tem o fulano e ele faz por mim*". (ENTREVISTADO 05)

> Acredito que hoje as atividades são feitas de modo a evitar problemas e não corrigir para que não aconteça mais. Essa subdivisão dos grupos gera impacto na assistência. Hoje a gente tem nas unidades chefes que seriam responsáveis por organizar os serviços, organizar atividades, organizar a assistência e a gente observa que dentro de algumas unidades principalmente o objetivo é reduzir fluxos e diminuir ao máximo o quantitativo de pacientes, para diminuir o trabalho. Mesmo com quantitativo maior de profissionais trabalhando e coisas que não eram feitas e que hoje tem profissionais suficientes para que sejam feitas também não são feitas. Então eu acredito que falta (pausa) direcionamento das atividades de enfermagem, direcionamento das atividades no hospital. Muita gente, mas pouca organização do trabalho. O paciente continua sem fluxo. O agendamento continua uma bagunça, uma confusão danada com um monte de gente lá, com o sistema tem que ser organizado, enfim. A gente não percebe dentro do hospital uma melhora na qualidade de assistência, uma organização do trabalho como deveria ser. Apesar de todas essas pessoas não foi implementado nenhum modelo. (ENTREVISTADO 01)

Os trabalhadores EBSERH ouvidos, por sua vez, relatam uma grande resistência por parte dos trabalhadores FURG em receber qualquer iniciativa vinda dos novos colegas (ENTREVISTADO 04). Propostas de alterações de fluxos, adoção de novos sistemas, novas formas de realizar um procedimento, mesmo que amparados na legislação do SUS ou na literatura são refutadas de pronto (ENTREVISTADO 19). Não há abertura pela maioria das pessoas, inclusive chefias, para uma forma diferente de proceder e organizar o trabalho. As mudanças quando ocorrem apenas quando vindas de cima para baixo, ou seja, quando partem da gestão.

> Só para dar exemplo. Desenvolvi um projeto dentro do hospital pleiteando um sistema para o hospital. Eu e uma colega. Aí quando ela foi comentar o projeto ela (chefia) disse: "Ah não. É muito difícil. Isso é muito caro". É sempre com olhar crítico. [...] Ainda bem que eu tive oportunidade de ir por outros caminhos por que isso vai te frustrando que daqui a pouco tu desiste. Aí tu te acomodas no sistema (ENTREVISTADO 04)

Na mesma linha o relato pelo entrevistado 19:

> O início foi bem complicado por que a nossa chefe antes da atual não era tão acessível quanto essa que é hoje. Teve uma lista de atualização de medicações segundo a literatura e segundo o manual da farmácia e a enfermeira perguntou: "O que é isso aqui? o que que vocês fizeram? Há 25 anos a gente faz a medicação desse jeito. Não vai ser a literatura que vai fazer a gente mudar". Ela trouxe outra literatura só para

> contrariar a menina. Foi bem difícil a aceitação dela com os novos. Ela sempre teve uma forma de trabalhar e de certa forma ela não aceitava sugestões. Procedimentos também. Uma vez foi falado que no local onde a pessoa trabalhava se fazia de tal forma que era menos traumático para o bebê e ela não aceitou. (ENTREVISTADO 19)

Outro problema existente no modelo implementado pela EBSERH na visão dos entrevistados é a grande rotatividade de pessoal dentre os contratados. Conforme já abordado em capítulo anterior o regulamento de pessoal da empresa permite a movimentação entre trabalhador da empresa para outros locais mediante a existência de vaga após o primeiro ano de exercício. Por se tratar de uma empresa com filiais em quase todos os estados da federação e que o concurso teve uma abrangência nacional, um número muito alto de contratados veio de outros estados, de todas as regiões do país. Além disto, a distância da cidade do Rio Grande de seus locais de origem e a distância da família fez com que muitos empregados apresentassem problemas como depressão, buscando a via judicial para a mudança de local de trabalho (ENTREVISTADO 12).

Além de prejuízos para a assistência devido à queda do quantitativo de profissionais essa rotatividade gerou problemas na qualidade da assistência, pois os profissionais contratados muitas vezes tiveram de passar por longos períodos de treinamento e capacitação, pela pouca experiência em algumas áreas. Este processo teve de ser repetido com os trabalhadores que chegaram para ocupar suas vagas.

> Eles saiam por via judicial. Saiam por passar em outro concurso. Saiam por que conseguiram ser transferidos para o local de origem. O que acontece muitas vezes é eles ficavam doentes porque estavam longe da família em um lugar que não é o dele. Não conhecem ninguém. O ambiente da Clínica Médica querendo ou não é muito pesado. Muito estressante. Então muitas vezes eles acabam adoecendo. (ENTREVISTADO 11)

> é cansativo ensinar e explicar a mesma coisa para várias pessoas. hoje mesmo a gente tem uma experiência como enfermeira que ela entrou para a tarde na última chamada do mês passado estava sendo treinada também por uma enfermeira aqui também é nova e que tem pouca experiência para trabalhar ensinando de uma forma diferente do que a equipe está acostumada a trabalhar então viu que ela não aprendeu quase nada. elas andam em um processo de muito treinamento anda muito cansativo. Às vezes tem muita divergência porque o profissional faz um jeito outro profissional faz do outro e às vezes vários profissionais treinam a mesma. (ENTREVISTADO 19)

Em razão dos problemas expostos verifica-se que a mudança organizacional promovida não surtiu os efeitos desejados em sua integralidade quando foi realizada a adesão à EBSERH. Parte deles foram atendidos com o ingresso de mais profissionais para atuar no HU, assim como a manutenção do recebimento dos recursos do REHUF. Ainda foram citados avanços na estrutura de gestão, com o oferecimento de serviços que antes não eram executados no hospital.

> Eu acho que teve uma melhora muito grande no hospital. Acho que o HU passou a ser hospital ele tem que ser entendido como uma complexidade de áreas autônomas que

> precisam se relacionar. A gestão melhorou muito. O administrativo e o assistencial andando juntos. (ENTREVISTADO 12)

Isto pode ser explicado porque apenas as mudanças que são institucionalizadas podem ser consideradas bem-sucedidas (SCOTT, 2001). Não se percebe, passados cinco anos da adesão do HU/FURG à EBSERH, uma incorporação do modelo de gerir a organização do trabalho nos hospitais pelos trabalhadores do HU. Não houve uma adesão massiva do grupo de trabalho transformando a nova forma de agir e se comportar como um comportamento institucional. As ideias não parecem assimiladas e incorporadas. Todavia, a mudança desejada com a implantação de um novo modelo de gestão da organização do trabalho no hospital é algo que está longe de ser agregado e tomado como próprio.

Por certo, mesmo que a forma anterior de se organizar não tivesse sido totalmente modificada, uma vez que uma instituição nunca é iniciada do zero após um processo de mudança (MENICUCCI, 2010), não é percebida nas falas dos entrevistados uma assimilação do novo modelo e um abandono do anterior. Em que pese se tratar a mudança de um processo contínuo, não há evidências de que tenha ocorrido uma ruptura. Permanece o poder da classe médica como um fator de desequilíbrio na queda de braço entre as categorias profissionais. A academia, da mesma forma, continua determinando os rumos das ações da gestão, influindo na forma de gerir o hospital, em uma estreita relação com a gestão da Universidade.

Os arranjos organizacionais dos grupos de trabalhadores permanecem e influenciam os novos trabalhadores, denotando uma forte institucionalização que torna potente a resistência às mudanças tentadas. As medias adotadas estão longe de conseguir promover uma desinstitucionalização dos hábitos, rotinas e práticas indesejados pela gestão do hospital. Isto porque a desinstitucionalização é "o processo pelo qual a legitimidade de uma prática organizacional estabelecida ou institucionalizada é corroída ou perdida" (CUNHA; et al, 2014).

O processo de adesão da EBSERH no HU/FURG passou por uma série de problemas que podem explicar a dificuldade na implementação do modelo de gestão da empresa. Alguns dos elementos contidos nas falas dos entrevistados são o grande lapso temporal para a adesão, as diversas tentativas de boicote por parte das ações dos sindicatos e trabalhadores, a forma traumática como foi conduzida a substituição de pessoal da FAHERG e principalmente a forma com que foi conduzido o processo pelas gestões da Universidade e do hospital.

Este último elemento merece especial destaque. Era evidente a diferença de posicionamento quanto o papel da EBSERH para as gestões da Universidade e do hospital. Esta última não escondia o desejo pela chegada da empresa. Sua gestão interagia com os outros hospitais que haviam feito a opção pela adesão, participava e atendia todas as solicitações e

dimensionamentos realizados pelo MEC no sentido de conhecer a realidade do hospital para a adesão e seus membros visitavam os hospitais e a Sede da empresa. Em que pese o evidente interesse, explicado por ser a parte afetada pelos problemas estruturais, da deficiência de gestão e de pessoal do modelo que era praticado, a gestão do hospital não se envolveu no processo político de discussão com os trabalhadores. O desgaste político da última eleição para direção do hospital foi muito grande. Existia pouca margem de diálogo com os trabalhadores em razão de uma ruptura com o sindicato que representava os profissionais.

Este papel foi exclusivo da gestão da Universidade. No entanto, em que pese a força política movida pela Reitoria para aprovar a adesão junto ao Conselho Universitário e a aproximação promovida junto à APTAFURG para permitir a votação a gestão universitária jamais restou convencida de que aquela seria a melhor solução para o hospital. A FURG ficou encurralada como uma das últimas Universidades do país a aderir à empresa. A situação financeira da Fundação piorava mensalmente, o déficit de pessoal crescia, assim como o absenteísmo da força de trabalho em razão da escassez de recursos humanos e o aumento de demanda assistencial da cidade devido aos problemas financeiros da ASCMRG. Não restava outra alternativa à gestão, embora ideologicamente o modelo escolhido pelo MEC não fosse compreendido como o mais adequado. A decisão já estava tomada. Não havia uma rota alternativa.

Tratava-se de um agir contrariado, a contragosto. Se nem a Reitoria estava convencida do modelo a ser implementado dificilmente conseguiria convencer trabalhadores e sindicato do que deveria ser feito. Esta postura influenciava a forma com que a empresa foi recebida e legitimava a resistência à mudança instaurada. Não foram desenvolvidas políticas integrativas para minimizar os conflitos. Como resultado desta postura houve uma grande dificuldade em implementar as alterações necessárias.

Este movimento, produzido de cima para baixo, com pouca participação dos atores envolvidos afetados, configurado como uma espécie de isomorfismo do tipo coercitivo (DIMAGGIO; POWELL, 1983), tem muito menor chance de ser exitoso caso tivesse se aproximado dos trabalhadores, da academia e do sindicato, trazendo-os para dentro do processo, sendo convidados a participar como atores com espaço de fala. Faltou, assim, convencimento. Faltou apontar as maiores chagas do hospital. A ideia passada aos profissionais foi a de que a medida foi tomada apenas porque os órgãos de controle assim o determinaram. Jamais foi exposto, devido ao receio do peso político da fala, que o modelo de gerenciamento não era o adequado e que deveria ser alterado.

Como resultado de tudo isto verifica-se claramente na fala dos entrevistados que os principais vícios e hábitos relativos à organização do trabalho indesejados pela gestão permaneceram. "*Até porque, pela maneira que foi esse ingresso da EBSERH. Com muita resistência. Nossos funcionários cheios de vícios. Não todos. Mesmo com entrada da empresa e as normas esses vícios no quadro FURG permanecem."* (ENTREVISTADO 09)

A institucionalização dessa forma de proceder ao longo dos anos ocorreu apenas porque ela foi legitimada pela gestão, que jamais realizou qualquer movimento no sentido de frear os arranjos dos trabalhadores, seja em suas unidades seja na imposição como categoria. Este amparo não foi desconstituído. Ao contrário, nichos de poder não foram desfeitos. Certos comportamentos permaneceram sendo amparados por chefias e gestores diante do choque entre o novo e o institucionalizado.

Com isso, ao invés de ocorrer uma contaminação do grupo que atuava no hospital pelos novos profissionais contratados, chegados já sobre a égide e cumprindo um novo modelo, ocorre um processo inverso no HU/FURG. Alguns profissionais ouvidos descrevem que os novos empregados chegaram na sua grande maioria dispostos a obedecer às normas da EBSERH, implementar novas rotinas, protocolos, respeitar a legislação de pessoal e o regimento da empresa. Esse movimento causou inevitáveis conflitos com o grupo que lá estava devido à resistência à mudança.

Com o passar do tempo os entrevistados perceberam que ocorreu uma grande desmotivação por parte dos empregados EBSERH na busca por mudanças ao passo que a forma dos antigos funcionários continuava ganhando respaldo e proteção dos gestores. Más condutas daqueles não eram punidas. Havia uma espécie de acomodação para que os conflitos não ocorressem, sem a exigência de uma efetiva mudança de postura dos trabalhadores RJU.

> O que a gente notou no início assim o pessoal vinha com uma forma de organização e estrutura de trabalho muito diferente da nossa. Na sua grande maioria eu vi a eles com um controle muito maior com relação ao trabalho. Eles ficaram espantados com a nossa forma de falta de controle. Essa é a visão que eu tive. E aí o que acontece ao invés de brigar por aquilo que eles já tinham aprendido ele se moldam ao sistema e o que é mais fácil e acaba que continua na mesma porque aquilo que eu te coloquei a expectativa de que vamos receber colegas e que vai melhorar para gente que isso funcione para que desenvolva vai por água abaixo Por que o exemplo. quem entrou antes de mim desfaz assim não aconteceu nada e aí acaba caindo na mesma organização na mesma forma de trabalho. (ENTREVISTADO 04)

Como resultado disto os entrevistados percebem que ocorreu no HU/FURG um processo inverso do pretendido. Uma aculturação por parte dos trabalhadores EBSERH da forma de agir dos trabalhadores RJU de forma lenta e gradual. Trata-se de um fenômeno interessante e até certo ponto inesperado ao passo que o número de profissionais RJU atualmente é de pouco mais que a metade dos trabalhadores EBSERH.

> Isso é frustrante porque quem vinha com a ideia de que a empresa ia entrar e mudar isso acabou indo por terra. Eles acabaram seguindo os maus exemplos, vamos dizer assim. Na verdade era para agregar conhecimento. Muitos colegas vieram de instituições que são referência em algum tratamento e algum tipo de trabalho e vieram querendo implantar isso. [...]Tu tentas, tentas até um ponto em que tu não vais vencer o sistema e acaba se adaptando. Eu vou lá, faço meu trabalho básico e vou para casa. (ENTREVISTADO 04)

Não há como afirmar que isto terá continuidade, ao passo que a imposição do domínio RJU é um processo político, que conta com a força dos arranjos institucionalizados e da influência dos atores e das relações estabelecidas. A modificação dos quadros, com a saída de profissionais influentes no futuro pode influenciar nesta balança. Elementos como a eleição para a Reitoria da Universidade e das políticas do governo federal também podem impactar nesta relação. Por tudo isto, trata-se de um fenômeno que merece continuar sendo estudado para exista uma compreensão de sua evolução.

Pode ser destacado que o hospital já passou em um momento anterior por um processo semelhante, só que inverso. Até 1994 o único vínculo de trabalhadores técnicos que atuavam no hospital eram os funcionários da FAHERG. A partir do concurso daquele ano foram contratados, também, profissionais RJU pela Universidade. Ocorreram diversos concursos ao longo dos anos, mas nos primeiros anos da coexistência de vínculos os profissionais FAHERG eram em maior número.

Mesmo em um quantitativo inferior isto não impediu que os profissionais RJU impusessem sua dominação sobre os fundacionais. Preponderou, assim, a posição de servidores públicos, o poder da profissão médica, os arranjos e corporativismo. Nas palavras de um dos entrevistados ocorreu um processo de "*aculturação*" (ENTREVISTADO 03).

> A Fundação chegou primeiro que a FURG. [...] O que aconteceu? Existiu uma aculturação. Um processo que a gente não vai ver, talvez, mas também vai se dar com relação à EBSERH dentro da FURG. Essa aculturação vai se transformar em uma assimilação ou não ou se o pessoal da EBSERH vai pegar costumes da FURG? ou será que a FURG vai pegar os costumes da EBSERH? (ENTREVISTADO 03)

Para os entrevistados a cultura é um elemento muito importante para a mudança dentro de uma organização. Alterar a cultura de uma organização não é um processo simples, ainda mais quando ela está institucionalizada, e para que ocorra demanda um certo tempo (ENTREVISTADO 12).

> É muito difícil mudar a cultura. Muito difícil. Nós temos uma cultura protecionista de alguns segmentos profissionais e essa cultura protecionista não é fácil de se desvincular. Não é fácil tu dizer oh doutor Patrick você tem que cumprir o seu horário, porque ele nunca cumpriu. Porque teve alguns episódios aqui com o Ministério Público e Polícia Federal que foi horrível. Então todo mundo botou as barbinhas de molho. (ENTREVISTADO 05)

Não apenas a cultura institucionalizada nos hábitos dos trabalhadores foi apontada como um elemento de difícil alteração. Mais uma vez o papel da gestão universitária, principalmente a cultura do protecionismo aos profissionais RJU frente a desvios de conduta e o comportamento ético no serviço público, foram citadas. Desta forma, uma visão diferente e uma adesão dos trabalhadores, principalmente os recém-chegados, depende uma mudança de postura e da quebra desta cultura institucionalizada.

> Não é só para enfermagem. Qualquer outra profissão, médico, seja lá o que for. Quando tem um problema lá na PROGEP e eles fazem o que ele pede isso desautoriza, desempodera a gestão do hospital. Talvez nem tivesse que receber essa pessoa. Se é assunto do hospital resolve com a gestão de pessoas do hospital e a gestão de pessoas do hospital entra em contato com a gestão de pessoas da Universidade. Por exemplo, a profissional queria fazer mestrado em Portugal. Não vamos citar nomes porque tinha todo aquele problema com o MP de não poder liberar pessoas. O hospital disse não porque não tinham chegado os novos contratados. A pessoa foi lá e conseguiu a liberação. Como você vai conseguir mudar a cultura de um lugar dessa forma? Não muda enquanto tiver essas interferências na gestão. Não tem como. (ENTREVISTADO 12)

Um último ponto que merece ser abordado extraído das falas dos entrevistados com relação à dificuldade de implementação de um novo modelo pela EBSERH capaz de desinstitucionalizar a maneira com que era organizado o trabalho no HU diz respeito à espécie das normas trazidas pela empresa.

A visão sobre as normas e procedimentos implementados é de que as mesmas versam mais sobre comportamentos e posturas dentro do ambiente de trabalho do que sobre sua organização propriamente dita. Todavia, o trabalho em uma organização complexa como um hospital universitário pressupõe outros elementos e fatores para a sua organização. Um deles é a preocupação com a permanente qualificação profissional. Trabalhadores bem treinados organizam seu trabalho da forma adequada e preconizada com os ditames mais atuais na área da saúde, independente do modelo implementado pela direção do hospital.

Desta maneira, não há uma real preocupação da empresa com essa faceta tão relevante do trabalho nos hospitais e este é um dos fatores que pode explicar a dificuldade de alteração da forma de organizar o trabalho no HU.

> Sim. Foram criadas (pausa). Normas não foram criados (pausa). Ah! (pausa). Não sei como eu vou dizer. Foram criadas determinações do que deve ser feito, como a pessoa vai se comportar, mas como vai funcionar a unidade não. Foram criadas normas de comportamento: que horas você entra, que horas você sai, o que que você faz agora. Mas, como você vai desenvolver as suas atividades junto ao paciente? Como está a qualidade do seu trabalho? Como vai ser teu treinamento? Isso não foi feito. (ENTREVISTADO 01)

Realizada a análise dos dados passaremos às considerações finais do trabalho, com as principais conclusões do estudo diante dos dados coletados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como forma de retomada dos principais achados da pesquisa optamos por dividir este capítulo em três seções. A primeira efetuará uma discussão dos resultados da análise de dados. A segunda, denominada conclusão, relacionará os resultados com os objetivos. Por fim, serão indicadas as principais limitações da pesquisa, com a proposta de uma agenda de futuros estudos sobre o tema.

5.1 SÍNTESE DAS DISCUSSÕES

A pesquisa realizada em um hospital universitário, ainda mais nas condições de convulsão social e de saúde pelas quais o país vem enfrentando durante a pandemia de Covid-19, acentuam a relevância dos estudos com foco nos fenômenos sociais nestas complexas organizações de saúde.

A coleta de dados realizada durante o auge da primeira onda da pandemia além de um desafio, uma vez que os entrevistados em sua imensa maioria são profissionais de saúde na ativa, tornou mais evidentes diversos elementos do campo onde está inserido o HU em estudo que permitem compreendê-lo como uma instituição na concepção da Teoria Institucional (SELZNICK, 1972). O momento turbulento e de incertezas exacerbou, igualmente, os diversos conflitos e disputas travadas no seio do HU pelos atores internos e externos na disputa por espaço. Escancarou, da mesma forma, a assimetria de poder em favor de uma categoria profissional privilegiada durante a construção histórica dos hospitais modernos, assim como da influência marcante da academia sobre os HU (FERREIRA et al, 2010).

Através da riqueza e profundida dos relatos dos entrevistados foi possível compreender a importância do elemento cultural na formação do campo dos HU e sua imprescindibilidade como elemento de análise para o entendimento do *habitus* de seus agentes. A cultura passa a ser entendida, como descreve Théret (2003) como um sinônimo de instituição.

Mais do que entender o que vem primeiro – a influência da instituição sobre seus atores impondo comportamentos ou o movimento de influência dos indivíduos sobre a instituição em um processo de busca por legitimidade – restou clara a relevância das relações sociais e do meio onde os hospitais universitários e categorias profissionais estão inseridos na construção de uma instituição totalmente diversa e difícil comparação com outras, inclusive no âmbito da saúde (SELZNICK, 1972).

O tripé ensino, pesquisa e assistência confere uma complexidade aos HU e a presença de agentes que não se localizam em outros campos. A interlocução e interação com estes agentes desenvolve uma série de relações e, por consequência, conflitos que tornam os HU instituições *sui generis*, necessitando, para sua análise de elementos teóricos de diferentes perspectivas e braços das ciências sociais para o seu melhor entendimento.

O estudo de uma mudança em um modelo de gestão e organização do trabalho em hospital público, 100% SUS, ligado a uma Universidade Federal pressupõe a utilização de múltiplas ferramentas de forma a complementar as lacunas e pontos críticos existentes em diferentes estudos, teorias e perspectivas. Esta complexidade se mostrou mais evidente no momento da ida a campo, onde através do modelo que adotou um roteiro (Apêndice A) semiestruturado nas entrevistas eclodiram nos relatos dos participantes uma série de assuntos e temas que não estavam no horizonte inicial da pesquisa, mas que se mostraram extremamente relevantes no processo e na análise dos dados através da perspectiva fenomenológica proposta por Sanders (1982).

Desta maneira, a utilização da Teoria Institucional foi o ponto de partida para o início da pesquisa uma vez que foi identificada a necessidade de uma teoria de base que se preocupasse com as constantes interações entre o hospital, universidade e atores externos. Ao mesmo tempo, era clara a compreensão que a abordagem não poderia descuidar da rica rede de relacionamentos e interações das categorias profissionais que compõe os HU responsáveis pela formação de arranjos e a construção de um ambiente altamente propício a processos como o de institucionalização (SELZNICK, 1972).

Com efeito, a Teoria Institucional traz como uma das maiores contribuições em suas diferentes vertentes a preponderante influência do meio social, das relações e do ambiente sobre os indivíduos e organização (BERGER; LUCKMANN, 1976). O processo de institucionalização constitui-se, portanto, de um fenômeno de infusão de valores em uma organização (SELZNICK, 1972). Por focar a presente pesquisa nos aspectos relacionais e na influência dos agentes sobre a organização percebeu-se que este processo de institucionalização pelo qual o HU foi e permanece sendo submetido está relacionado à infusão de valores dos grupos profissionais e dos agentes sobre o hospital, gerando o que pode ser compreendido como um senso de identidade dos profissionais (SELZNICK, 1972).

De outra banda, ficou mais clara ainda a importância de o tema poder após a coleta de dados, principalmente a sua distribuição assimétrica entre categorias em um hospitalar. Desta maneira, evidente e necessária a utilização de elementos e autores que abordam o tema presentes na vertente histórica dos estudos organizacionais.

Por outro lado, não se trata de uma pura e simples distribuição assimétrica do poder entre os agentes. A forma com que isto ocorre em um hospital ganha destaque e se legitima a partir da construção do campo e da forma com que esta diferenciação é institucionalizada pelos agentes.

Destarte, a adoção de uma perspectiva de poder sob a lente de análise dos estudos de Bourdieu (1989; 2012) apresenta uma vantagem em relação ao uso da perspectiva de autores como Foucault na proposta de construção deste trabalho que é exatamente a dialética proposta de analisar como uma via de mão dupla a relação entre as estruturas objetivas (dos campos sociais) e as estruturas incorporadas (do *habitus*).

Além de trazer o foco para as relações, ao invés das estruturas (MISOCZKY, 2003), a utilização das perspectivas de estudo de Bourdieu lançam luz de maneira concreta às abstrações do novo institucionalismo, resolvendo o problema da dicotomia entre agência e estrutura, entre o micro e o macro, existentes no pensamento sociológico do período (BRULON, 2013).

Se as instituições são responsáveis por uma mediação entre as estruturas e as ações (THERÉT, 2003), o campo hospitalar, conforme os conceitos de Bourdieu, pode representar este elemento mediador. A compreensão sobre o *habitus* e a forma com que os profissionais de saúde são socializados no campo da saúde através do próprio ensino nas faculdades, sendo o processo reafirmado por seus pares, demonstra que estes agentes disputam os capitais disponíveis no campo de uma forma intensa, fazendo uso do poder e influência de suas profissões, seja de forma explícita ou de forma velada, através do capital simbólico disponível.

Hospitais universitários como o em estudo são organizações burocráticas (WEBER, 1974) devido à grande racionalidade empregada em uma estrutura hierárquica e com um controle acentuado como forma de atender a sua finalidade precípua através de um aparato técnico que confere autoridade e exige subordinação de seus integrantes para o cumprimento de seus objetivos (FARIA; MENEGHETTI, 2011). Todavia, as características dos HU os distinguem de espécies burocráticas mecânicas devido ao destaque dado aos aspectos técnicos e ao conhecimento altamente especializado de seus membros na execução das tarefas. Os HU, assim como as Universidades, constituem-se em burocracias-profissionais (MINTZBERG, 2003) e como tal espécie burocrática o conhecimento único e que não pode ser contestado por gestores e outras categorias que não o possuem acabam criando o cenário ideal para uma distribuição assimétrica de poder para médicos e docentes de medicina e uma dominação sobre as demais classes envolvidas no cuidado ao paciente (DUSSAULT, 1992).

Tal característica ficou clara no relato dos entrevistados que apontam o direcionamento das ações e políticas de gestão administrativa e clínica do hospital nas mãos em um primeiro

momento dos docentes da Faculdade de Medicina - dada a inexistência de quadro técnico próprio do hospital nos primeiros anos de funcionamento do HU – e dos profissionais médico em conjunto com a academia após o início dos concursos RJU.

Ficou evidenciado nas falas o corporativismo destes profissionais, assim como uma padronização de hábitos, rotinas e práticas institucionalizados por estes funcionários havendo um certo constrangimento de manifestações dissonantes (BERGER; LUCKMANN, 1976).

Os elementos colhidos fazem concluir que os hospitais universitários são instituições constituídas com base nas construções históricas dos seus agentes, mas ao mesmo tempo moldam os caminhos seguidos por estes (IMMERGUT, 1998; MENICUCCI, 2009), em um processo de mão-dupla. Na medida em que as estruturas sociais se desenvolvem historicamente são estabelecidos arranjos e conexões entre os sujeitos com base nas relações, influência e vivências de seus atores, sendo incorporados comportamentos, valores e crenças de seus agentes (MACHADO-DA-SILVA; GONÇALVES, 1999). Estas características tornam os HU organismos únicos, distintos, com relações de poder muito bem estabelecidas e desenhadas. Os HU são instituições porque esta rede de relações que o formam vai muito além de barreiras estruturais e de uma análise formal de seus elementos (CRUZ, 2012).

A influência da academia no processo de institucionalização e manutenção da posição de dominação da categoria médica ficou demonstrada a partir das entrevistas dado o papel determinante exercido pelos docentes na formação de recursos humanos, sendo as concepções, cultura e hábitos transmitidos através da tradição para os novos profissionais, o que confere legitimidade ao processo (BERGER; LUCKMANN, 1976; DURKHEIM, 2007). Conclui-se a partir das falas que qualquer processo de mudança para ser bem-sucedido no campo e ocorra de forma efetiva necessita ser operada em conjunto com a academia frente a influência e disseminação de cultura exercida.

Restou evidente que com o passar dos anos o HU/FURG foi crescendo em termos de estrutura e começando a desempenhar um papel cada vez mais relevante em termos assistenciais para a população da cidade do Rio Grande assim como para a região. Essa mudança de perfil impactou diretamente na forma com que o hospital era gerido. Havia a necessidade de expansão, deixando de ser apenas um local de prática e laboratório de estudos dos discentes dos cursos da área da saúde oferecidos pela Universidade. Esta alteração de perfil causou uma série de conflitos ao longo da trajetória do hospital. Sua inserção no SUS e o início e o final dos atendimentos particulares e convênios impactaram diretamente nos arranjos estabelecidos pelos grupos que compõe o HU.

Em que pese o papel cada vez mais destacado do hospital no contexto da saúde pública regional conclui-se que não foi dada a atenção necessária a elementos estruturais, recursos humanos, estrutura de gestão e legislação de pessoal imprescindíveis para dar suporte ao crescimento da demanda do hospital. Ao contrário, a inserção dos HU no SUS ocorreu em um momento em que o governo federal adotou um modelo para a administração pública inspirado no New Public Management que colocava como metas a eficiência e a racionalidade, mas que em contrapartida diminuía investimentos e não repunha vagas abertas no decorrer dos anos (FINGER et al, 2017).

O modelo gerencial implantado a partir do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado sucateou hospitais e universidades, que tiveram que lançar mão de suas fundações de apoio para fomentar principalmente a contratação de pessoal para manter as instituições abertas. Este foi o caso do HU/FURG onde a FAHERG exerceu papel preponderante por cerca de três décadas para a sustentação do hospital aberto, muito à custa da contratação de pessoal para atividades finalísticas, desvirtuando suas atribuições (CARMINATTI JR, 2017).

A ascensão do modelo gerencial é fruto de uma crise de credibilidade das burocracias estatais e ganhou adeptos na América Latina catapultada pelas políticas neoliberais (BRUNSSON; SAHLIN-ANDERSSON, 2000) instauradas em países como o Chile, chegando ao Brasil com força no governo Fernando Henrique Cardoso (DE PAULA, 2015).

Em uma pretensa busca por eficiência a estrutura dos órgãos estatais passou a ser tratada como vilã. A lógica da reforma estava associada à diminuição do tamanho do estado, mas sem pensar em todos os aspectos necessários para promover uma melhoria nos serviços prestados por universidades e hospitais universitários.

Isto se dava porque muitas das reformas promovidas em diversos países a partir da década de 1980 tinham por característica uma fragmentação, não havendo preocupação com um todo e sim com alguns elementos que se desejavam intervir (BRUNSSON; SAHLIN-ANDERSSON, 2000). Além de uma grande fragmentação verifica-se que a intensidade das reformas implementadas variou de acordo com elementos como as restrições estruturais, cultura e pressões socioambientais (CHRISTENSEN, 2011).

Esse é o caso do HU em estudo onde foram e de grande parte dos demais hospitais ligados às IFES dados os relatos das grandes pressões realizadas no âmbito interno das universidades – academia e representações profissionais – assim como agentes externos, como sindicatos e órgãos de controle (TCU, CGU e MPF). Fatores culturais, como reconhecido pelos principais achados no presente estudo, impactam de forma determinante na tentativa de implementação de qualquer mudança em uma instituição com as características do HU/FURG.

Tradições e características muito próprias, além de uma grande quantidade de símbolos, hábitos e valores informais incorporados também contribuem para que mudanças como as buscadas através de reformas seja de muito difícil implementação em órgãos públicos (CHRISTENSEN, 2011).

Restou claro através das entrevistas, especialmente de profissionais que atuaram na gestão no momento ou após a adesão à EBSERH que a mesma não foi algo desejado pela reitoria da Universidade, mas que era aspirado pelos gestores do hospital. O fato de a FURG ter resistido em assinar o contrato de gestão compartilhada por cerca de três anos ficou comprovado pelo desconforto da universidade com a chegada e instalação da empresa.

A gestão superior da universidade não estava convencida de que esta seria a melhor opção, mas foi forçada a consentir com a mudança sob pena de prejudicar a viabilidade do hospital em razão da escassez de recursos financeiros e humanos. Esse desconforto influenciou na forma com que foi conduzido o processo de substituição de pessoal no hospital. Os relatos dos entrevistados apontam que não foi desenvolvida uma política que desse respaldo aos trabalhadores no momento dos desligamentos. Da mesma forma, não foram desenvolvidas medidas capazes de acolher os trabalhadores recém-chegados e integrar o grupo remanescente a estes, diminuindo a forte resistência dos profissionais RJU.

Não ficou evidente em nenhum momento nas falas a adoção de mecanismos de estímulo aos trabalhadores para a participação nos processos seletivos. Da mesma forma, nenhum dos entrevistados mencionou a existência de um planejamento para diminuir os históricos ruídos e conflitos entre os trabalhadores dos diferentes vínculos que coexistiam no HU no sentido de diminuir as tensões no relacionamento interpessoal.

Esta lacuna de gestão aumentou a incerteza dos trabalhadores da FAHERG quanto ao cronograma das demissões, gerando angústia e sofrimento, o que refletiu na geração de mais conflitos em um ambiente que por si só já era turbulento dada a multiplicidade de vínculos atuando em conjunto com diferentes normas, regulamentações e formas de tratamento em uma mesma unidade de trabalho.

Outro ponto que deve ser destacado nos desligamentos dos trabalhadores da fundação é de que não houve na maioria dos casos o devido cuidado e zelo pelos profissionais, assim como suas histórias, que em muitos casos se confundia com a própria história do hospital. Muitos trabalhadores possuíam perto de trinta anos de serviços prestados, estando no HU desde sua fase inicial de funcionamento em um espaço cedido do prédio da ASCMRG, tendo acompanhado todos os estágios de construção do hospital, expansão de serviços e consolidação do HU como referência na assistência e formação de recursos humanos na região sul do estado.

Desta maneira, demissões feitas sem prévia comunicação, algumas durante o plantão já iniciado, sem a presença dos gestores com ações que demonstrassem o agradecimento pelos serviços prestados à comunidade repercutiram negativamente no clima não apenas dos trabalhadores da fundação, como também nos profissionais RJU que atuavam com eles e também no grupo de funcionários EBSERH que estava chegando.

Conflitos, tensões e rixas entre profissionais com vínculos empregatícios distintos não era, todavia, algo novo dentro do hospital. Os relatos dos trabalhadores com maior tempo de hospital foram claros em demonstrar que desde o momento em que o HU passou a contar com mais de um vínculo empregatício instauraram-se conflitos e disputas por poder. A pressão sobre os trabalhadores fundacionais já existia desde o primeiro concurso RJU, assim como as ameaças de demissão e o assédio no serviço.

Verifica-se que muito poucas ações foram adotadas pelas gestões do hospital e principalmente da universidade no sentido de intervir nestes conflitos, concluindo-se que o distanciamento da FURG do HU um dos maiores problemas do hospital e uma das possíveis causas das dificuldades de gerenciamento e organização do trabalho no HU/FURG. O hiato deixado pela gestão abriu mais espaço para o exercício do poder profissional de categorias privilegiadas historicamente nas organizações de saúde - médicos - para a academia, para o sindicato - que dava o suporte e buscava intervir em favor dos trabalhadores – e para uma série de arranjos institucionalizados pelos trabalhadores de forma geral.

As circunstâncias políticas da liberação de vagas e de liberação de recursos foram determinantes para definir a forma do processo de substituição. Desta maneira, ficou evidente que as ações se deram menos por uma estratégia ou planejamento e mais por contingência. Uma adaptação ao contexto vivido que determinou o rumo das demissões.

Um outro ponto a ser destacado é a atuação do sindicato. O sindicato ideologicamente era contrário à adesão, tendo sido de grande valia na intenção inicial da universidade de barrar a instalação da filial da empresa. Esse papel refletiu no ânimo e postura dos trabalhadores RJU e na resistência demonstrada por estes não só a qualquer determinação vinda da direção do hospital como em relação aos novos colegas contratados. Quando da adesão, no entanto, se mostrou inevitável o sindicato saiu de cena e abriu espaço para que a reitoria e o conselho universitário adotassem as medidas necessárias para a assinatura do contrato de gestão compartilhada, sem que no dia-a-dia fosse marcante a sua oposição à empresa.

No entanto, a partir de um momento em que os entrevistados marcam como o da cooptação da principal líder sindical para atuar em um cargo de gestão relevante dentro da empresa essa resistência não foi mais sentida. A cooptação é um importante mecanismo de

eliminação de opositores e por consequência de minimização de conflitos e tem como finalidade diminuir tensões em um campo, sendo imensamente importante para a manutenção do status quo em uma instituição (SELZNICK, 1972). A cooptação consiste em trazer para dentro da estrutura da organização indivíduos que têm a capacidade de mobilização e influência sobre os demais. É um processo que promove ou consolida mudanças institucionais (SELZNICK, 1972) e traz o extra institucional para a institucionalidade.

Esta ausência de oposição sindical foi determinante para um sentimento muito presente dentre os trabalhadores FURG de desprestígio e falta de representação. O quantitativo de profissionais RJU hoje é muito inferior ao de trabalhadores EBSERH e por vezes há a sensação de perda de espaço e voz no hospital. De certa forma guarda verdade esta impressão ao passo que os trabalhadores RJU não são mais os únicos concursados federais atuando no hospital e dividem em vários momentos as atenções da gestão do hospital. Muitos cargos importantes são exercidos por empregados EBSERH e há uma tentativa de aplicação geral e irrestrita dos regulamentos da empresa para toda a força de trabalho do hospital.

Todavia, esta não passa, atualmente, de uma percepção do grupo que podemos dizer que teve atenuada apenas uma parte de sua força. Não se trata de uma realidade. Os profissionais RJU mesmo em minoria possuem um poder muito forte dentro do hospital, assim como a influência da academia - também formada por profissionais do mesmo vínculo - sobre a gestão da universidade e do hospital é muito grande.

A chegada da empresa trouxe aspectos positivos para o hospital. O principal foi a melhoria nos quadros de pessoal, refletindo na disponibilidade de especialidades que antes o hospital era carente, o que qualificou a assistência e a formação dos alunos em razão da preceptoria em mais áreas. O aumento do quantitativo de pessoal distensionou as escalas, permitindo um melhor planejamento das escalas e o cumprimento de folgas e intervalos ao grupo sobrecarregado.

Um segundo aspecto onde é inegável o avanço trazido pela chegada da empresa foi o da estrutura de gestão com a criação de cargos de coordenação e supervisão com diversas estratificações não apenas na área assistencial, como no ensino e pesquisa e na administrativa. Esta última foi contemplada com quadro de pessoal técnico para suporte financeiro, infraestrutura e gestão pessoas, inexistente no modelo de gestão anterior. Essa estrutura de gestão permitiu um compartilhamento de responsabilidades com mais setores, desafogando a pequena equipe que antes geria o hospital praticamente sozinha. Da mesma forma, contemplou todas as áreas do hospital, aproximando a gestão dos trabalhadores da ponta.

Todavia, conclui-se a partir das falas dos entrevistados e dos objetivos traçados pelo hospital no dimensionamento de seus serviços que a empresa não atendeu todas as expectativas geradas no momento da adesão. Não foram percebidos neste recorte temporal de cinco anos entre a assinatura do contrato e o atual momento avanços relacionados ao estabelecimento de rotinas e protocolos mais próximos aos preconizados pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), CFM (Conselho Federal de Medicina) e afins. Tal fato impacta diretamente na organização do trabalho das unidades e profissões, que permanecem atuando de forma muito autônoma, sem padronização na assistência e com uma presença muito grande de autogovernos.

Não se percebe até o momento tentativas exitosas de intervenção no hospital como um todo capazes de modificar os arranjos organizativos institucionalizados ao longo dos anos além de poucas iniciativas isoladas, como o caso da criação de uma unidade modelo e que foi impactada por uma descontinuidade promovida por uma mudança de equipe de gestão no hospital.

Outro aspecto que tem atrapalhado bastante o dia-a-dia do hospital e influenciado de forma negativa na composição das unidades e na assistência é a grande rotatividade de pessoal contratado pela empresa. As normas que regulamentam a mobilidade de empregados entre filiais assim como as características do concurso de uma abrangência nacional incentivam candidatos de todas as regiões do país a participar das seleções. No entanto, a distância geográfica da cidade de Rio Grande das regiões nordeste e norte, além de questões culturais e até mesmo climáticas, somadas à distância das famílias e círculos de amizade contribuem para uma grande evasão de profissionais. Além de uma grande flexibilidade da legislação são comuns intervenções por meio de ações judiciais movidas pelos empregados amparadas em problemas de saúde, o que aumenta ainda mais a saída de funcionários.

As reposições não têm ocorrido com a velocidade desejada, principalmente por questões orçamentárias da empresa, além de uma falta de interesse de alguns profissionais em assumir postos naquela filial. O resultado desta rotatividade de pessoal é a descontinuidade do cuidado, a perda de capital intelectual - haja vista a formação e qualificação destes profissionais quando chegam à filial - além de um grande retrabalho por parte das chefias que necessitam treinar os novos trabalhadores.

Um terceiro ponto negativo que se extrai da chegada da empresa no HU/FURG foi o distanciamento da academia no que se refere ao envolvimento com o braço do ensino e pesquisa do hospital. A academia, notadamente a FAMED e a EENF, sentiram em um momento inicial uma diminuição de seu histórico prestígio no que se refere à gestão do hospital em termos

clínicos e administrativos. A vinda de uma empresa para introduzir um novo modelo de gestão no HU abalou a relação da academia com o hospital, ocorrendo um distanciamento dos docentes.

A principal das queixas levantadas é de que a EBSERH não demonstrava conter em seu projeto uma preocupação com a qualificação dos eixos do ensino e pesquisa, priorizando temas ligados à assistência e gestão administrativa e de processos. Tal sinalização dos entrevistados encontra guarida em uma análise da estrutura de sua gestão em nível nacional. Ao contrário destas duas áreas não havia até recente data uma diretoria específica para atuação e desenvolvimento de políticas voltadas especificamente para pesquisa, ensino e novas tecnologias.

Dentro da estrutura local verifica-se, igualmente, que a área não recebe a mesma atenção das demais, com um organograma muito mais enxuto. Tal fato, por coincidência ou não, acaba refletindo diretamente nas políticas desenvolvidas ou na praticamente inexistência delas. Não são verificados projetos ou propostas de treinamentos e formação continuada sistêmicos e desenvolvidos de acordo com as maiores necessidades do hospital. Não há intercâmbio com os programas de residência ou proposta de qualificação destes, assim como na integração e supervisão dos estágios dos discentes de graduação. Propostas de qualificação e estabelecimento de convênios com instituições que promovam pós-graduação em nível de mestrado e doutorado, incentivando a formação de seus profissionais. As iniciativas promovidas em comparação com os avanços promovidos nas outras áreas são muito tímidas e justifica, portanto, a insatisfação dos trabalhadores e da academia.

Com efeito, não foi objetivo do presente trabalho realizar uma discussão teórica ou conceitual acerca do tema organização do trabalho como os realizados com ênfase em abordagens e subdivisões clássicas como as feitas por Fleury (1980) – racionalização, enriquecimento e autonomia – ou apenas a elementos ergonômicos e psicossociais, como nos estudos de Dejours (2003) e suas implicações para a saúde do trabalhador, como o feito por David et al (2009) em estudo que buscou analisar os impactos da organização do trabalho para profissionais de saúde.

Por outro lado, conclui-se ao final da pesquisa que questionados os entrevistados sobre suas percepções sobre o tema não existe um padrão ou unicidade por parte dos trabalhadores entrevistados acerca de um conceito sobre o que represente a organização do trabalho em um hospital.

A inexistência de um entendimento pacífico é resultado da não abordagem do tema na formação da maioria das profissões que atuam na área da saúde. Temas como a gestão hospitalar

e a organização do trabalho são abordados apenas no curso de enfermagem. Assim, a criação de sentido sobre o que representa a organização do trabalho ocorre a nível individualmente e leva em consideração fatores como a experiência, os contextos sociais e profissionais onde estão inseridos (THURLOW; MILLS, 2009).

A criação de sentido sobre o que representa o tema parte de um processo que leva em consideração a bagagem de cada indivíduo, as relações por ele estabelecidas e seus contextos - sensemaking (WEICK, 1995) - em um processo muito semelhante ao que também é descrito na Teoria Institucional. Por estar relacionado diretamente às experiências vivenciadas por cada indivíduo este fato pode explicar profissionais da mesma profissão com atuação e setores diferentes de um hospital possuírem visões e percepções diferentes sobre o mesmo tema.

Da análise de todos os elementos colhidos durante a pesquisa foi possível depreender que os hospitais universitários estão inseridos em campos notadamente distintos de outras espécies de organizações de saúde. Há uma grande diferença, inclusive, destes para os demais hospitais com perfil apenas assistencial. O campo onde está imerso o HU/FURG é um microcosmo com relações, leis, regras, agentes internos e externos próprios (BOURDIEU; WACQUANT, 2002).

O papel exercido principalmente pelos agentes externos e que possuem uma atuação próxima e interferem nas decisões e caminhos adotados pela gestão do HU (Universidade, sindicato e academia) torna este campo único. As disputas, o poder, a dominação e a influência exercidas por cada um destes agentes impacta na formação de uma cultura própria, sem igual. O estudo destes elementos, principalmente o poder a partir da perspectiva abordada por Bourdieu foi de grande relevância e considera-se que o ponto alto da pesquisa por possibilitar dar a dimensão exata necessária para a esta categoria destaca na fala dos entrevistados como determinante para a compreensão das relações travadas no HU/FURG.

Outra importante conclusão que pode ser retirada a partir da análise realizada a partir da perspectiva de Bourdieu com relação à formação do campo é a possibilidade de construção em um nível macro. Enquanto em uma análise que leva em consideração aspectos micro, intimamente ligada a fatores ambientas e relacionamentos entre agentes, observa-se que no caso dos HU existe um campo em uma escala de proporção maior onde o hospital está inserido.

Este campo em sentido amplo está vinculado à influência política na qual a organização está submetida. Ele é constituído pelos agentes políticos que determinam os rumos das políticas executadas no hospital. Esses atores são todos órgãos da administração pública como o Ministério da Educação, a EBSERH e o governo federal como um todo.

Isto se demonstra pela coercibilidade com que os HU e as IFES passam a ter de executar as decisões do governo quando imputam, por exemplo, o encerramento das atividades das fundações de apoio e a adoção do modelo de gestão da EBSERH. A partir do momento em que o governo federal adota um novo modelo de gestão e cria políticas que restringem a atuação dos órgãos vinculados através de mecanismos como a liberação de recursos e vagas ficou demonstrado pelo que se observou nos relatos dos entrevistados que resta pouca margem de gestão e autodeterminação para os administradores.

Há, ainda, a influência dos órgãos de controle. Trata-se de um importante elemento inserido no campo e fruto do modelo gerencial adotado pelo governo federal desde meados da década de 1990. Mesmo a alternância de partidos políticos com ideologias diferentes não foi capaz de quebrar a onda de políticas e reforma do Estado instaurados a partir daquele período. Partidos de direita e de esquerda, as vezes em maior e as vezes em menor proporção, deram continuidade aos ideais do modelo que foi iniciado naquele momento.

O controle externo, a prestação de contas, a busca pela legalidade e cumprimento de metas e transparência são características marcantes do modelo gerencial e estão presentes em diversas propostas de intervenção do governo nas organizações públicas. Assim, foram criados serviços de ouvidoria, fortalecidas as auditorias internas de órgãos e recentemente trazidos para as suas estruturas setores responsáveis pela gestão de riscos na administração.

O HU/FURG reúne categorias profissionais socialmente reconhecidas, como médicos e docentes do ensino e superior, e que gozam de autonomia, prestígio e influência. O conhecimento, a aptidão técnica e a capacidade de movimentar recursos os coloca em uma posição de respeitabilidade que inibe movimentos e investidas dos demais grupos que atuam em conjunto com estes nas tarefas de ensino e assistenciais.

Foi possível a partir dos dados coletados verificar que o HU em estudo se trata de uma típica burocracia profissional (DUSSAULT, 1992; MINTZBERG, 2003) as categorias e profissões dominantes possuem recursos extremamente valorizados no meio social e profissional onde atuam e auferem, em razão disto, uma concordância por parte de gestores, comunidade acadêmica e outras categorias que legitima suas ações e exercício de poder (BOURDIEU, 2012).

Através dos relatos históricos dos entrevistados-chave ouvidos foi possível através de suas falas não apenas a formação do campo onde o HU/FURG está inserido como também do seu *habitus* (BOURDIEU, 2012), um sistema duradouro, que se perpetua por ações reiteradas ao longo do tempo e que podem denotar um saber prático adquirido no curso dos anos ou o simples exercício de uma vontade preponderante de um grupo dominante sobre as demais.

Assim, foi possível compreender como a maneira com que o HU foi constituído, o seu processo de formação, as influências que sofreu ao longo dos anos e os relacionamentos entre seus agentes permitiu a incorporação de hábitos, rotinas, símbolos e práticas, ou seja, uma série de arranjos que reafirmam a posição de cada categoria na estrutura do HU.

A institucionalização destes arranjos reflete um processo de legitimação de comportamentos dos agentes do campo, atuando diretamente na história de uma organização e auxiliando na formação da sua cultura (SELZNICK, 1972). Trata-se de um processo e, portanto, o mesmo é contínuo, mas ao mesmo tempo dinâmico. Isto se torna muito claro quando a organização em análise é um hospital público e com missões que abrangem não apenas a assistência, como o ensino e a pesquisa.

Outro importante achado da presente pesquisa é de que HU/FURG é um local onde está presente uma forte autogestão por parte de seus profissionais, uma autonomia que não se restringe a aspectos técnicos, chegando à organização trabalho. Por meio destes autogovernos verificou-se uma liberdade de agir, proceder, definir suas próprias rotinas, horários e forma de trabalho. Talvez a mais importante descoberta relacionada a este tema seja de esta liberdade é na verdade auto outorgada pelos próprios trabalhadores e não concedida como um entendimento ou política do hospital ou da universidade.

As principais causas dessa liberdade auto administrada são o distanciamento da gestão universitária historicamente do dia-a-dia do HU - distanciamento físico e de políticas desenvolvidas para o hospital - assim como uma grande lacuna na legislação - a nível de União assim como de normas internas do hospital – que abriram espaço para a legitimação destas autogestões.

Percebeu-se que os profissionais que atuam nesta organização de especialistas atribuem grande valor à autonomia na gestão de seus espaços e rotinas. Há inegável interesse de manutenção por parte dos agentes em conservar os habitus construídos ao longo de décadas por força de intensas lutas travadas no campo, com o enfrentamento com outras categorias profissionais assim como com a gestão do hospital e da Universidade.

A manutenção do status quo é a garantia de que os arranjos forjados pelos intensos processos de negociação, greves e pelo exercício do poder e influência das categorias será respeitado, demonstrando a grande força atribuída aos profissionais. Cada arranjo produzido ao longo dos anos representa o poder de cada uma das categorias profissionais de saúde, sendo ele muitas vezes imperceptível aos olhos de quem não conhece os meandros do campo, calcado em símbolos e códigos repletos de significados apenas para quem conhece as regras do jogo (BOURDIEU, 2012).

Esse interesse nas "regras do jogo" é forjado nos profissionais de saúde desde o momento de suas formações, nas respectivas Escolas e Faculdades, onde os valores e papel de cada profissão são esclarecidos e hábitos socializados de forma que cada um compreenda a função desempenhada "em campo", a importância de manter suas "funções" e de disputar o espaço e impor. Isto pode se dar de forma pacífica ou até mesmo arbitrária, sempre na busca de impor seus interesses frente aos demais agentes.

A alteração dos agentes do campo por meio da substituição de pessoal promovida a partir da adesão à EBSERH foi um elemento que trouxe instabilidade ao campo, quebrando uma certa harmonia estabelecida através dos arranjos firmados. Alteram-se agentes na área assistencial, com a troca dos profissionais da FAHERG, habituados e conhecedores de todas as regras do jogo por profissionais EBSERH, que desconhecem o campo e são contratados com o objetivo claro de desinstitucionalizar às práticas vigentes, assim como alteram-se os agentes responsáveis pela gestão, os mesmos que foram complacentes com a institucionalização dos hábitos e práticas ao longo dos anos.

O HU/FURG criou uma forma de organizar o trabalho híbrida, pois estão presentes elementos da organização do trabalho da rede privada assim como características próprias previstas na Lei 8.112/90. Pela força do hábito foi construído um modelo de organização que contempla apenas o que é mais benéfico em cada regime. O poder e a influência das hierarquias paralelas criaram direitos que sobrepõe ao normativo, institucionalizando-se e ganhando status de direito adquirido e, portanto, se tornando praticamente imutáveis.

Esta percepção, formada por conveniência por trabalhadores e defendida pelo sindicato, gera uma resistência muito grande diante de qualquer tentativa de discussão acerca de muitos temas ligados à organização do trabalho no hospital. A resistência à mudança é dos temas centrais mais recorrentes das narrativas dos entrevistados e está associada ao alto grau de institucionalização presente no hospital (ZUCKER, 1977; CRUZ, 2012).

Um dos pontos mais relevantes da pesquisa está nas intensas disputas por poder e espaço dentro do campo. Verifica-se que mesmo que muitas vezes exista uma certa harmonia no convívio entre as diferentes profissões e categorias que atuam em conjunto no hospital esse equilíbrio é tênue, sendo um local de constantes conflitos entre categorias (DUSSAULT, 1992).

O exercício do poder é exercido de formas distintas dentro do HU/FURG. De um lado encontram-se os profissionais da medicina, privilegiados por uma construção social histórica que outorga poder a esta categoria quase como um dom divino, mas que guarda relação com o conhecimento técnico de sua atividade que o distingue dos demais trabalhadores da saúde na visão comum (FOUCAULT, 1984). Estes profissionais usufruem em suas rotinas de uma

grande autonomia e liberdade de organizar seu trabalho, não respondendo hierarquicamente a estruturas de gestão e sem um controle efetivo pela direção do hospital (GONÇALVES et al, 2019).

Do outro lado encontram-se as profissões com um certo nível de especialização, mas que veem seu poder emanar do peso político de sua participação nos processos eleitorais do HU e da Universidade. Dentro deste grupo surgem com maior destaque os profissionais de enfermagem, que contam com mais da metade da força de trabalho do hospital e ocupam posições de destaque no sindicato dos TAE. Este grupo, no entanto, não possui a autonomia conferida aos médicos, sendo submetidos a um intenso controle por parte de suas chefias e gestão (ZAGONEL, 2007).

É notória no HU/FURG até os dias de hoje, no entanto, uma submissão dos profissionais de enfermagem aos médicos e isto pode ser atribuído a uma cultura que tem como principal responsável a formação destes profissionais na academia. Os médicos chegam ao mercado de trabalho sendo doutrinados em um ambiente que valoriza a sua profissão e que incute nos alunos a ideia de uma posição superior às demais. Enfermeiros, por outro lado, continuam ouvindo nas cadeiras da universidade que o papel da profissão é auxiliar o médico no cuidado e que estes são o centro de uma equipe formada por diversos profissionais das mais diversas áreas da saúde.

Esta é uma concepção muito própria de faculdades e universidades do interior do país. Trabalhadores formados em grandes centros ou que tiveram experiências profissionais nestes lugares possuem uma visão sobre as profissões totalmente diferente. Desta forma, para que uma mudança seja operada na forma na forma institucionalizada com que as profissões se relacionam dentro do hospital é necessária uma intervenção na formação dos profissionais, ou seja, na percepção da academia sobre trabalho em equipe e equipes multiprofissionais de saúde.

Cabe neste ponto uma reflexão no que se refere à influência e poder dos profissionais no âmbito da Universidade e do hospital. Como já mencionado anteriormente Universidade e hospital são típicos casos de burocracias de especialistas onde o saber técnico especializado de algumas categorias profissionais os eleva a uma condição de superioridade devido ao domínio de suas funções e a impossibilidade de contestação pelas demais profissões.

Assim, historicamente os médicos adquiriram não só dentro da área da saúde junto às demais profissões que a compõe como principalmente junto à sociedade uma posição de destaque e status inatingível.

Todavia, a razão de ser das universidades e elemento central dentro da estrutura de ensino para a formação é academia, sendo os docentes responsáveis pela condução do processo

de aprendizagem, pesquisa e extensão, além da gestão administrativo e pedagógica das Universidades.

Como já tratado aqui desempenharam estes um papel muito relevante para primeiro criar os HU, depois dar o suporte ao seu desenvolvimento, atuar na parte assistencial quando não havia quadro técnico próprio e depois conduzir os rumos da gestão clínica e administrativa dos hospitais por décadas.

Neste ponto, em que pese o grande poder da categoria médica e seu status social ainda a academia possui um peso muito grande para a gestão da universidade. Não é diferente este processo na FURG. Os desejos assim como as insatisfações trazidas pela FAMED e depois pela EENF possuem uma influência muito grande nas decisões da Universidade. Não se trata, porém de uma hierarquia formal entre academia e médicos. Todavia, esta rede informal existente devido ao capital intelectual (BOURDIEU, 2012) envolvido tem um peso que não pode ser desconsiderado, ainda mais em se tratando de uma organização onde fatores políticos são tão determinantes nos rumos tomados pela gestão.

Existem problemas graves de relacionamento dentro das unidades de trabalho. Eles não se resumem a conflitos por disputa de espaço ou influência. Há no hospital estudado uma visão institucionalizada de superioridade dos profissionais da medicina que legitima comportamentos desrespeitosos com as demais profissões (insultos e assédio em diversos momentos), privilégios (concessão de benefícios e uma autonomia distinta de outras profissões), ausência de controle por parte da gestão, corporativismo e protecionismo com relação a graves faltas funcionais e éticas no serviço público cometidas.

Pelo que se retira dos relatos dos entrevistados profissionais que não sejam da área da medicina apenas passam a ter respeito quando demonstram um conhecimento técnico muito superior ao comum, seja pelo tempo de atuação e experiência em uma determinada função, seja pela formação acadêmica com cursos de pós-graduação. Os médicos, por sua vez, já ingressam na profissão com o respeito de seus pares, gestão e demais profissões, independentemente da experiência ou de uma qualificação acadêmica. Estes elementos se tornam irrelevantes, o que aponta uma assimetria de tratamento, fonte de uma série de conflitos descritos (DUSSAULT, 1992). Trata-se de uma constatação muito preocupante, pois é naturalizado até para outras categorias que para existir respeito pelo seu fazer, pela sua atividade, é necessário ir além.

Por ser o HU/FURG uma burocracia profissional verificou-se que existe uma diferenciação muito grande até mesmo dentro da medicina na escala de autonomia e nas benesses concedidas pela direção do hospital. Médicos especialistas têm uma autonomia muito mais evidente do que aqueles com uma formação generalista. Desta forma, médicos que

trabalham em locais como o pronto socorro e clínica médica, as duas maiores unidades do hospital, também reclamam de uma diferenciação de tratamento com relação aos colegas de outras áreas (Traumatologia, Pediatria, Maternidade, Centro Cirúrgico, Anestesiologia, dentre outros), o que parece ser um achado relevante não encontrado na literatura utilizada como referencial teórico da presente pesquisa.

A tentativa de desinstitucionalização desta forma de se gerir o hospital, assim como diversos vícios aderidos à forma de organizar o trabalho no HU não se mostrou, passados cinco anos da implementação da empresa junto ao hospital da FURG, exitosa. Esta conclusão pode ser obtida através das seguintes constatações:

A falta de coordenação e participação efetiva da universidade junto ao hospital foi uma das causas de uma série de conflitos e sentimento de terra sem lei do HU. A ausência da gestão permitiu a criação de arranjos, comportamentos e hábitos institucionalizados ao longo de décadas. O distanciamento da gestão permaneceu, mesmo após a adesão à EBSERH. Esta lacuna na coordenação do processo levou a uma inexistência de uma política de integração das diferentes categorias que atuavam no hospital neste período de transição.

Da mesma forma, pode ser apontado que dada a reticência da gestão universitária em aderir à EBSERH este fato constituiu também um grande empecilho para a adesão ao novo modelo proposto ao passo que não conseguiram conduzir um processo de pacificação dos ânimos dos trabalhadores e sindicato e alcançar o engajamento necessário à mudança.

No entanto, este comportamento distante da gestão da Universidade por parte dos trabalhadores que atuam no hospital não é algo recente ou posterior à adesão à EBSERH. Antes mesmo da chegada da empresa o pesquisador e seus colegas de atuação na área de pessoal da FURG constantemente recebiam relatos daqueles no sentido de não se sentirem parte da Universidade. Não havia sentimento de pertencimento pela nítida falta de inclusão, o que não diminuía o comprometimento para com a instituição, em que pese este fosse mais direcionado ao hospital do que com a Universidade.

A fala de um dos entrevistados no sentido de descrever seu sentimento de frustração ao não ser convidada para uma solenidade de entrega de distinções aos funcionários que completavam marcas importantes de tempo de serviço na universidade foi bastante emblemática e carrega muito desta percepção generalizada entre os trabalhadores do RJU. Tratava-se de uma das primeiras funcionárias do hospital, que atuava no HU mesmo antes da criação da FAHERG, ainda no prédio alugado junto à Santa Casa, foi aprovada muitos anos depois no primeiro concurso da FURG e passou por diversos cargos de gestão do hospital em diversos momentos. Todavia ela relata ter sido esquecida, enquanto profissionais vinculados à

FAMED e EENF que também atuavam no hospital receberam seus convites e participaram da solenidade. Nem mesmo o fato de ter recebido a medalha em um momento posterior, recebida através do malote (serviço de protocolo da FURG) aplacou a dor pelo esquecimento, ao passo que o mais importante para ela não era a condecoração e sim a lembrança e o reconhecimento da solenidade, podendo comemorar a data junto a seus colegas, o que foi privada.

Havia o sentimento de que o hospital era um peso para a FURG e os HU de forma geral também o eram para as suas universidades. As dificuldades em gerir os hospitais devido aos desafios de ordem financeira para a compra de insumos, infraestrutura e das folhas de pagamento eram imensos. Havia um déficit de pessoal na área administrativa dos hospitais que fazia com que boa parte dos recursos humanos das universidades tivessem que ser mobilizados para atacar os problemas das áreas de infraestrutura, administrativo-financeira, e de pessoal devido ao grande fluxo de demandas trazidas do hospital.

Na área de pessoal era comum, por exemplo, que colegas da universidade reportassem que a grande parte do trabalho que executavam era "para o hospital", ou seja, havia realmente um sentimento ou um discurso de que o hospital não pertencia à Universidade ou não estaria em um grau de igualdade com as demais unidades da Universidade. Para muitos o hospital era um peso e um problema. Criar uma empresa para geri-lo era do ponto de vista destas pessoas mais do que uma solução, mas uma espécie de alívio.

Outro ponto que informalmente era relatado pelos colegas de Universidade e que surgiu nas falas, principalmente dos profissionais que atuaram na gestão do HU, e que reforça o aqui retratado é de que embora o hospital fosse a maior interface da Universidade com a comunidade local e que constitua-se em seu maior projeto de extensão existia em diversos momentos a impressão de tentativa de descolamento da imagem Universidade/HU. Isto aparece de forma mais nítida nos momentos onde os problemas eram externalizados, como no caso da operação da Polícia Federal que investigou o não cumprimento de carga horária de profissionais. Em situações como esta havia uma tentativa de isenção de responsabilidade por parte dos gestores da FURG, atribuindo toda ela à gestão do hospital. Outrossim, em iniciativas exitosas como no auxílio e intercâmbio prestado à UFSM por ocasião da tragédia da Boate Kiss em Santa Maria, a atuação no combate e controle da epidemia de H1N1, pesquisas com reconhecimento nacional e internacional produzidas no hospital e mais recentemente na epidemia de COVID-19 é buscado a todo momento dividir os louros das conquistas e demonstrar o protagonismo da Universidade.

Conclui-se, neste ponto, que muito embora os HU sejam locais complexos e de difícil gestão, ao ponto de levarem as universidades a exigirem que o governo federal tomasse uma

medida que resolvesse os problemas de seus gerenciamentos – o que levou a criação de comissões que deram origem ao REHUF e posteriormente à EBSERH – a ciência da relevância dos HU para os contextos locais e regiões na assistência à população e formação de recursos humanos nunca permitiu aos gestores romper o vínculo dos hospitais com as IFES. Assim, os contratos firmados com a EBSERH são de gestão compartilhada e por tempo determinado, não havendo a cedência ou transferência dos hospitais e trabalhadores para a empresa.

Um outro problema enfrentado na busca por uma desinstitucionalização do modelo anterior e uma adesão ao novo consiste no engessamento e falta de flexibilidade das normas da empresa. Não está se referindo aqui aos padrões mínimos de ética pública ou protocolos assistenciais prescritos de acordo com os ditames da ANVISA e conselhos de classe. Existe um rigor na padronização de procedimentos de toda legislação de pessoal, respingando em aspectos da organização do trabalho que acaba por passar por cima de características locais e culturais em muitos aspectos onde existe uma margem para flexibilização e adequação. Por certo que como foi discutido anteriormente cada hospital universitário pertence a um determinado campo, com características próprias, moldadas através de sucessivas relações ao longo dos anos. Por mais que os hospitais se assemelhem em muitos aspectos outros os diferenciam de forma muito clara.

Esta rigidez e uma ausência de autonomia das filiais na regulamentação de vários pontos que seriam de sua alçada é um dificultador da implementação do modelo, pois além de uma natural resistência encontrada na implantação da empresa leva o gestor local a ter de lidar com dificuldades impostas pela falta de possibilidade de negociação e adequação às condições locais de cada hospital. Tal constatação vai ao encontro do apontado por Dussault (1992) dos perigos representados pela burocratização e controle excessivos em burocracias profissionais.

Constatou-se, também, que um dos obstáculos criados com a chegada da empresa está na percepção dos entrevistados de um aumento do que foi denominado de burocracia ou uma burocratização dos serviços. Esta percepção está baseada em um processo natural objeto da chegada de um grande número de novos colegas – contratação de setecentos e trinta e cinco trabalhadores – e a saída dos trabalhadores da FAHERG (424). Uma alteração tão grande no quadro de funcionários por si só seria capaz de gerar este sentimento, ao passo que antes todos os colegas se conheciam, trabalhavam juntos por muito tempo. Existia uma relação de confiança já estabelecida.

A entrada de novos colegas, a grande maioria vinda de outros locais do país cria um certo distanciamento e uma impessoalidade. Ela é aumentada pela nova estrutura de gestão do hospital, com um organograma muito maior e estratificado, com diversos níveis de

gerenciamento e hierarquias. Acompanhou este novo organograma uma série de modificações, como a adoção de protocolos e sistemas para registro de solicitações, execução e acompanhamento. Com isso, diversos avanços foram obtidos, permitindo gerar indicadores de desempenho, aumento do controle de estoques e consumo de suprimentos e medicamentos, controle de agendas de consultas e cirurgias dentre outros. Todavia, este processo não se limitou a uma melhor forma de organizar serviços. Existiu um aumento excessivo de procedimentos e trâmites administrativos que em situações corriqueiras e de urgência do dia-a-dia de um hospital não se justificam, além de terem impactado muitas vezes nos processos assistenciais com a diminuição da celeridade exigida.

Há evidências de que o distanciamento entre os vínculos foi aumentado não apenas por uma ausência de políticas de integração entre os trabalhadores como também por uma imposição de barreiras pelos gestores. É exemplo disso a separação recente do atendimento na área de gestão de pessoas dos trabalhadores, sendo os com vínculo RJU recebidos em um prédio fora das instalações do hospital. Da mesma maneira, não foi dada continuidade a uma série de medidas buscadas quando da chegada da empresa como a da unidade modelo da clínica médica, dos enfermeiros líderes das unidades e a regulamentação em conjunto de temas ligados à organização do trabalho pelas gestões do hospital e da universidade.

A interrupção destes projetos demonstra a descontinuidade com muitas políticas identificadas como necessárias para a melhora do convívio e diminuição de conflitos entre trabalhadores e trabalhadores e gestão, sem que tenham sido encontradas nas falas iniciativas semelhantes com o intuito de integrar trabalhadores e facilitar a absorção pelos profissionais dos novos protocolos e formas de organizar o trabalho no hospital.

É possível apontar, também, que houve, segundo os relatos dos entrevistados, uma grande desmotivação por parte dos novos contratados. O grupo chegou ao hospital empolgado, buscando colocar em prática os modelos propostos pela empresa, assim como uma série de medidas, procedimentos e protocolos adotados em seus hospitais de origem e na literatura. Todavia, estes profissionais esbarraram em uma grande resistência do grupo que fazia parte do hospital, seja pelos funcionários FAHERG que perderiam o emprego seja pelos trabalhadores RJU que se sentiam desprestigiados e com receio de serem colocados de lado. Esbarram em uma resistência muito forte imposta a tudo que partia dos novos trabalhadores, assim como de quem estava na gestão. Uma verdadeira oposição a tudo que era novo (CRUZ, 2012).

Somado a isto houve uma desmotivação muito grande ligada ao fato de que não perceberam mudanças nas práticas e rotinas anteriores do hospital, além de um forte

corporativismo e protecionismo dos profissionais RJU com relação a condutas que deixaram de ser repreendidas.

Como resultado desta sequência de eventos conclui-se que no recorte temporal estudado ao invés de ter ocorrido uma desinstitucionalização da forma de organizar o trabalho e dos arranjos produzidos ao longo dos anos pelos profissionais do HU/FURG, com uma inserção gradual do modelo trazido pela EBSERH observa-se a ocorrência de um processo inverso. Paulatinamente muitos dos trabalhadores da empresa, vencidos pela resistência imposta pelos profissionais remanescentes e percebendo que seria mais fácil se adequar à maneira como já se trabalhava no hospital na busca por legitimidade perante o grupo, passaram a atuar como aqueles. Houve uma aculturação na forma de agir e se portar. Algo inesperado diante da substituição em massa de pessoal e a adoção de um modelo de gestão baseado em elementos normativos e prescritos.

Por se tratar o HU de uma instituição dinâmica e altamente influenciada por seus atores internos e externos os processos políticos podem alterar substancialmente os rumos da universidade. Fatos como a diminuição ainda maior do quadro RJU, pela aposentadoria dos profissionais em exercício, ou resultados eleitorais na universidade e no hospital podem impactar neste processo, acelerando-o ou tomando o rumo contrário, como pretendido quando da adesão (DUSSAULT, 1992).

No cenário atual a mudança desejada com a implantação de um novo modelo de gestão da organização do trabalho no hospital é algo que está longe de ser agregado e tomado como próprio para os trabalhadores RJU e a gestão do HU. Isto porque não é percebida a assimilação do novo modelo e um abandono do anterior. Em que pese se tratar a mudança de um processo contínuo, não há evidências de que tenha ocorrido a ruptura pretendida.

Fazendo uma comparação com um dos avanços abordados pelos entrevistados que é o fato de os médicos hoje cumprirem as cargas horárias contratuais e registrarem ponto observa-se que isto se dá muito mais como uma forma de autoproteção - devido ao fato de saberem que podem estar sendo fiscalizados pelos órgãos de controle em auditorias e investigados pela Polícia Federal - do que a consciência de que se trata do correto em termos éticos e morais, gerando uma melhoria dos processos assistenciais e de ensino.

A chegada da EBSERH e sua forma de gerir os hospitais foi um processo traumático no HU/FURG, como ocorreu em muitos hospitais universitários (CARMINATTI JR, 2017). No entanto, restou claro através dos relatos que a condução do processo foi feita de cima para baixo, com pouca participação dos trabalhadores e sem o convencimento destes da necessidade da

mudança. A resistência da própria gestão foi um empecilho para o processo e pode ter contribuído ainda mais para os conflitos gerados.

Por fim, uma das conclusões obtidas a partir da análise do conjunto de modificações propostas pela EBSERH e as ações promovidas no HU é de que muito embora tenham sido criadas muitas normativas, regulamentos e protocolos pela empresa estas tratam, na verdade, sobre comportamentos e posturas no trabalho do que sobre organização do trabalho.

Todavia, o trabalho em uma organização complexa como um hospital universitário pressupõe outros elementos e fatores para a sua organização. Um deles é a preocupação com a permanente qualificação profissional. Trabalhadores bem treinados organizam seu trabalho da forma adequada e preconizada com os ditames mais atuais na área da saúde, independente do modelo implementado pela direção do hospital.

Desta maneira, não há evidências nos relatos dos entrevistados assim como dos aspectos estruturais e administrativas implementados de que houvesse uma real preocupação da empresa com essa faceta tão relevante do trabalho nos hospitais e este é um dos fatores que pode explicar a dificuldade de alteração da forma de organizar o trabalho no HU.

Melhorias poderiam ser promovidas na parte assistencial, comportamental, organização do trabalho, gestão e outras com iniciativas que não necessariamente passassem por normatização.

Por tudo isto, a conclusão que se chega após uma análise do processo de substituição de pessoal e de mudança do modelo de gestão é de que as gestões do HU/FURG e da Universidade buscaram o caminho aparentemente mais fácil para operar uma mudança na organização do trabalho do hospital.

Aparentemente porque não teria a necessidade de implementar uma alteração de uma política de pessoal. Esta exigiria uma efetiva intervenção da gestão, maior controle e disciplina e, por sua, vez um desgaste muito maior com os trabalhadores, academia e sindicato, o que talvez por questões políticas foi abortado. Uma intervenção seria um trabalho que poderia apresentar resultados a médio e longo prazo. A mudança dos recursos humanos em tese traria os resultados de forma imediata. Todavia, para ser operacionalizada e surtir os efeitos desejados exigiria uma participação da gestão que em nenhum momento ocorreu da forma necessária.

Por derradeiro, cabe uma última reflexão acerca do papel dos hospitais universitários no SUS e a tentativa de imposição de um modelo gerencial na administração pública, em especial na área da saúde. Cabe destacar que na leitura da lei de criação do SUS a parte destaca sobre o papel dos HU no sistema é mínima, apenas havendo menção de que estes estavam inseridos, sem destacar atribuições, aspirações e metas para cumprimento. Não são destacados

mecanismos de integração destes hospitais à rede, assim como uma interlocução do importante papel de formação e pesquisa efetuado como um elemento diferencial e capaz de auxiliar na implementação das políticas do sistema.

Talvez isto seja resultado do baixo índice de indicares de resultado destas organizações em comparação ao volume de atendimentos ambulatoriais, cirurgias e outros procedimentos, reflexo da quantidade destes hospitais em comparação às Santas Casas e demais hospitais das redes municipais, estaduais e federais. Isto é reflexo do número de leitos hospitalares e de UTI disponibilizados nestas organizações, muito inferiores também àqueles. Assim, os HU podem ter sido tratados apenas como mais um dos órgãos responsáveis pelos atendimentos hospitalares, sem o destaque e protagonismo que entendemos poder possuir no caso da exploração das suas potencialidades em recursos humanos, infraestrutura e principalmente pesquisa e formação de pessoal para atuação de acordo com as diretrizes e objetivos do SUS.

Em que pese o pouco destaque deve ser observado que os HU sempre foram tratados como locais de teste para a aplicação de novas metodologias, protocolos e procedimentos no SUS. Locais de experimento onde uma vez aprovados eram multiplicados para outros agentes e atores da rede.

O modelo gerencial e as políticas que estão por trás desta concepção não chegaram a ser aplicadas através de uma política específica para o SUS. Poucas foram as intervenções realizadas pelo governo federal que impactaram diretamente no sistema com a marca daquele modelo que inspirou a reforma administrativa da década de 1990.

Todavia, pode ser destacado que a criação da EBSERH, por todos os elementos e características da empresa que foram abordadas no presente trabalho constitui uma nítida forma de intervenção nas políticas de saúde que está totalmente enquadrada no modelo gerencial. Assim, em que pese o pouco destaque dado aos HU no SUS pode ser observado que mais uma vez podem estes hospitais estar sendo utilizados como um campo de prova ou teste de um modelo que futuramente pode ser implementado em outras esferas e espaços no sistema.

Caso isso futuramente possa ser realizado não se tem, hoje, como medir os impactos da implementação dadas as características do SUS, principalmente pela sua fragmentação e gestão tripartite entre os entes federados. Todavia, assim como o SUS foi inspirado em experiências exitosas realizadas em outros países como Inglaterra e Itália, não pode ser perdido de vista que nos últimos anos uma grande onda de reformas tem sido produzida na administração pública em diversos países com modelos semelhantes ao nosso e outros também diversos. Este pode ser um indicador de que futuras mudanças podem ser operadas.

5.2 CONCLUSÕES

O presente estudo objetivava analisar como a substituição em massa de pessoal realizado no HU/FURG refletiu na organização do trabalho profissional. Com relação ao primeiro dos objetivos específicos do trabalho observaram-se diversas falhas no processo de substituição de pessoal do hospital, ao passo que não houve uma integração entre os trabalhadores de diversos vínculos que atuavam na instituição. Não foi possível afirmar, inclusive, que tenha ocorrido um processo uma vez que ocorreram contratações e desligamentos sem qualquer preocupação em minimizar os reflexos da substituição no relacionamento entre os profissionais.

Percebeu-se que a Universidade se distanciou na visão dos entrevistados ainda mais do HU, o que já era percebido desde antes da adesão à EBSERH. A forma com que os trabalhadores da FAHERG em diversas situações foram dispensados também foi um elemento que chamou bastante a atenção, principalmente pelo descaso e pouco reconhecimento institucional, mesmo depois de décadas de serviços prestados.

A forma com que as demissões foram conduzidas, principalmente pela inexistência por muito tempo de critérios claros de demissão, assim como da existência de um cronograma para os desligamentos gerava expectativas e incerteza para os trabalhadores, impactando no relacionamento e no engajamento dos trabalhadores. A pouca experiência de muitos dos contratados, assim como a grande rotatividade pelas sucessivas mudanças de lotação para outros hospitais da rede igualmente causou descontinuidade e prejuízos na assistência e no ensino.

No que se refere à compreensão do processo de institucionalização de práticas de organização do trabalho pelos profissionais do HU/FURG observa-se que a principal característica do hospital é a forte autogestão das categorias profissionais mais privilegiadas. Esta autogestão representa uma autonomia auto outorgada pelos trabalhadores ao longo de décadas, fruto de características como: a) a influência da academia sobre o hospital; b) o modelo medicalocêntrico que dá maior poder aos profissionais médicos e matem uma assimetria sobre as demais categorias; c) a ausência de normas de controle e gerenciamento de pessoal voltadas para as organizações de saúde que regulamentassem os serviços na administração pública federal e; d) a ausência de respaldo e participação mais efetiva da gestão universitária.

Percebeu-se, igualmente, uma forte influência do sindicato nas ações do hospital, intervindo de forma determinante através de processos de greve, paralisações e negociações afirmando benefícios aos profissionais não previstos em lei, mas legitimados pelos gestores.

Verificou-se que a academia reafirma e perpetua até hoje a cultura de organização do trabalho assim como as posições assimétricas na distribuição de poder e influência dos profissionais aos estudantes. Estes ingressam no mercado de trabalho com estas visões institucionalizadas, replicando na sua atuação esta visão sobre as profissões, autonomia, gerenciamento e controle.

O terceiro dos objetivos específicos do estudo foi o de analisar o modelo de organização do trabalho da EBSERH. Foi possível constatar que a empresa, em que pese possui-se regulamentação para diversos pontos que antes não haviam previsão na Lei 8.112/90, com um maior controle administrativo e de gestão, com a busca de maior eficiência nos processos assistenciais e de ensino, não teve uma preocupação com questões relacionadas à organização do trabalho. Passaram ao largo pontos relevantes como da contínua formação de seus profissionais, uma das únicas políticas efetivas com o objetivo de mudar uma cultura institucionalizada de organização do trabalho.

Com relação ao último dos objetivos, analisar como a substituição em massa de pessoal impactou nos arranjos profissionais de organização do trabalho no HU/FURG até o presente momento, conclui-se que a mudança da força de trabalho e a criação de normas e regulamentos de pessoal não foram suficientes para alterar os arranjos institucionalizados de organização do trabalho.

A influência dos profissionais RJU sobre a Universidade e ascendência desta sobre a direção do hospital conferem àquele grupo de trabalhadores poder frente aos novos contratados, mesmo que em menor número. A forte resistência à mudança impactou na tentativa de implementar uma nova forma organizativa. Iniciativas propostas pelos gestores, assim como novas formas de atuação e protocolos trazidos pelos novos empregados logo foram deixadas de lado, não tendo adesão do grupo de trabalho.

A resistência às mudanças dos profissionais é uma forma de preservar o status quo e seus privilégios, dentre eles a autonomia profissional. É a garantia de que os arranjos, resultado de negociações e disputas, serão mantidos, demonstrando a grande força atribuída aos profissionais. A institucionalização de uma forma de organizar o trabalho privilegiou o poder e as hierarquias paralelas em detrimento ao normativo e gerando o sentimento de um direito adquirido e imutável. Os profissionais e sua forma de organizar são imutáveis, não reconhecendo hierarquicamente normas ou mudanças vindas da gestão ou do governo sem as quais concordem.

A manutenção da forma de organizar o trabalho assim como dos privilégios conferidos aos profissionais RJU desmotivou os trabalhadores contratados que pouco a pouco deixaram de

atender aos protocolos da empresa e passaram a aderir à forma de trabalho dos remanescentes, ocorrendo um processo inverso ao pretendido com a adesão à EBSERH.

Conclui-se que devido à grande influência da academia até os dias atuais sobre a gestão qualquer mudança que se pretenda implementar no HU em estudo para que seja bem-sucedida necessita que seja operada em conjunto com aquela, havendo sua adesão ao processo. No entanto, este não foi o caso, ao passo que após a chegada da empresa ocorreu um distanciamento dos docentes do hospital.

Não foram percebidos neste recorte temporal de cinco anos entre a assinatura do contrato e o atual momento avanços relacionados ao estabelecimento de rotinas e protocolos, fazendo com que os profissionais permaneçam atuando de forma muito autônoma, sem padronização na assistência e com uma presença muito grande de autogovernos.

Conclui-se, igualmente, que até o momento não ocorreram tentativas exitosas de intervenção no hospital capazes de modificar os arranjos organizativos institucionalizados ao longo dos anos além de poucas iniciativas isoladas e que a alteração dos agentes do campo por meio da substituição de pessoal foi um elemento que trouxe instabilidade ao campo.

No cenário atual a mudança desejada com a implantação de um novo modelo de gestão da organização do trabalho no hospital é algo que está longe de ser tomado como próprio para os trabalhadores, pois não foi percebida a assimilação do novo modelo e um abandono do anterior. Em que pese se tratar a mudança de um processo contínuo, não há evidências de que tenha ocorrido a ruptura pretendida.

5.3 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

Algumas limitações e dificuldades ocorreram ao longo da pesquisa e merecem ser destacadas. A primeira delas foi a demora na definição da abordagem teórica que seria adotada no estudo. Desde o início do projeto havia uma definição em conjunto com o orientador da pesquisa que o tema de fundo seria o processo de substituição de pessoal ocorrido no HU/FURG e suas implicações. Durante os primeiros meses do mestrado e conforme as disciplinas e créditos eram vencidos diversas ideias surgiram e foram ventiladas. No entanto a definição quanto à Teoria Institucional ocorreu poucos meses antes da fase de qualificação do projeto.

Por ser a graduação do pesquisador em Direito existia pouca familiaridade com o tema, sendo necessário um aprofundamento com uma densa teoria de base em um curto espaço de tempo. Conforme os estudos iam avançando ficaram nítidas algumas lacunas existentes na teoria para uma análise que se pretendia realizar, levando em consideração as evidências

encontradas na importância de o tema poder nas relações travadas entre os profissionais na organização em estudo.

Devido à metodologia escolhida e as categorias que se buscava analisar a fase de coleta de dados também foi muito mais alongada do que planejado e desejado. Não pode ser desconsiderado que a pandemia trouxe inúmeras dificuldades extras para esta tarefa. Isto porque muitos dos entrevistados-chave escolhidos para dar seus relatos estavam envolvidos com a linha de frente de cuidado com a pandemia. Outros pela idade e outros fatores tiveram que se resguardar por fazer parte do grupo de risco. Nem todos dominavam as novas tecnologias. Isto fez com que no auge da primeira onda de contágio, após hesitar por algum tempo, foi necessário realizar entrevistas de forma presencial dentro do hospital em plena pandemia.

Da mesma forma, foi colhido um extenso material na fase de entrevistas e muitos temas surgidos não puderam ser tratados e ou aprofundados da maneira desejada dado o escasso tempo que restava para a conclusão do trabalho. Por se tratar de uma coleta de dados que utilizou roteiro semiestruturado (Apêndice A) e pelo conhecimento histórico e vivência dos entrevistados diversos temas surgiram durante as entrevistas, os quais não havia uma previsão inicial e na fase de projeto. Dentre eles, inclusive, o trabalho e sua execução em um hospital durante a pandemia. Este é um tema que se pretende abordar em pesquisas profundas, pois considera-se necessário e oportuno em um estudo próprio.

Por fim, cabe destacar que pode ser considerada uma limitação da pesquisa e que pode influenciar as respostas obtidas sobre o processo de mudança o tempo desde a implementação da empresa até o momento da coleta de dados. Assim, as respostas obtidas sobre a desinstitucionalização do modelo de organização do trabalho refletem apenas e tão-somente o recorte de cinco anos entre a adesão e a coleta de provas.

Não se mostra possível fazer uma previsão ou ter qualquer expectativa de generalização dos resultados uma vez que os hospitais universitários são organizações dinâmicas e sujeitas a interferências políticas. Desta maneira, até como uma futura agenda de pesquisa se faz necessário o acompanhamento deste processo ao longo dos anos para uma compreensão de como alterações nas gestões do hospital, da universidade e até mesmo de políticas do MEC, além de alterações no quantitativo de pessoal RJU no hospital podem alterar os resultados até aqui encontrados.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. **Cadernos ENAP**. 1997.

ABRUCIO, Fernando Luiz. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública-RAP**, v. 41, p. 67-86, 2007.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de pesquisa**, v. 36, n. 129, p. 637-651, 2006.

ARAÚJO, K. M.; Leta, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1261-81, 2014.

ÁVILA, Gisamara G. F. de. **Elementos da cultura de um hospital universitário**: repercussões no comportamento organizacional [dissertação]. Rio Grande (RS): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, 2006.

ÁVILA, Karoline. PF investiga 4 médicos por fraude no registro do ponto em Rio Grande. **GZH**, 2015. Disponível em: < https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2015/09/pf-investiga-4-medicos-por-fraude-no-registro-do-ponto-em-rio-grande-cj5w2om0q184fxbj0r9c5dl8i.html>. Acesso em: 11, março e 2019.

BALESTRIN, Alsones. Uma análise da contribuição de Herbert Simon para as teorias organizacionais. **Revista Eletrônica de Administração**, v. 8, n. 4, 2002.

BARNARD, C. **As funções do executivo**. São Paulo: Atlas, 1979.

BARROS, Renata Tenório de. Modelos de gestão na administração pública brasileira: reformas vivenciadas pelos hospitais universitários federais. **Revista dos mestrados profissionais – RMP** / Volume 2, número 1, jan./jun. 2013.

BARROS, Renata Tenório de. **Empresa brasileira de serviços hospitalares: uma análise sobre sua gestão no contexto institucional do Hospital das Clínicas da UFPE. 2014**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

BERGER, P.; LUCKMAN, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 1976.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**. ENAP. 1996.

BORGES, Janiele Cristine Peres. **Concepções institucionalizadas e gestão na área de saúde: estudo de caso em um hospital Universitário Federal**. Dissertação de Mestrado. FURG. 2018.

BOURDIEU, Pierre. **A gênese dos conceitos de habitus e de campo**. In: BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. Lisboa: Difel, 1989.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 16. Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. 9ª ed. Campinas: Papirus, 2008.

BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Loïc. **Um convite à sociologia reflexiva**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-Lei nº 200**. 25 de fevereiro de 1967. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm. Acessado em 22 de março de 2020.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 8.080**. 19 de setembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acessado em 20 de março de 2020.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.05de outubro de 1988. Disponível em http://http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acessado em 20 de março de 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Publicada no DOU nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016 - seção 1, páginas 44, 45, 46. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf. Acessado em 08 de abril de 2021.

BRULON, Vanessa; OHAYON, Pierre; ROSENBERG, Gerson. **A reforma gerencial brasileira em questão: contribuições para um projeto em construção**. 2012

BRULON, Vanessa. Transpondo Bourdieu para as organizações: um convite à sociologia reflexiva em estudos organizacionais. **XXXVII Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro, 2013.

BRUNSSON, Nils; SAHLIN-ANDERSSON, Kerstin. Constructing organizations: The example of public sector reform. **Organization studies**, v. 21, n. 4, p. 721-746, 2000.

BURNS, John; SCAPENS, Robert W. Conceptualizing management accounting change: an institutional framework. **Management accounting research**, v. 11, n. 1, p. 3-25, 2000.

CALDAS, Miguel P.; FACHIN, Roberto. Paradigma funcionalista: desenvolvimento de teorias e institucionalismo nas décadas de 1980 e 1990. **Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 2, p. 46-51, 2005.

CAPPELLE, Mônica Carvalho Alves; MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes; DE BRITO, Mozar José. Relações de poder segundo Bourdieu e Foucault: uma proposta de articulação teórica para a análise das organizações. **Organizações rurais & agroindustriais**, v. 7, n. 3, p. 356-369, 2005.

CARMINATTI JÚNIOR, Alécio. **A gestão do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina após a adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH**. 2017.

CARVALHO, C.A.; VIEIRA, M. M. F.; SILVA, S. M. G. **A trajetória conservadora da teoria institucional**. Gestão.org, v. 10, p. 469-496, 2012.

CARVALHO, C. A.; VIEIRA, M. M. F.; LOPES, F. D. Contribuições da perspectiva institucional para análise das organizações. **Anais do 23º Encontro da Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração**, Foz do Iguaçu, 19-22 set. 1999.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de administração Pública**, v. 31, n. 3, p. 36-47, 1997.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MENDES, Taniella Carvalho. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004.

CECÍLIO, A. C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 2, p. 149-56, 2001.

CHERCHIGLIA, Mariangela Leal; DALLARI, Sueli Gandolfi. A reforma setorial do Estado brasileiro na década de 1990: eficiência e privatização? Um estudo num hospital público universitário. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 2, p. 313-334, 2003.

CLEGG, Stewart. The state, power, and agency: Missing in action in institutional theory? **Journal of management inquiry**, v. 19, n. 1, p. 4-13, 2010.

CONSELHO, Carolina; VIESCA-TREVIÑO, Carlos. Ética e relações de poder na formação de médicos residentes e internos: algumas reflexões à luz de Foucault e Bourdieu. **Boletim Mexicano de História e Filosofia da Medicina**, v. 11, n. 1, p. 16-20, 2008.

CORREIA, Milka Alves; MATOS, Fátima Regina Ney; LINS, Daniel. Tradição, racionalidade e carisma em uma organização hospitalar: análise de um hospital universitário à luz de um Modelo Multidimensional. **Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. 2007.

COSTA, Frederico Lustosa. Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 42 (5), p.829-74, set/out, 2008.

CHRISTENSEN, Tom. University governance reforms: potential problems of more autonomy? **Highereducation**, v. 62, n. 4, p. 503-517, 2011.

CROZIER, Michel. **O fenômeno burocrático: um ensaio sobre as tendências burocráticas dos sistemas organizacionais modernos e suas relações com o sistema social e cultural**. (Universidade de Brasília).1969.

CRUZ, Guillermo. As duas faces das organizações no ambiente institucional. **RAUnP**. 2012.

CRUZ, Guillermo. Lógica institucional e a mudança inovadora em campos institucionais: as transformações no campo vitivinícola gaúcho. **VIII Encontro de estudos organizacionais da ANPAD. EnEO**. 2014

CUNHA, Paulo Roberto da; BEUREN, Ilse Maria; GUERREIRO, Reinaldo. Fatores Preditivos à Desinstitucionalização de Hábitos e Rotinas na Controladoria: Um Estudo de Caso. **Contabilidade, Gestão e Governança**, v. 17, n. 2, 2014.

DALLARI, D. de A. Fundações estatais: proposta polêmica. **Revista De Direito Sanitário**, 10(1), 71-80. 2009.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 206-214, 2009.

DEJOURS, C. **O fator humano no trabalho**. Rio de Janeiro (RJ): FGV; 2003.

DE PAULA, Ana Paula Paes. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **RAE-revista de administração de empresas**, v. 45, n. 1, p. 36-49, 2005.

DE SOUZA MINAYO, Maria Cecília. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista pesquisa qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. A Gaiola de Ferro Revisitada: Isomorfismo Institucional e Racionalidade Coletiva nos Campos Organizacionais. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 2, abr-jun, p.74-89, 2005.

DIMAGGIO, Paul Joseph; POWELL, **A Gaiola de Ferro Revisitada: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais**. In: CALDAS, Miguel P.; BERTERO, Carlos Osmar (Coord.). Teoria das Organizações (Série RAE-Clássicos). São Paulo: Atlas, 2005.

DO NASCIMENTO OLIVEIRA, Luanne Escobar et al. Analise Interdisciplinar das Relações de Conflito e Poder na Gestão Hospitalar. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 7, n. 2, p. 129-142, 2018.

DOS REIS, Ademar Artchur Chioro; DE OLIVEIRA CECÍLIO, Luiz Carlos. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 88-97, 2009.

DUARTE, Rosália. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de pesquisa**, n. 115, p. 139-154, 2002.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
ESIC/CGU. Disponível em https://esic.cgu.gov.br/sistema/site/relatorios_estatisticos.aspx.Acessado em 01/05/2020.

FACHIN, R. C.; MENDONÇA, J. R. C. **Selznick: uma visão da vida e da obra do precursor da perspectiva institucional na teoria organizacional**. In: VIEIRA, M. M. F.; CARVALHO, C. A. P. Organizações e instituições no Brasil. São Paulo: FGV, 2004. p.29-45.

FARIA, José Henrique de; MENEGHETTI, Francis Kanashiro. Burocracia como organização, poder e controle. **Revista de Administração de Empresas**, v. 51, n. 5, p. 424-439, 2011.

FARIAS, Luís Otávio; VAITSMAN, Jeni. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1229-1241, 2002.

FAUCONNET, P.; MAUSS, M. **Sociologia**. In: MAUSS, M. Ensaios de sociologia. São Paulo, Perspectiva, 1999.

FERREIRA, Letícia Corrêa Magalhães; GARCIA, Fernando Coutinho; VIEIRA, Adriane. Relações de poder e decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares. **RAM. Revista de Administração Mackenzie**, v. 11, n. 6, p. 31-54, 2010.

FILIPPON, Jonathan et al. A" liberalização" do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00034716, 2016.

FINGER, Andrew Beheregarai; JÚNIOR, Eles Calheiros Marques; DA SILVA, Mariana Santos. Mudança no Modelo Organizacional dos Hospitais Universitários: Uma Análise da Transformação aos Moldes da Nova Gestão Pública. **Revista dos Mestrados Profissionais. PROFIAP**. 2017

FLAUSINO, Vinícius Silva. **Cultura e Poder na Organização Hospitalar: As relações de poder na implantação da EBSERH em um Hospital Universitário. Dissertação**. Universidade Federal de Uberlândia. 2015.

FLEURY, Afonso Carlos Correa. Produtividade e organização do trabalho na indústria. **Revista de administração de empresas**, v. 20, n. 3, p. 19-28, 1980.

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

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

GARCIA, Roselene Garcia; FARIAS FILHO, Milton Cordeiro; HERREROS, Mário Miguel Amin Garcia. A institucionalização do planejamento na gestão universitária. **Revista Gestão Universitária na América Latina-GUAL**, v. 6, n. 3, p. 252-268, 2013.

GIDDENS, Anthony. **Central problems in social theory: Action, structure, and contradiction in social analysis**. UnivofCalifornia Press, 1979.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, Leandro Augusto Pires; MENDONÇA, André Luis de Oliveira; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. A interação entre médicos e enfermeiras em um contexto hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 683-692, 2019.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**: Strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company, 2006.

GRAÇA, Luís. **Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica**. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde/Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa (Textos, T 1238 a T 1242), 1996.

HAIR JR, Joseph F. et al. **Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração**. Bookman. Porto Alegre, 2007.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary CR. As três versões do neoinstitucionalismo. Lua Nova: **revista de cultura e política**, n. 58, p. 193-223, 2003.

HOFFMANN, Valmir Emil et al. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: relato de uma experiência de aplicação em estudo na área de administração. **Revista de ciências da Administração**, p. 40-53, 2018.

HUGHES, Everett C. O aspecto ecológico das instituições. **American sociological review**, v. 1, n. 2, p. 180-189, 1936.

HU/FURG-EBSERH. Disponível em http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-furg/nossa-historia. Acessado em 01/05/2020.

HUSSERL, Edmund. **Ideas: General introduction to pure phenomenology**. Routledge, 2012.

IMMERGUT, Ellen M. The normative roots of the new institutionalism: Historical-institutionalism and comparative policy studies. **The orient wicklung in der Politikwissenschaft--eineZwischenbilanz, Baden Baden: Nomos**, p. 325-355, 1997.

IMMERGUT, Ellen M. The theoretical core of the new institutionalism. **Politics & society**, v. 26, n. 1, p. 5-34, 1998.

JUNQUEIRA, Emanuel et al. Resistência à mudança no Sistema de Informação Gerencial: uma análise da institucionalização de estruturas e processos de TI em uma organização do Poder Judiciário Brasileiro. Enfoque: **Reflexão Contábil**, v. 36, n. 2, p. 77-93, 2017.

KALLIO, Tomi J.; KALLIO, Kirsi-Mari; BLOMBERG, Annika. From professional bureaucracy to competitive bureaucracy–redefining universities' organization principles, performance measurement criteria, and reason for being. **Qualitative Research in Accounting & Management**, 2020.

KANT, I. **Crítica da razão pura**. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Editora Abril, 1980.

LAWRENCE, Thomas B. Power, Institutions and. **The Sage handbook of organizational institutionalism**, 2008.

LEE, Maw Lin. A conspicuous production theory of hospital behavior. **Southern Economic Journal**, p. 48-58, 1971.

LUEDY, Almerinda; MENDES, Vera Lúcia Peixoto S.; JÚNIOR, Hugo Ribeiro. Gestão pública por resultados: contrato de gestão como indutor de melhorias em um hospital universitário. **Organizações & Sociedade**, v. 19, n. 63, p. 641-659, 2012.

MACHADO-DA-SILVA, C.L.; GONÇALVES, S.A. **Nota Técnica: a Teoria Institucional**. In: CALDAS, M.; FACHIN, R.; FISCHER, T. (Orgs.). Handbook de Estudos Organizacionais: modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais. São Paulo: Atlas, 1999. vol. 1. pp 220-226.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. **Perspectivas históricas na Análise de Políticas de Saúde**. In: BAPTISTA, T. W. F. Política, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

MASON, Mark. Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. In: **Forum qualitative Sozial for schung/Forum: qualitative social research**. 2010.

MEC, 2021. Disponível em: < http://portal.mec.gov.br/ebserh--empresa-brasileira-de-servicos-hospitalares/apresentacao>. Acesso em: 20, março e 2021.

MEIRELLES, A. L. B. **História do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande**: 1966-2016. Rio Grande: Ed. da FURG, 2016. 2 v, p. 319-48.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENICUCCI, T. M. G. Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político–o caso da política de saúde. Locus - **Revista de História**, v. 15, n. 2, 2009.

MEYER, John W.; SCOTT, W. Richard. **Organizational environments: Ritual and rationality**. SAGE Publications, Incorporated, 1992.

MEYER, W. J.; ROWAN, B. **Organizações Institucionalizadas: A Estrutura Formal como Mito e Cerimônia**. In: POWELL, W. W.: DIMAGGIO, P. J. O novo institucionalismo na análise organizacional. Fondo de cultura econômica, 1999.

MERHY, E.E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. **Desafios para os gestores do SUS, hoje**: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife: UFPE, p. 45-76, 2004.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MINTZBERG, H. Structures and dynamics of organisms. Paris: **Les Editions d'Organiztion**, 1982.

MISOCZKY, Maria Ceci A. Implicações do uso das formulações sobre campo de poder e ação de Bourdieu nos estudos organizacionais. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 7, n. SPE, p. 9-30, 2003.

MONTEIRO, Ileana Pardal. Hospital: uma organização de profissionais. **Análise Psicológica**, v. 17, n. 2, p. 317-325, 1999.

MOREIRA, Daniel Augusto. Management research: origins, uses and variants of the phenomenological method. **INMR-Innovation & Management Review**, v. 1, n. 1, p. 5-19, 2004.

MUNIR, Kamal A. A loss of power in institutional theory. **Journal of Management Inquiry**, v. 24, n. 1, p. 90-92, 2015.

OLIVER, Christine. The antecedents of deinstitutionalization. **Organization studies**, v. 13, n. 4, p. 563-588, 1992.

OLIVEIRA, J.AO. & TEIXEIRA, S.M.F. **(Im)previdência social, 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1997.

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

PECI, Alketa. A nova teoria institucional em estudos organizacionais: uma abordagem crítica. **Cadernos Ebape**. br, v. 4, n. 1, p. 01-12, 2006.

PECI, A. Estrutura e ação nas organizações: algumas perspectivas sociológicas. **Revista de Administração de Empresas**, v.43, n.1, jan./fev./mar., 2003.

PEREIRA, Ana Paula Fernandes et al. **Rede de Urgência e Emergência: um estudo de caso na Região Coração do Estado de São Paulo**. 2017.

PEREIRA, E. A. T. O conceito de campo de Pierre Bourdieu: possibilidade de análise para pesquisas em história da educação brasileira. **Revista Linhas**, 16(32), 337-356. 2015.

PLIOPAS, Ana Luisa Vieira; TONELLI, Maria José. Doces práticas para matar: demissão e downsizing na perspectiva de demissores e profissionais de recursos humanos. **Organizações & Sociedade**, v. 14, n. 42, p. 115-131, 2007.

POLANYI, K. **A grande transformação**. 2 ed. Ria de Janeiro: Compus, 2000.

POWELL, Walter W. (Comp.). **O novo institucionalismo na análise organizacional**. México: Fondo de Cultura Económica, 1999.

POWELL, W. W. DiMAGGIO, P. J. The Iron Gage revisitado: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. **American Sociological Review**, p.147-160, Apr. 1983.

RAMOS, Marcelo de Matos. Contratos de Gestão: instrumentos de ligação entre os setores do aparelho do Estado. **Revista do Serviço Público**. ENAP. 1997.

RORIZ CALIMAN, Douglas et al. Fatores inibidores da institucionalização em um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios**, v. 9, n. 3, 2016.

RIBEIRO, José M. Arranjos neocorporativos e defesa de interesses dos médicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, p. 05-20, 1993.

SALU, Enio Jorge. **Administração Hospitalar no Brasil**. Ed. Manole. 1 ed. Barueri, SP, 2013.

SAMPIERI, Roberto Hernandez; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Baptista. **Metodologia de pesquisa**. São Paulo: McGraw, 2015.

STAKE, Robert E. **Qualitative case studies**. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Eds.) The Sage Handbook of Qualitative Research: Third Edition. London: Sage, 2005. p.443-466.

SCOTT, W. Richard. Returning to the institutional arguments. In: DIMAGGIO, Paul J.; The Iron Gage revisitado: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. **American Sociological Review**, p.147-160, Apr. 1983.

SELZNICK, P. **TVA e as bases**. Berkeley: University of California Press, 1949.

SELZNICK, P. **A liderança na administração: uma interpretação sociológica**. Rio de Janeiro: FGV, 1972.

SIMON, H.A. Rational decision making in business organizations. **American Economic Review**, v.69, p. 493-513, 1979.

THÉRET, Bruno. As instituições entre as estruturas e as ações. Lua Nova: **Revista de cultura e política**, n. 58, p. 225-254, 2003.

THURLOW, Amy; MILLS, Jean Helms. Change, talk and sensemaking. **Journal of Organizational Change Management**, 2009.

TOLBERT, Pamela S.; ZUCKER, Lynne G. **A institucionalização da teoria institucional**. Handbook de estudos organizacionais, v. 1, n. 6, 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VAITSMAN, Jeni. Gerencialismo, cultura e expectativas entre servidores públicos de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 35, n. 1, p. 29-47, 2001.

VAGHETTI, Helena Heidtmann et al. Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Acta Paul Enferm. 2011.

VIEIRA, M. M. Falcão.; CARVALHO, C.A.; SILVA, R. G. **Análise institucional da dinâmica de setores industriais**: um estudo de caso sobre desenvolvimento e declínio de um setor industrial específico. 2002. Projeto de Pesquisa. Programa Pró-pesquisa. Ebape/FGV, Rio de Janeiro, 2002.

VIEIRA, M.M. Falcão; MISOCZKY, Maria Ceci. **Instituições e poder: explorando a possibilidade de transferências conceituais**. Organizações, cultura e desenvolvimento local: a agenda de pesquisa do Observatório da Realidade Organizacional. Recife: Editora Universitária UFPE, 2003.

VIEIRA, M. M. F.; ZOUAIN, D. M. **Pesquisa qualitativa em Administração**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**. México. Fundo de Cultura Econômica, 1944.Nova edição de 1974. 4 v.

WEICK, K. E. **Sensemaking na organização**. London: Sage, 1995.

WOOD JR, Thomaz. **Mudança organizacional: introdução ao tema**. In: WOOD JR, Thomaz (org.). Mudança organizacional: aprofundando temas atuais em administração de empresas. São Paulo: Atlas, 2000.

YIN, R. **Estudo de caso: Planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Exercício do poder diante da complexidade das relações no espaço médico-hospitalar e de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 1, n. 2, 2007.

ZUCKER, L. Teorias institucionais de organizações. **Annual Review of Sociology**, vol. 13, p.443- 464, 1987.

ZUCKER, L. O papel da institucionalização na persistência cultural. **American Sociological Review**, v.42, p.726-743, 1977.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturado.....212
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....214

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

1) Qual seu nome e cargo?

2) Fale um pouco sobre sua infância, sua família e ocupação dos pais.

3) Como foi o seu processo de escolha profissional?

4) Como foi a sua formação?

5) O que se falou no curso sobre a organização hospitalar?

6) O que você imaginava quando começou a trabalhar?

7) Fale sobre sua trajetória profissional.

8) Como o hospital entrou na sua trajetória?

9) Você imaginava trabalhar em um hospital? O que pensava a respeito?

10) Como você aprendeu a organizar seu trabalho?

11) Fale sobre sua trajetória no HU.

12) Você trabalha apenas no HU? Como é sua rotina de trabalho?

13)Como você tomou conhecimento do processo de adesão da FURG à EBSERH?

14) Em relação à substituição do pessoal, como foi o processo na sua unidade e no hospital?

15) Você teve algum colega de unidade desligado? Algum trabalhador da EBSERH ou terceirizado foi contratado para o lugar do colega desligado? Eles chegaram a trabalhar simultaneamente? Comente como foi esse processo.

16) Como a saída dos profissionais FAHERG e entrada dos contratados pela EBSERH impactou na rotina das unidades?

17) Ocorreram reuniões e esclarecimentos com os trabalhadores da sua unidade antes do desligamento para explicar como seriam feitos? Qual a sua avaliação do processo?

18) Quais organizações de classe você participa? Como você vê a atuação dessas organizações antes e depois da adesão à EBSERH?

19) Qual foi a reação da comunidade acadêmica acerca do processo?

20) Fale sobre a organização do seu trabalho antes da mudança (rotina, atividades, planejamento, divisão de tarefas com colegas):

21) Como você julga que era a sua liberdade e de seus colegas de unidade com relação à forma de se organizar o trabalho? E comparando com outras unidades e profissões? Explique

22) Como você entende a atuação da Universidade com relação a essa forma de organização?

23) Alguma rotina ou prática de trabalho de sua unidade foi conquistada através de processos negociais com a direção do hospital ou da Universidade como greves e manifestações?

24) Existiam conflitos entre as categorias profissionais por conta da organização do trabalho? Existiam conflitos dos profissionais com a gestão do HU e com a gestão da Universidade em razão disto? Como isto era resolvido?

25) Como você e sua unidade passaram a organizar o trabalho a partir da adesão à EBSERH?

26) Alguma norma, regulamento alterou seu trabalho (rotinas, organização da sua unidade, deveres)? Como tomou conhecimento delas?

27) Com a entrada da EBSERH, o que mudou e o que permaneceu exatamente como era no seu trabalho e no hospital? A mudança impactou da mesma forma todas as categorias profissionais? Comente

28) Como o ingresso de um número grande de profissionais EBSERH em relação ao quantitativo de trabalhadores RJU impactou nas relações entre trabalhadores e trabalhadores e gestão?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

Título da pesquisa: SUBSTITUIÇÃO EM MASSA DE PESSOAL COMO MECANISMO DE MUDANÇA NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM UM HU FEDERAL

Objeto:

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa, vinculada ao programa de mestrado acadêmico do Instituto de Ciências Econômicas, Administrativas e Contábeis da Universidade Federal do Rio Grande, a fim de compreender se a mudança organizacional a partir da adesão do HU/FURG à EBSERH alterou a forma de organização do trabalho das categorias profissionais do hospital, assim como os impactos para os arranjos organizacionais e de poder existentes.

Formato da pesquisa e confidencialidade:

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar desta pesquisa, onde será realizada uma entrevista gravada (áudio e/ou vídeo) com a posterior transcrição da sua fala para melhor interpretação dos dados.

Todas as informações coletadas nessa pesquisa são estritamente confidenciais, de forma que a sua identidade será preservada. Os dados fornecidos não serão utilizados de forma individual, e sim, consolidados em um relatório final.

Os dados coletados serão utilizados na dissertação de mestrado, bem como poderão ser usados para fins de publicação científica, ensino e encontros científicos oriundos do estudo.

Riscos da pesquisa e suporte aos participantes:

Além disso, diante da possibilidade de haver qualquer abalo de natureza emocional que afete os participantes no decorrer do estudo, mesmo que mínimos, estes serão encaminhados de forma totalmente gratuita e integral à Divisão de Gestão de Pessoas do HU/FURG para acompanhamento psicológico junto ao Serviço de Psicologia, junto aos psicólogos da instituição.

Acesso ao pesquisador e seu orientador:

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é Patrick Matos Freitas, que pode ser encontrada no Instituto de Ciências Econômicas, Administrativas e Contábeis (ICEAC) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), localizado no endereço Avenida Itália, Km 8, s/n, Campos Carreiros, Rio Grande/RS, telefone (53) 3293-5081, e-mail patrickfreitas@furg.br. O orientador da pesquisa é o professor Márcio Leal Bauer, encontrado no mesmo endereço e telefone, sendo seu e-mail mlealbauer@gmail.com.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, a qualquer momento, poderá entrar em contato com o pesquisador ou com o professor orientador da pesquisa.

Retirada do consentimento:

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que para tanto seja necessário justificar a motivação para tal, sem que isso implique em qualquer espécie de ônus ou obrigação ao participante.

Da informação ao participante e os benefícios da pesquisa:

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Substituição em massa de pessoal como mecanismo de mudança na organização do trabalho em um HU Federal". Eu discuti com o pesquisador sobre a minha decisão em participar nesse estudo, assim como seus benefícios para a gestão do hospital, seus trabalhadores e para a academia por meio do desenvolvimento de um modelo de gestão que possibilite um melhor planejamento dos desligamentos realizados pelo HU, diminuindo possíveis efeitos negativos aos seus trabalhadores.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde - CEPAS FURG

Em caso de dúvidas e reclamações sobre procedimentos do pesquisador informo o endereço e contato do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da FURG (CEPAS), que pode ser acessado pelos dados e horários que seguem:

Rua Visconde de Paranaguá, 102

Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior - 1º Andar (Em frente ao laboratório).

Horário de Funcionamento:

Segunda: 08h às 13h30min

Terça: 08h às 13h30min

Quinta: 12h às 19h

Sexta: 12h às 19h

Telefone: 53 - 3237.4652

Da concordância na participação na pesquisa

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do participante

Data __/_____/_____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data__/_____/_____