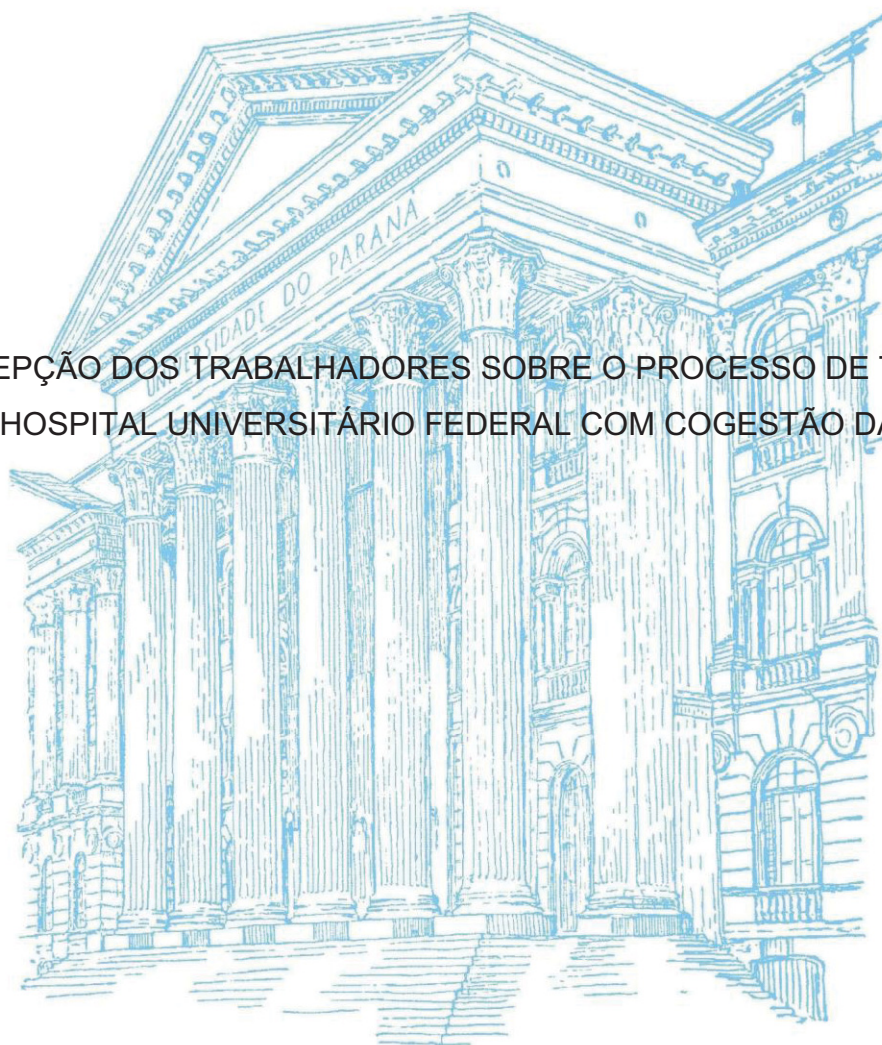


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JOSNEI LUIS DANELIU

A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL COM COGESTÃO DA EBSEERH



CURITIBA
2018

JOSNEI LUIS DANELIU

A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL COM COGESTÃO DA EBSEERH

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, no Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque

Coorientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

CURITIBA
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR -
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA
JORDÃO CRB9/991 COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

D179 Daneliu, Josnei Luis

A percepção dos trabalhadores sobre o processo de trabalho em um hospital universitário federal com cogestão da EBSEH / Josnei Luis Daneliu. – Curitiba, 2018.
83 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque

Coorientador: Deivisson Vianna Dantas dos Santos
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

1. Hospitais universitários. 2. Pessoal de saúde.
3. Gestão em saúde. I. Albuquerque, Guilherme Souza Cavalcanti de. II. Santos, Deivisson Vianna Dantas dos. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLMC: WX 159



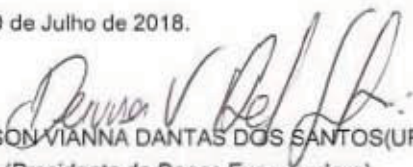
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA

TERMO DE APROVAÇÃO

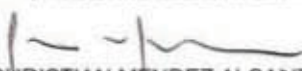
Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **JOSNEI LUIS DANELIU**, intitulada: **A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL COM CO-GESTÃO DA EBSERH**, após terem inquirido o aluno e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua Aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 20 de Julho de 2018.


DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS(UFPR)
(Presidente da Banca Examinadora)


RAFAEL GOMES DITTERICH(UFPR)


CHRISTIAN MENDEZ ALCANTARA(UFPR)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha esposa e companheira pela compreensão e apoio incondicional, a toda minha família que sempre esteve presente e apoiando nesta caminhada, muito obrigado.

Agradeço aos professores e colegas de grupos de estudos dos quais participei, que fizeram parte de toda minha trajetória acadêmica, incentivaram e possibilitaram a inserção neste mestrado. Em especial aos professores Armenes e Leandro, incentivadores, oportunizaram a inserção nestes grupos de estudo, possibilitando aquisição de novos conhecimentos e uma nova forma de enxergar a realidade social.

Agradeço ao meu orientador, Guilherme Albuquerque, pela possibilidade de realizar este mestrado, pelos debates e ensinamentos durante toda esta caminhada, pelas aulas que lecionou sempre estimulando o debate e compartilhando seu conhecimento e olhar crítico.

À Deivisson dos Santos, debatemos muito no início desta construção, sempre com seu jeito “sussa”, foi demonstrando as possibilidades e os caminhos teóricos para andamento desta dissertação, me ensinou muito. Agradeço toda sua dedicação, disponibilidade e paciência com os muitos entraves que ocorreram nesta trajetória. Meu muito obrigado pela orientação e compartilhamento do seu conhecimento impar.

Aos meus colegas de mestrado Hélio, que compartilha desta trajetória desde a época da graduação e com quem tive a alegria de realizar este mestrado, a Michele e Daniele grandes companheiras que tive oportunidade de conhecer, agradeço aos três pelos momentos de descontração, tornando esta caminhada mais leve e divertida.

A todos os professores, colegas de mestrado e demais que de alguma forma contribuíram para esta realização, obrigado.

RESUMO

Este estudo busca compreender a percepção dos trabalhadores sobre o processo de trabalho dentro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), com adesão a cogestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Utilizou-se da pesquisa qualitativa, os discursos foram analisados a partir do referencial teórico da hermenêutica-fenomenológica, os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores do Hospital, celetistas da EBSERH e estatutários em Regime Jurídico Único. As percepções apresentam à falta de insumos, como um problema crônico dentro do Hospital, pouca flexibilidade na jornada de trabalho, com mecanismos rígidos de controle, que possibilitaram mudança na cultura de cumprimento de horários, outros discursos trazem que em seus setores há jornada horizontal facilitando a organização do dia a dia. Os discursos trazem um excesso de hierarquização dentro das unidades, as decisões são tomadas de forma centralizada, a voz dos trabalhadores não é ouvida e existe uma falha na política de participação. A interação entre trabalhadores com vínculos diferentes, gera problemas de relacionamento, existe tratamento diferenciado, isto tende a afetar o desenvolvimento dos serviços. Na valorização os discursos trazem a falta de incentivo ao aperfeiçoamento profissional e na progressão, a política de valorização na prática não é entendida como valorização verdadeira pelos trabalhadores. A EBSERH adota um modelo jurídico de empresa, de paradigma gerencialista, posto em prática em praticamente todos os HUF do Brasil, estes hospitais além de ofertarem complexos serviços de saúde, também formam pessoas, profissionais de saúde, mas que tipo de pessoas e profissionais queremos formar dentro de uma instituição com modelo de gestão pautado por resultados, com tomada centralizadora de decisões, com inúmeros cargos hierárquicos e com pouca ou nenhuma participação dos trabalhadores no processo de organização do trabalho, portanto não se deve comprar de antemão que o modelo empresarial é o melhor, este precisa ser indagado, melhor compreendido, analisado, debatido, enfim melhor pesquisado e estudado.

Palavras-chave: processo de trabalho; Hospital Universitário; gestão em Saúde.

ABSTRACT

This study aims to understand workers' perceptions about the work process within the Clinical Hospital of the Federal University of Paraná (UFPR), with adherence to the co-management of the Brazilian Hospital Services Company (EBSERH). The qualitative research was used, the discourses were analyzed from the theoretical reference of the hermeneutic-phenomenological, the subjects of the research were the employees of the Hospital, celebrities of the EBSERH and statutory in the Unique Legal Regime. The perceptions present to the lack of inputs, as a chronic problem within the Hospital, little flexibility in the work day, with rigid mechanisms of control, that allowed change in the culture of time compliance, other discourses bring that in their sectors there is a horizontal journey facilitating the organization of the day to day. Discourses bring an excess of hierarchy within the units, decisions are taken centrally, the voice of the workers is not heard and there is a failure in the politics of participation. The interaction between workers with different links, generates relationship problems, there is a differential treatment, this tends to affect the development of services. In the valuation discourses bring the lack of incentive to the professional improvement and in the progression, the politics of valorization in the practice is not understood like true valorization by the workers. EBSERH adopts a corporate model, a managerial paradigm, put into practice in practically all HUF in Brazil, these hospitals besides offering complex health services, also form people, health professionals, but what kind of people and professionals we want to form within an institution with a results-based management model, with centralized decision-making, with numerous hierarchical positions and with little or no participation of workers in the process of work organization, therefore one should not buy in advance that the business model is the better, this needs to be inquired, better understood, analyzed, debated, finally better researched and studied.

Key-words: work process; hospital University; Health management.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO E LOCALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS EM TERRITÓRIO NACIONAL.....	22
FIGURA 2 - ORGANOGRAMA COM PROPOSTA DE GESTÃO PARTICIPATIVA PROPOSTA POR CAMPOS, 1998.....	33
FIGURA 3 - ORGANOGRAMA IMPLANTADO PELA EBSEH NO HC.....	34
FIGURA 4 - GRADE DE ANÁLISE.....	42

Lista de Quadros e Tabelas

QUADRO 1 - PARTICIPANTES DE PESQUISA.....	40
QUADRO 2: CATEGORIAS E NÚCLEOS ARGUMENTAIS.....	41

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - COMPOSIÇÃO DO NÚMERO DE TRABALHADORES, CIRURGIAS, INTERNAMENTOS E LEITOS DO HC NO PERÍODO DE 2010/2018.....	26
--	----

LISTA DE SIGLAS

CLT – Consolidação das Lei do Trabalho
CF – Constituição Federal
EBSERH – Empresa brasileira de serviços hospitalares
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FMI – Fundo Monetário Internacional
FUNPAR – Fundação de Apoio da Universidade Federal do Paraná
HC – Hospital de Clínicas
HU – Hospital Universitário
HUF - Hospital Universitário Federal
MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
ONG – Organização não governamental
OS – Organização Social
OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PDRAE - Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RH – Recursos Humanos
RJU – Regime Jurídico Único
SUS – Sistema Único de Saúde
UFPR – Universidade Federal do Paraná
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. O ESTADO E OS CAMINHOS DA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	15
2.1 O MODELO NEOLIBERAL E A REFORMA DO ESTADO NO BRASIL.....	15
2.2 OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO DO SUS	18
2.3 OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	21
2.4 O HOSPITAL DE CLÍNICAS E A INSERÇÃO DA EBSEH	24
3. O PROCESSO DE TRABALHO	27
3.1 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE: A ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL E SEUS CONTRAPONTO NO PROCESSO DE TRABALHO.....	29
4. OBJETIVO GERAL	35
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
5. MATERIAL E METODOLOGIA	36
5.1 TIPO DE ESTUDO	36
5.2 PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO COM O CAMPO.....	36
5.3 COLETA DE DADOS	37
5.4 ANÁLISE DE DADOS E REFERENCIAL TEÓRICO	40
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	44
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
6.1 COTIDIANO DE TRABALHO.....	45
6.2 INTERAÇÃO NO TRABALHO	52
6.3 PROCESSO PARTICIPATIVO NO TRABALHO	56
6.4 VALORIZAÇÃO DO TRABALHO.....	61
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
8. REFERÊNCIAS	68
9. ANEXOS	77

1. INTRODUÇÃO

O tema a ser desenvolvido neste estudo foi escolhido a partir da observação de uma questão objetiva da realidade material da sociedade, por possuir algo de relevância social, profissional e teórica. A atividade de pesquisar requer o olhar crítico do pesquisador em relação as questões que pretende investigar. A Saúde Coletiva pode ser compreendida como um campo de produção do conhecimento direcionado para compreensão da saúde e a explicação de seus determinantes sociais, também na prática busca sua promoção, além da prevenção e o cuidado a agravos e doenças, tem por objeto não apenas os indivíduos, mas sobretudo a coletividade social (PAIM, 1982; DONNANGELO, 1983.). Portanto, a saúde coletiva possui um amplo campo de pesquisa, e dentro da cena nacional, uma das temáticas que desperta interesse dos pesquisadores são as questões relacionadas aos modelos de gestão e também seus efeitos sobre o trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Observamos que a implantação do SUS após um processo de lutas e construção histórica é uma conquista indiscutível, em 1988, a Constituição Federal consagrou em seu artigo 196 o direito à saúde como obrigação do Estado e direito do cidadão. O SUS é disposto no artigo 198 e suas atribuições definidas no artigo 200 da Constituição (SANTOS, 2012). Na lei 8.080 de 1990 o SUS é definido, como: “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990). Quando os serviços de atenção à saúde forem insuficientes em determinada localidade, o SUS poderá recorrer de maneira complementar a iniciativa privada (GIOVANELLA, et. al. 2012). Porém mesmo com o direito a saúde adquirido na Carta Magna, o processo de sua consolidação ainda enfrenta vários obstáculos, além da insuficiência de orçamento público no SUS, verificamos problemas na gestão, principalmente em hospitais e serviços de atenção básica. A falta de profissionalização, a descontinuidade administrativa, o clientelismo e a interferência político-partidária, comprometem a reputação do SUS (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Outro fator que influenciou diretamente nas formas de organização do SUS ao longo de sua constituição é o avanço do projeto neoliberal no Brasil a partir dos anos 1990, evidenciado principalmente pelo plano de reforma do Estado de 1995,

gerando estrategicamente um processo de acuumento dos serviços ofertados pelo Estado, que diminui sua responsabilização e financiamento na área social, se retirando taticamente do trato das mazelas sociais, transferindo este problema para o terceiro setor¹ e fazendo o repasse de recursos públicos para o âmbito privado (MONTAÑO, 2010; BEHRING, 2003; NETTO, 1992).

Estes fatores agregados geram uma dificuldade para definir uma forma adequada de organização deste sistema. Alguns modelos de organização estão no âmbito da administração direta, que é um modelo de gestão centralizado com ação direta do Estado, as atividades devem ser desenvolvidas diretamente pela administração pública, não podendo ser delegada a outras entidades da administração indireta, esta que é composta por alguns modelos como as empresas públicas, autarquias, fundações de direito público e fundações estatais de direito privado. Também temos o terceiro setor sob regulação estatal, que são as Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) (CHIORO, 2007).

Dentro deste contexto pretendemos apresentar minimamente a questão do Estado, a influência do modelo neoliberal na administração estatal, os modelos de gestão adotados para gerir o SUS ao longo de sua história, as influências destes modelos na organização do trabalho e adentrando a pesquisa de campo, pretendemos apresentar e analisar, a percepção dos trabalhadores sobre o trabalho no Hospital Universitário Federal da Universidade Federal do Paraná, que recentemente implantou um novo modelo de gestão com a administração de uma Empresa pública de direito privado denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

¹Conjunto de “entidades públicas não-estatais” mas regido pelo direito civil privado) (MONTAÑO, 2010, p.46).

2. O ESTADO E OS CAMINHOS DA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Durante sua construção desde a lei 8.080 que instituí o SUS, tenta-se encontrar um modelo de gestão que caminhe no sentido de sua consolidação, porém devido a diversos fatores sejam esses políticos, econômicos ou sociais, parece ainda não ter encontrado um modelo de gestão que seja hegemonicamente aceito e que o Estado possa implementar como o modelo ideal para caminhar no sentido da concretização dos objetivos do SUS, também pontua-se a participação complementar do setor privado dentro desse sistema de saúde. Pretendemos nesta etapa apresentar minimamente aspectos da reforma de Estado no Brasil, bem como, descreveremos os principais modelos de gestão existentes e implantados ao longo da história do SUS.

2.1 O MODELO NEOLIBERAL E A REFORMA DO ESTADO NO BRASIL

O neoliberalismo tem sua origem no pós-segunda guerra mundial em países onde reinava o capitalismo, foi uma forte reação teórica e política contra o estado intervencionista e o Welfare State². No modelo neoliberal a ampliação do mercado livre, redução do Estado social, retirada do estado como agente econômico, flexibilização das relações trabalhistas e fragmentação dos processos de trabalho.

Neste contexto neoliberal determinado pelo capitalismo mundial, os Estados nacionais limitam-se a manter algumas infraestruturas e voltam-se principalmente a garantir a liberalização e desregulamentação do mercado em nome da concorrência aberta e regulada por si própria. Também ocorre um ataque as relações de trabalho em favor do capital e diminuição de investimentos na parte social. Enfim, neste contexto as políticas sociais são transformadas em mercadorias e perdem o caráter de direito social (BEHRING, 2003).

A participação de organismos internacionais no processo de avanço do neoliberalismo no Brasil deve ser destacada, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), que financiaram com empréstimos o processo de reforma e reestruturação produtiva no Brasil, estas agências de financiamento investem no sentido de aumentar a participação e o incentivo do capital privado na realização de

² A definição de *welfare state* pode ser compreendida como um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir uma certa "harmonia" entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social, suprimindo a sociedade de benefícios sociais que significam segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida, que possam enfrentar os efeitos deletérios de uma estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente (GOMES, 2006).

serviços na área social por meio de políticas estatais, também colocam que este Estado deve cuidar minimamente da parte social transferindo estes serviços para outros setores da sociedade. Ou seja, estas instituições tornam os países nacionais como o Brasil, dependentes de seus investimentos e exigem em troca o favorecimento de políticas de desregulamentação do mercado (RIZZOTTO, 2000).

Segundo Tavares (1999), o contexto de reformas ocorridas no Estado brasileiro a partir de 1990, vai no sentido de atender a necessidade da política de avanço do neoliberalismo, gera um processo aberto de privatizações e aponta que os serviços essenciais que deveriam ser de responsabilidade do Estado como saúde, educação e assistência social são arrasados, por ganharem traços de competitividade com o setor privado.

A Constituição do Brasil de 1988 traz direitos sociais relevantes, conquistados por um processo de pressão das classes trabalhadoras, porém como coloca Ianni (1985), a burguesia nacional rompe os compromissos táticos com o proletariado e alguns outros setores do populismo, em benefício das suas razões estratégicas, dadas pela ordem capitalista, ou seja, para este autor podemos considerar que as conquistas da Constituição nunca chegaram a ser consolidadas, e foram duramente atacadas já a partir de 1990 quando se inicia o processo de reforma do Estado.

Para Bravo e Correa (2012), estas reformas executadas pelo Estado brasileiro são realizadas por determinação do Banco Mundial, são também, estratégias de formar parcerias com a sociedade para que esta assuma os custos da crise, repassando serviços do âmbito do Estado para Organizações não Governamentais (ONGs), instituições filantrópicas, comunitárias, Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP), dentre outras, ou seja, é uma forma do Estado reduzir seu papel com a atenção a direitos sociais.

Podemos compreender que este contexto tem gerado um processo de transferência de serviços na área social e de saúde por parte do Estado para outros setores da sociedade, este processo também favorece os capitalistas em vários aspectos, o mais evidente é a desregulamentação do mercado competitivo. A política de reforma é elaborada no sentido de colocar serviços públicos (dentre estes está a saúde) como competitivos para adesão do mercado privado e outros setores da sociedade, também ocorre uma reestruturação das relações produtivas que tende a gerar impactos nas condições de trabalho e constante medo nos trabalhadores em

caírem na fila do exército industrial de reserva. Este processo de avanço neoliberal e reforma do Estado, evidência um Estado mínimo para os pobres e trabalhadores, e um Estado máximo para o capital (NETTO, 1992).

Montaño (2010), aponta que no Brasil, país periférico do capitalismo, o processo de avanço neoliberal se inicia nos anos 1990, e ganha maior força e consistência a partir de 1995 com o governo Fernando Henrique Cardoso, fato evidenciado principalmente pela elaboração da reforma de Estado marcada pela implantação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), conduzida pelo então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), Luiz Carlos Bresser Pereira, gerando estrategicamente um processo de acumamento dos serviços ofertados pelo Estado, que diminui sua responsabilização e financiamento na área social, transferindo este problema para o terceiro setor e fazendo o repasse de recursos públicos para o âmbito privado. O PDRAE também propõem uma transformação no papel do Estado, que deixa de ser responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, para ser promotor e regular este desenvolvimento (BRASIL, 1995).

Observamos que neste processo de transformação do aparelho do estado para um modelo gerencialista de administração. O direito a saúde gratuita adquirida a toda população na CF 1988 é colocado como não exclusivo do estado, passando a não significar mais um direito da população e um dever do Estado (SOUZA, 2006). Ressalta-se que desde a CF 1988 em seu artigo 199³ a saúde já é disposta como aberta a participação de iniciativas privadas, portanto a reforma do aparelho do Estado abre espaço para viabilizar a parceria público-privada, já estabelecida na Constituição Federal (BRAVO, 2002; MARTINS; CARNEIRO, 2014).

No âmbito mais restrito e que impacta diretamente nas possibilidades de gestão ofertadas, o Estado traz uma reforma em seu aparelho, justificada no governo FHC pela necessidade de implantar novos modelos de gestão estatal, que busquem a desburocratização dos processos, possibilitando oferecer mais agilidade e flexibilidade nas tomadas de decisões, capacidade de controlar os processos, cobrança por produtividade e metas, ter eficiência e eficácia, avaliar o desempenho

³ Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1.º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

das atividades, estas que são características próprias do modelo gerencialista⁴ de gestão.

2.2 OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO DO SUS

A aprovação do PDRAE é um marco na busca de consolidação do processo de modernização do Estado brasileiro, na perspectiva de superação do modelo patrimonialista e burocrático para um modelo gerencial de administração estatal, estabelecendo que “nem tudo que é público é estatal”, abrindo espaços para proposição de novas modalidades jurídicas administrativas da gestão de serviços públicos e da viabilização da parceria público privado (CARNEIRO; MARTINS, 2014).

O PDRAE também buscou criar novos atores no denominado terceiro setor, este se transformando em espaço público não estatal. Como exemplos da parceria público privado na gestão, citamos as Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), criados respectivamente pelas Leis nº 9637/1998 e 9790/1999. As OSs aparecem no PDRAE como modelo de transição da administração burocrática à gerencial nos setores sociais, principalmente na saúde (IBAÑEZ; NETO, 2007).

As OSs são entidades sem fins lucrativos de interesse social e utilidade pública, com possibilidade de atuação nos campos da saúde, educação, da pesquisa científica, do desenvolvimento tecnológico, da cultura, proteção e preservação do meio ambiente. O instrumento que formaliza a parceria entre o Estado e as OSs é o contrato de gestão. As OSCIPs são entidades que celebram parcerias com o Estado através da assinatura do termo de parceria para a realização de tarefas de interesse público. Ambas são entidades de modelo jurídico privado e sem fins lucrativos, também não precisam seguir normas de licitação e nem contratar recursos humanos via concurso público. Com a transferência do serviço público para estas entidades, o Estado busca redução de custos, melhorias no atendimento ao cidadão, modernização do serviço público, menos burocracia nos processos, mais eficiência e eficácia na prestação do serviço (IBAÑEZ; NETO, 2007; REZENDE, 2008). Ressalta-se que em ambos os modelos o Estado é responsável

⁴ O PDRAE coloca que na administração gerencial a estratégia volta-se (1) para a definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir em sua unidade, (2) para a garantia de autonomia do administrador na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros que lhe forem colocados à disposição para que possa atingir os objetivos contratados, e (3) para o controle ou cobrança *a posteriori* dos resultados (BRASIL, 1995, p. 16).

pela fiscalização, controle e resultados destes serviços prestados por terceiros (BRESSER-PEREIRA, 2008).

O modelo de gestão das OSs é bastante difundido no estado de São Paulo, onde vários serviços de saúde são repassados para este modelo de administração. Barbosa e Elias (2010), em estudo comparativo entre serviços de saúde com este modelo e outro com a forma de administração direta, ambos em São Paulo. Apontam em suas análises uma autonomia administrativa e financeira na aquisição de materiais e serviços, também na contratação de trabalhadores, indicam melhoras na estruturação do processo de trabalho e implantação de tecnologias de gerencia inovadoras, bem como um desempenho superior do serviço de saúde administrado pela OS frente ao da administração direta. Demonstram nesta análise a necessidade de inovação na prestação de serviços públicos. Em outro estudo Sarti et al. (2009), ressalta que é inquestionável a maior flexibilidade administrativa das Organizações Sociais, porém apontam a necessidade do Estado estar bem estruturado para exercer a fiscalização destes serviços, para os mesmos não se tornarem um simples mecanismo de privatização.

Outra proposta é a das fundações estatais, o projeto de Lei complementar nº 92/2007, busca na realidade o disciplinamento da art. 37, inciso XIX da CF 1988, esse dispositivo exige a criação de Lei para regulamentar o campo de atuação e a natureza jurídica das fundações instituídas pelo poder público (SANTOS, 2012). Segundo descrito no próprio projeto, ele surgiu da necessidade eminente por agilidade e eficácia no atendimento as necessidades sociais⁵. Apostando no aperfeiçoamento de instituições públicas e na gratuidade do direito a saúde, o governo com o projeto das Fundações Estatais pretende inovação na gestão, desburocratização dos processos, transparência, controle e participação da sociedade civil nas atividades prestadas, desta forma possibilitando que a sociedade possa cobrar resultados e ter maior controle sob a prestação desses serviços (BRASIL, 2007).

Campos e Cardoso (2013), elaboram uma análise da Fundação estatal de direito privado do Estado da Bahia, apresentam documento emitido pela fundação que explica a necessidade de sua implantação, os benefícios que proporcionará à população e aos trabalhadores, inovação na forma de administrar, dentre outros

⁵ Nas áreas de saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, comunicação social e promoção do turismo nacional (BRASIL, 2007)

aspectos. Os pontos principais apresentados são a flexibilidade administrativa, aumento da força de trabalho admitida por concurso e no regime Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), melhora na prestação dos serviços à população, com processo de trabalho melhor estruturado e a garantia da participação da população no controle dos serviços. Após apresentarem o documento, os autores apontam que este modelo possui semelhanças com o das OS, principalmente nos aspectos de gerência, também consideram o modelo das Fundações mais uma expressão do processo de reformas neoliberais em curso no Brasil.

Uma nova forma que se enquadra nos novos modelos de gestão do SUS é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), pretendendo atuar de forma específica em serviços de saúde e educação. Em 2010 teve sua primeira tentativa de criação, com o encaminhamento da medida provisória número 520/2010 para o senado, era formulada como empresa de sociedade anônima sobre propriedade da União, porém devido ao seu caráter explicitamente privativo, sofreu com a mobilização de setores oposicionista e forte mobilização da comunidade universitária, e a medida não foi aprovada (ANDREAZZI, 2013).

Os principais argumentos de implantação da EBSERH podem ser encontrados no projeto de Lei nº 1.749/2011 enviado ao Congresso Nacional pelos Ministros da Educação e Planejamento, Orçamento e Gestão. Apontam que a empresa propõe um modelo jurídico-institucional inovador, pretendendo uma gestão mais ágil, eficiente e adequada à atuação principalmente nos Hospitais Universitários Federais. Busca resolver os problemas relacionados a contratação da força de trabalho, que atualmente possui vínculos precários, substituindo por vínculos da CLT, possibilitando também solucionar o problema da defasagem no número de funcionários. O projeto enviado ao Congresso é baseado em ampla experiência realizada no Hospital das Clínicas e Grupo Hospitalar Conceição, ambos localizados no Rio Grande do Sul (BRASIL, 2011).

Os dois Hospitais do Rio Grande do Sul usam o modelo de empresa pública de direito privado, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi constituído neste modelo no ano de 1970. Esses modelos jurídicos oferecem autonomia e flexibilidade no processo de gestão, ambos utilizam ferramentas gerenciais inovadoras, possuem autonomia na contratação de recursos humanos, também na aquisição de materiais e serviços, no planejamento existem objetivos definidos e metas de produtividade. No caso do Grupo Hospitalar Conceição, Barboza (2009), traz que este é mantido

pelo Ministério da Saúde, há celebração de contrato de gestão com o Estado, visando pactuar, contratar objetivos, estabelecer compromissos e metas. Este é instrumento de regulamentação e acompanhamento nuclear do serviço a ser executado.

Entre as justificativas apontadas pelo governo para a criação da empresa estão a gestão eficiente e condizente as necessidades das instituições públicas de ensino e saúde, também permite a contratação via concurso público por regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e contratação por contrato de trabalho com tempo determinado, dentro das questões estatísticas de metas e produtividade, sendo uma alternativa para a defasagem no número de funcionários dos Hospitais Universitários Federais. Assim, a EBSERH foi implantada mais especificamente na área da saúde e da educação, com o intuito principal de resolver os problemas dos Hospitais Universitários Federais.

2.3 OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Os Hospitais Universitários (HU) são locais que contribuem na formação de mão de obra e no desenvolvimento de tecnologias à área da saúde, além de elaborarem protocolos técnicos para diversas patologias e ofertarem programas de educação continuada, permitindo o constante aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, são responsáveis por prestar serviços de saúde a comunidade (ARAÚJO; LETA, 2014). Os HU também atraem alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde e exerce um papel político importante na comunidade que está inserido, dada sua escala, dimensionamento e custos (MEDICI, 2001). Esses Hospitais possuem enorme importância social, inclusive em algumas localidades do país são os únicos prestadores de serviços de alta complexidade (REIS, 2011).

No Brasil existem 50 HUFs conforme exposto da figura 1, com relação a capacidade produtiva dos Hospitais Universitários no Brasil, temos que estes “representam 2,55% da rede hospitalar brasileira, 10,3% dos leitos do SUS, 25,6% dos leitos de UTI, 50% das cirurgias cardíacas e neurológicas, e 70% dos transplantes” (Lopez, 2005 *apud* SODRÉ, *et. al.* 2013). Estes dentre outros dados⁶ representam a importância dos HUF para a saúde no Brasil e a necessidade de continuidade na prestação de serviços de saúde por estes hospitais.

⁶ Dados mais completos sobre a capacidade e importância dos HUF podem ser encontrados no Relatório do REHUF, vol. 1 diagnósticos e propostas.

IFES COM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



Figura 1. Distribuição e Localização dos 50 Hospitais Universitários Federais em Território Nacional. Fonte: Site da EBSE RH. Disponível: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/apresentacao1>.

Os HUF's são financiados pelo Ministério da Educação (MEC) (que financia aproximadamente 70% do sistema de HU's federais), a folha de pagamento dos servidores com Regime Jurídico Único (RJU) ligados ao MEC e pelo Ministério da Saúde (MS) que se destinam a gastos com os atendimentos de alta e média complexidade, procedimentos estratégicos, incentivos e programa interministerial (BRASIL, 2009).

Os HUF tiveram problemas mais acentuados no final da década de 1990, especificando aspectos da gestão, a saber: uso dos recursos de produção dos hospitais para gastos em outras áreas; o sucateamento dos equipamentos por falta de investimentos financeiros do governo na manutenção e compra de equipamentos novos; o não reajuste dos valores de repasse, o déficit de servidores e a consequente contratação irregular de força de trabalho terceirizada, por meio de

verbas públicas disponibilizadas à assistência a saúde. (DRAGO, 2011; LITTIKE, 2012). Na época segundo Vasconcelos (2002), a crise dos HUF também era de dimensões política, gerencial, assistencial, financeira, acadêmica e social. A autora aponta que os hospitais universitários estavam sendo conduzidos simplesmente pelo imediatismo, buscando recursos e voltados apenas para a modernização técnica e gerencial, não tinham a devida preocupação com a efetividade das ações deliberadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Baseada em uma avaliação de necessidade de reestruturação dos HUF's, a partir de alguns estudos o governo estabelece através do Tribunal de Contas da União (TCU) alguns Acórdãos que convergem para fortalecer e forçar o processo de reorganização dos HUFs. O Acórdão nº. 1.520 de 2006, que considera irregular a contratação de funcionários terceirizados na execução de atividades nos HUF pelas Fundações de Apoio as Universidades Federais e estabelece prazos para resolução desta questão. Acórdão nº. 2.731 de 2008, que trata de aspectos especificamente da relação entre as Fundações e as Universidades Federais, apontando diversos problemas e irregularidades. Acórdão nº. 2.813 de 2009, que trata especificamente do processo de crise dos HUF.

Em meio a este contexto de crise crônica dos HUFs, em seus diversos aspectos, o governo intervém na situação, estabelecendo mecanismos que fortaleçam a necessidade de transformação e mudança nestes hospitais, através do TCU e seus Acórdãos, é criado em 2010 o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), este pretende adequação e modernização da estrutura física e tecnológica, recomposição do quadro de funcionários destes hospitais e a modernização da gestão hospitalar. (LITTIKE, 2012). O REHUF injetou recursos nos Hospitais e possibilitou o andamento do processo de reestruturação, persistindo no âmbito da administração direta, porém dificuldades foram encontradas com relação ao acréscimo de recursos humanos (MARTINS, 2011). No mesmo ano de criação do REHUF o governo o considerou insuficiente para dar continuidade na reestruturação dos HUF, principalmente na questão de contratação de recursos humanos, enxergando a necessidade de estabelecer um novo modelo de administração e de gestão dos HUF e conseqüentemente do REHUF, este com a perspectiva de superar a burocracia, o patrimonialismo e o engessamento das atividades dos HUF, creditadas ao então modelo de administração direta, busca um formato de administração pautado na

desburocratização, no controle e agilidade dos processos e contratação mais flexível de trabalhadores, este modelo deveria ser parecido com o de uma empresa e a empresa pública de direito privado (EBSERH) é entendida como o modelo que atende a esses propósitos.

2.4 O HOSPITAL DE CLÍNICAS E A INSERÇÃO DA EBSERH

O HC foi inaugurado em 05 de agosto de 1961, pelo presidente Jânio Quadros. Atualmente, é o maior hospital público do Paraná, o terceiro maior hospital universitário federal do país. Com estrutura tecnológica e instrumental técnico para atendimento de casos de alta complexidade e consultas especializadas, realizando exames avançados de diagnóstico e procedimentos cirúrgicos. O HC da UFPR possui 60.000m² de área construída, onde circulam diariamente aproximadamente 11 mil pessoas, o hospital realiza quase 96 mil atendimentos por mês. (História do HC, 2016).

O HC também se enquadra no contexto de crise dos HUF descritos em item anterior. E a proposta de solução é a implantação da EBSERH na administração do Hospital. Inicialmente a proposta de adesão não foi aprovada, devido principalmente a organização e mobilização da comunidade acadêmica e dos trabalhadores contra a empresa. Desde então a reitoria da UFPR tentava votar no Conselho Universitário a proposta de adesão a EBSERH, sessões do conselho foram marcadas sem divulgação de horário e nem de local para tentar aprovação da empresa, sem sucesso por conta da forte mobilização da comunidade acadêmica. Porém, em 28 de agosto de 2014, a reitoria montou um forte aparato policial, fechando as entradas do prédio e impedindo os efeitos das manifestações, conseguiu votar e aprovar o contrato de adesão com a EBSERH (APUFPR, 2016, p. 3).

Neste processo a própria nomenclatura de gestão foi sendo modificada para incluir jargões gerencialistas: contratos, metas, eficiência, colaboradores, política de RH. A organização em saúde vai mudando ou prega-se no modelo neoliberal que deva ser organizado nos preceitos empresariais. A racionalização das práticas e processos, com estratégias de controle, disciplina e regulamentação organizacional, vem sendo implantada nos hospitais modernos. Estes processos de racionalização da administração do processo de trabalho possuem como objetivo a busca por produtividade e a implantação da lógica efficientista que pensa o hospital como empresa, com aumento dos custos operacionais em virtude do avanço e impacto do

sistema técnico na execução dos cuidados, que adentra ao cada vez mais competitivo mercado de saúde, necessitando ser coordenado por princípios racionais (ABOU JAMRA et al., 2016). Nos serviços públicos essa prática também é adotada com o gerencialismo descrito em item anterior.

O contrato de adesão estabelece entre suas principais cláusulas o plano de reestruturação, elaborado a partir de informações gerais do Hospital, contém ações estratégicas e metas a serem cumpridas pela contratada no prazo de doze meses; o patrimônio será cedido a contratada; os servidores também serão ou poderão ser cedidos a contratada, esses funcionários serão de responsabilidade da contratada; possui obrigações e responsabilidade de ambas as partes; o superintendente do Hospital será indicado pelo reitor e deverá ser do quadro permanente da contratante, já as gerências serão decididas pelo superintendente em conjunto com a diretoria executiva da contratada; o financiamento será todo repassado diretamente a contratada; o contrato terá vigência de dez anos (EBSERH, 2014a).

O plano de reestruturação elaborado em conjunto entre UFPR e EBSERH em maio de 2014, estabelece metas de desempenho a serem alcançadas no desenvolvimento dos serviços prestados durante o período de transição de 12 meses do HC para a empresa. Busca impactar sobre os problemas identificados e promover as mudanças estruturantes necessárias. Entre 2014 e 2015, há uma previsão de reativação de 250 leitos, sendo 47 de cuidados intensivos, e abertura de 8 leitos de saúde mental, totalizando 632 leitos. Contratação de 2.063 trabalhadores no prazo de 2 anos (EBSERH, 2014b). Na tabela 1, podemos observar a evolução dos números do HC antes e após a gestão da EBSERH, apesar da demonstração ser superficial, devido principalmente a dificuldade de acesso aos dados oficiais, podemos verificar um aumento de recursos humanos e leitos, porém esse aumento ainda está distante de alcançar o proposto pela EBSERH quando da assinatura do contrato de gestão com a UFPR.

TABELA 1: COMPOSIÇÃO DO NÚMERO DE TRABALHADORES, CIRURGIAS, INTERNAMENTOS E LEITOS DO HC NO PERÍODO DE 2010/2018

Dimensão para análise	Ano	Antes da EBSEH			Depois da EBSEH	
		2010	2011	2014**	2016	2018
Número de trabalhadores	FUNPAR	1025	997	916	836	790
	MEC	1990	1965	1940	1804	1702
	EBSEH	-	-	-	562	1251*
	<i>Total</i>	<i>3015</i>	<i>2962</i>	<i>2856</i>	<i>3202</i>	<i>3925</i>
Produção	Cirurgias	918 (mês)	714 (mês)	529 (mês)	1080 (mês)	
	Internamentos	1.516 (mês)	1.305 (mês)	1.081 (mês)	1630 (mês)	
Leitos ativos				377	430	436

*590 funcionários iniciaram em janeiro de 2018. Edital de concurso público realizado em 2015 previa a contratação de 1775 novos funcionários.

**Em outubro de 2014 foi assinado contrato com a EBSEH.

FONTE: O AUTOR (2018)

3. O PROCESSO DE TRABALHO

O modelo de gestão gerencialista vem sendo implantado nos hospitais modernos, e impondo sua lógica na gestão administrativa do trabalho em saúde. Na EBSEH esta lógica está evidenciada e descrita na lei que a constitui, nos contratos que celebram com os HUF, também podemos observar esta tendência na organização do seu organograma composto de inúmeras divisões e níveis de hierarquização, quais sejam: Gerência Administrativa, Gerência de ensino e pesquisa e Gerência de atenção à saúde, cada uma com diversas divisões e dentro destas divisões diversos setores, o organograma do HC aparece em item adiante, figura 3.

O processo de trabalho na concepção de Marx (1996), é o processo entre o homem e a natureza, onde o homem por sua ação media, regula e controla seu metabolismo com a natureza, colocando em movimento sua corporalidade, com objetivo de apropriar-se das matérias naturais a um fim que seja útil a sua própria vida. Esta prática constante de trabalhar para conseguir os meios de sobrevivência faz o homem desenvolver-se possibilitando que ao fim do processo de trabalho obtenha um resultado já concebido no início e que serve para o atendimento de uma determinada necessidade, nesta perspectiva os frutos do trabalho adquirem um valor de uso (MARX, 1996).

O processo de trabalho, como o apresentamos em seus elementos simples e abstratos, é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais. (MARX, 1996, p. 303).

O processo de trabalho é, portanto, um conjugado de atividades desempenhadas por um trabalhador para adquirir determinado fim, o valor de uso. Os elementos constitutivos do trabalho para Marx são: 1. A atividade adequada a um fim, o próprio trabalho; 2. O objeto de trabalho, que é matéria a que se aplica o trabalho; 3. Os meios de trabalho. Como objeto de trabalho entendemos tudo que o homem retira da conexão direta com a natureza, exemplo a madeira retirada da floresta, quando o objeto de trabalho já sofreu ação de trabalho anterior, se torna matéria-prima, exemplo a madeira que agora será tratada. Portanto, toda matéria-prima é objeto de trabalho, mas nem todo objeto de trabalho é matéria-prima, objeto

de trabalho apenas é matéria prima quando sofre ação de trabalho anterior (MARX, 1996, p 298).

E os meios de trabalho são as ferramentas ou coisas que o homem se utiliza para atuar sobre o objeto de trabalho na busca de atingir um objetivo predeterminado. *“O processo de trabalho conta, em sentido lato, entre seus meios com todas as condições objetivas que são exigidas para que o processo se realize”* (MARX, 1996, p. 300). Nas condições objetivas podemos citar diversas características o grau de desenvolvimento dos meios de trabalho, como os meios mecânicos, que formam o sistema muscular da produção, conforme for o grau de desenvolvimento das forças produtivas da sociedade maior é a tendência de incrementar meios facilitadores para o desenvolvimento de determinado processo de trabalho, seja o de um valor de uso físico ou um serviço.

Outro fator que devemos relatar é que o objeto de trabalho da natureza ou da sociedade, não é incrementado de forma mirabolante ao processo de trabalho, é necessário que haja um olhar, um saber humano para identificar a necessidade de incrementar o objeto a determinado processo de trabalho:

A finalidade do processo de trabalho refere-se a seu caráter teleológico, ou seja, diz respeito ao fim a que se dirigem as ações ou atividades que compõem o processo de trabalho. Pode-se dizer que o processo de trabalho consiste em ação dirigida a um fim dado *a priori* e que configura a intencionalidade e a racionalidade que o orienta, presente no projeto que preside e acompanha intrinsecamente o exercício cotidiano do trabalho, no qual o trabalhador executa seu específico processo de trabalho (PEDUZZI, 2007, p. 22).

Em seus elementos simples e abstratos o processo de trabalho é condição inerente de apropriação do natural para satisfação de necessidades humanas, condição natural e eterna da vida humana, portanto, sendo igualmente comum a todas as suas formas sociais (MARX, 1996). Em uma análise que desconsidere as relações de produção de cada época histórica, o processo de trabalho é utilizado unicamente para satisfazer necessidades humanas, porém além desta necessidade inerente a sobrevivência humana é necessário avaliar as condições que este processo de trabalho é executada em cada formato de organização social, pois em todos os processos estão inseridos seres humanos, que trabalham ativamente para chegar a finalidade de um produto ou serviço com valor de uso para a sociedade, e a depender de como essas condições (de trabalho e sociais), serão ofertadas, podem afetar não somente a construção do produto final, mas também refletir no ambiente de trabalho e nas condições de vida destes trabalhadores.

O modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, é denominado processo de trabalho. Este não é como verificamos, composto apenas pelas técnicas ou instrumentos utilizados em sua execução, indiferente do produto ou serviço que se almeja alcançar no final. Em síntese o processo de trabalho é constituído pelas condições, meios, objetos e agentes executores dos diversos processos de trabalho, é um processo de transformação e/ou de criação humanas, os sujeitos do processo devem interagir para a consecução dos objetivos, estabelecidos por indivíduos, grupos, instituições e/ou pela sociedade, buscando atender às suas necessidades e expectativas. O processo de trabalho também deve ser constantemente avaliado para verificar o alcance de seu objetivo inicial e se necessário estabelecer mudanças em seu caminho, a transformação é algo necessário para o constante aperfeiçoamento e desenvolvimento dos diversos processos de trabalho. A organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde constituem um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no SUS (FARIA et al., 2009).

O modelo gerencialista é introduzido no setor público brasileiro, principalmente após a reforma gerencial do aparelho do estado na década de 1990, na perspectiva de desburocratizar os serviços, oferecendo agilidade em seus processos. Este modelo orienta a organização das atividades de forma a garantir o máximo controle das atividades, com fragmentação dos processos, eficiência e objetivo produtivista (PAULA, 2005) influenciando no desenvolvimento das atividades diárias dos processos de trabalho, esta lógica é introduzida dentro das instituições que prestam serviços de saúde (CAMPOS, 1999; BERNARDES et al., 2007).

3.1 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE: A ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL E SEUS CONTRAPONTO NO PROCESSO DE TRABALHO

Para Nogueira (1997), o processo de trabalho em saúde é por um lado, direcionado por questões econômicas, políticas, sociais, questões técnicas, relações de trabalho e forças produtivas, frutos do desenvolvimento social e que determinam de alguma forma certas ações de saúde. Estas questões influenciam de alguma maneira a organização de qualquer processo de trabalho dentro da sociedade capitalista, entender essas determinações sociais é necessário, para não fazer uma análise deslocado do contexto macro social. A saúde também é entendida como

uma mercadoria na sociedade capitalista, haja vista as grandes corporações farmacêuticas e de planos de saúde existentes no Brasil e no Mundo. Portanto, estas características gerais geram influência na organização de qualquer processo de trabalho o que não é diferente na área da saúde.

A organização de uma instituição ou modo de produção de serviços de saúde, refletem interesses, diretrizes e valores dominantes em uma certa época e um dado contexto. A lógica de organização dos governos e processos de trabalho não são nunca inócuas (CAMPOS, 1999).

Outra dimensão do trabalho em saúde, é que este é um serviço, a assistência à saúde não é um processo de trabalho igual ao da indústria, onde a busca é exclusivamente por produtividade de determinado produto. A saúde se diferencia justamente por ser um serviço e atender determinadas necessidades (NOGUEIRA, 1997). Para Cecílio (2001), as necessidades em saúde estão organizadas em quatro grandes grupos:

“O primeiro diz respeito a ter boas condições de vida [...]; O outro conjunto fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...]; O terceiro diz respeito à insubstituível criação de vínculos efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...]; Um quarto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”. (CECÍLIO, 2001: 114-115).

As necessidades de saúde, reconhecidas em uma determinada sociedade e época histórica, suscitam os serviços que são prestados e embasam a forma e maneira geral de sua organização e oferta. Porém, o resultado do processo de trabalho para satisfazer estas necessidades também é reconhecido como necessidade, pois são apreendidos e baseados em consensos sociais, compartilhados por usuários e prestadores de serviços de saúde, como forma legítima e eficaz de satisfazê-las (PEDUZZI, 2007). Segue que, “*o modo de organizar socialmente as ações de saúde para produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta às necessidades, mas imediatamente, “contexto instaurador de necessidades”*” (SCHRAIBER, MENDES-GONÇALVES, 1996, p.29-30 *apud* PEDUZZI, 2007, p. 23).

É possível observar uma conexão circular entre o processo de trabalho e a necessidade de saúde, provocando um processo que reitera técnicas e tecnologias disponíveis, bem como o acesso aos valores sobre elas. Desta forma se repete uma certa conformação social de necessidades e processos de trabalho, caracterizada

pelas desigualdades sociais (PEDUZZI, 2007). O atendimento das necessidades em saúde ocorre por meio de um processo de trabalho diferente de outras áreas, na saúde existe a necessidade de inter-relação entre os trabalhadores que prestam o serviço e o usuário que consome, este usuário é parte contribuinte do processo de trabalho em saúde, ele fornece valor de uso necessário ao processo, quanto às informações a respeito de suas necessidades e história de sua doença, esse processo relacional reflete no resultado final do serviço ofertado (NOGUEIRA, 1997).

O trabalho em saúde também é consumido no ato de seu desenvolvimento, por exemplo: uma enfermeira ao fazer um curativo, esta produzindo um valor de uso, que é consumido em ato pelo usuário. Este trabalho é, portanto essencialmente relacional, existe uma necessidade do trabalhador de saúde de qualquer área profissional, de interagir com seu usuário de alguma maneira (BRASIL, 2005). Esta interação também deve ocorrer entre os profissionais de saúde, para facilitar, promover e transformar o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde.

Neste sentido um dos fatores que impacta no desenvolvimento do processo de trabalho em saúde é a fragmentação de seus atos. Em um hospital o usuário passa por diversos setores e profissionais, passando por uma quantidade elevada de diagnósticos e terapias para ter seu problema resolvido ou remediado. Isso implica em condições de deslocamento físico deste usuário dentro de uma unidade produtiva ou em estabelecimentos diferenciados. A profusão desses diversos atos escapa ao entendimento do usuário, bem como dos profissionais de saúde, a direcionalidade técnica do processo de trabalho em saúde aparece dividida, fragmentada e fraturada. A conjuntura desses aspectos torna o trabalho em saúde alienante (NOGUEIRA, 1997).

Estes aspectos de fragmentação e da direção do modelo biomédico orientando os serviços de saúde tendem a causar um processo de alienação do trabalho, podendo ir à contra mão da integralidade, da construção de um processo de trabalho mais participativo entre a equipe de saúde e os usuários, que também são ou deveriam ser sujeitos na construção de qualquer processo de trabalho em saúde.

Nos hospitais a decomposição do ato em saúde em atividades isoladas, diversificadas e centralizadas pela própria organização hospitalar, decorrente da crescente especialização, coloca novos e complexos problemas para o processo de coordenação do trabalho (BERNARDES et al., 2007).

Como nos coloca Sarreta (2009), devemos pensar em como são os modelos de organização da coordenação dos processos de trabalho das instituições de saúde, estes são elaborados na perspectiva de propiciar a interação entre trabalhadores e usuários na construção do processo de trabalho mais participativo ou fortalecem a fragmentação, hierarquização e o domínio do modelo biomédico sob a organização de serviços de saúde?

Existem formas distintas de tentar organizar o processo de trabalho dentro de um modo de produção de serviços de saúde, uma forma mais tradicional segue regras autoritárias com linhas verticais de mando e com a antiga separação por departamentos entre as profissões e especialidades, portanto, visa alcançar os objetivos estabelecidos pela organização, mesmo as custas da radicalização do processo de disciplinamento e controle rígido das práticas dos trabalhadores (BERNARDES et al., 2007; CAMPOS, 1999).

Outra forma de organização traz a ideia de mudanças na estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde, com novos arranjos diferentes daqueles centrados no corporativismo e na alienação do trabalhador do resultado de seu trabalho. Estabelecendo estímulos de compromisso da equipe com a produção de saúde, permitindo realização pessoal e profissional. Uma forma ou modelo de organização mais participativo, em uma perspectiva dialógica e participativa. Este formato traz importante ênfase na gestão por colegiados em todos os níveis dentro das instituições, com participação horizontal dentro dos processos decisórios da organização do processo de coordenação do trabalho. (BERNARDES et al., 2007; CAMPOS, 1999).

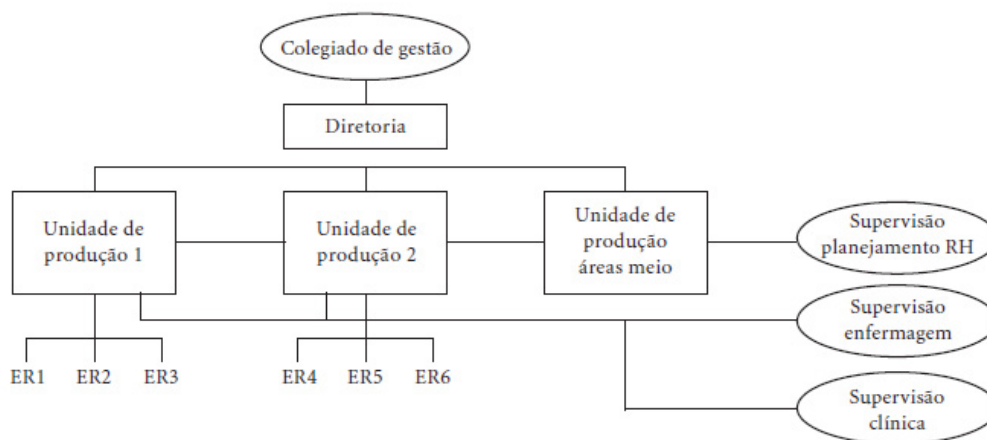
Para tornar os processos mais participativos e democráticos dentro das organizações de saúde é necessário romper com os arranjos tradicionais da estrutura gerencial, reconstruindo estes arranjos, com ênfase na gestão colegiada, pautada no conceito de co-gestão, onde todos participam do governo, mas ninguém decide sozinho ou isolado ou em lugar dos outros (BERNARDES et al., 2007; CAMPOS, 1999).

Para construir um modelo de gestão participativa é necessário a criação de novos organogramas de organização dos processos de gestão do trabalho. Eliminam-se os antigos departamentos e seções divididas por profissões, estabelece a divisão por unidades de produção, elaboradas segundo o objeto de trabalho de um conjunto de trabalhadores, sem importar suas profissões, essas unidades recortam o

hospital com uma nova lógica pautada na integralidade do processo de trabalho. Para assegurar um processo participativo e democrático utiliza-se o formato de co-gestão: “a base seria composta pela unidade gerencial básica do hospital, a Equipe de Referência; haveria Colegiados em cada Unidade de Produção e ainda um Colegiado de Gestão Central” (AMARAL; CAMPOS, 2007, p. 854). A Participação dos usuários neste sistema se daria por meio de assembleias, reuniões ou ingresso no conselho gestor do hospital (CAMPOS, 1998; CAMPOS, 1999; AMARAL; CAMPOS, 2007).

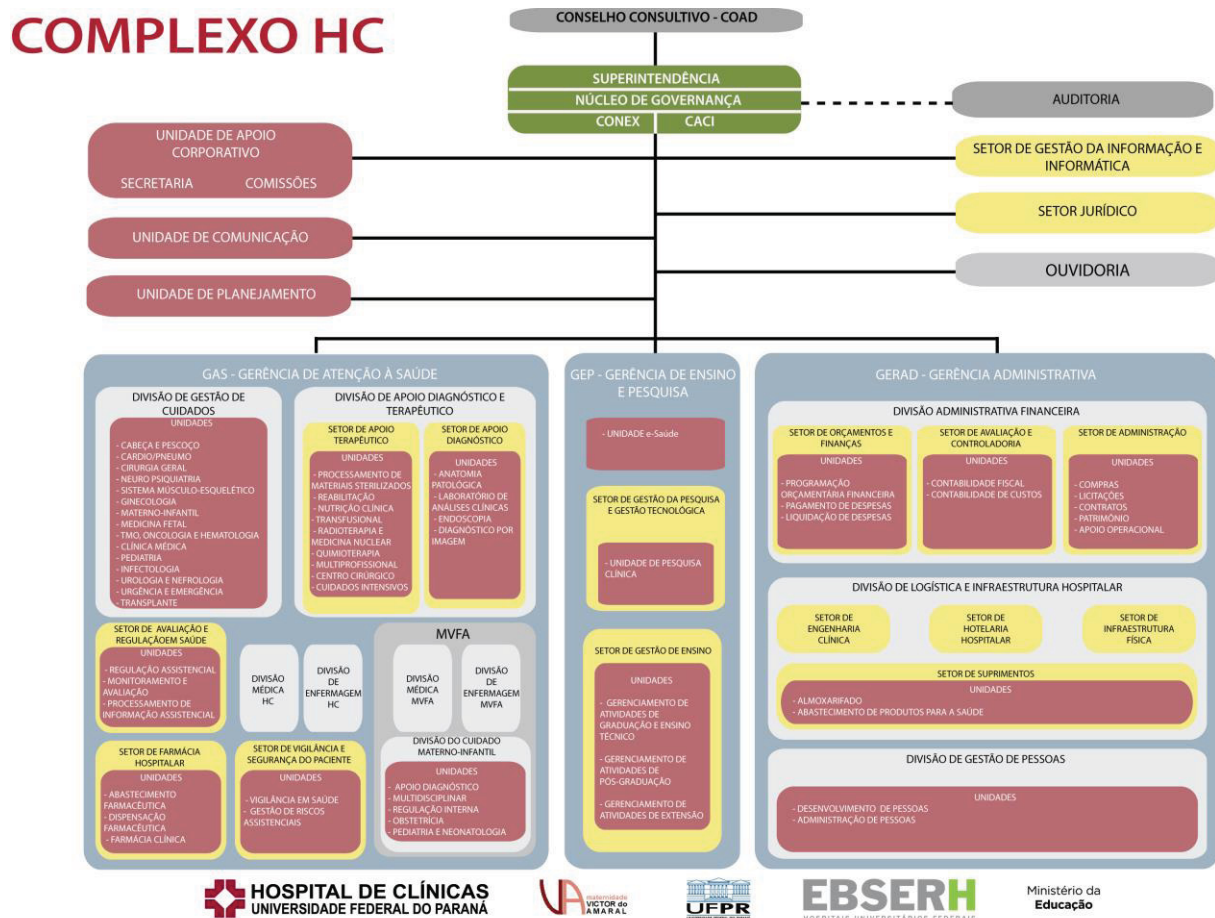
Em formato de figura demonstramos a seguir o organograma desta proposta de gestão participativa e na sequência o organograma elaborado pela EBSERH para o HC da UFPR.

FIGURA 2: ORGANOGRAMA COM PROPOSTA DE GESTÃO PARTICIPATIVA PROPOSTA POR CAMPOS, 1998.



FONTE: CAMPOS (1998 P. 400).

FIGURA 3: ORGANOGRAMA IMPLANTADO PELA EBSE RH NO HC



FONTE ELETRÔNICA: <http://www.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr/organograma>.

A fragmentação em diversos departamentos no organograma proposto pela EBSE RH indica a concepção de um modelo gerencialista empresarial, para Amaral e Campos (2007) neste modelo o hospital pode apresentar ganhos em eficiência e produtividade, porém tende a perder na eficácia que é a produção de saúde.

4. OBJETIVO GERAL

- Analisar a percepção dos trabalhadores sobre o processo de trabalho no Hospital de Clínicas da UFPR com cogestão da EBSEH

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender a percepção dos trabalhadores sobre a organização do processo (o dia a dia) de trabalho sob a cogestão da EBSEH
- Compreender a percepção dos trabalhadores com relação à participação no processo decisório de organização do trabalho
- Compreender a percepção dos trabalhadores com relação à valorização do trabalho
- Analisar a interação entre trabalhadores de vínculos diferentes em mesmo ambiente de trabalho

5 MATERIAL E METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Esta é uma pesquisa qualitativa, este tipo de pesquisa se caracteriza pela busca de respostas muito particulares, se ocupa no campo das ciências sociais, possui um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. O espaço da produção humana, que pode ser resumido pelas relações, da representação e da intencionalidade é objeto da pesquisa qualitativa que dificilmente vão ser traduzidas em indicadores quantitativos. A abordagem qualitativa se aprofunda no universo dos significados, este nível de realidade não é visível, precisa ser interpretado, analisado, pelos próprios pesquisadores (MINAYO, 2009).

O pesquisador qualitativista não pretende explicar as ocorrências com as pessoas, individual ou coletivamente, listando e mensurando seus comportamentos ou correlacionando quantitativamente eventos de suas vidas, mas busca entender com profundidade essas vivências, e quais percepções os sujeitos têm das experiências de vida (TURATO, 2005).

Nesta perspectiva a pesquisa em tela pretende analisar a percepção dos trabalhadores de um Hospital Universitário Federal, sobre diversos aspectos relacionados ao processo de trabalho dentro dos setores em que atuam, focaremos exclusivamente na singularidade da percepção de cada sujeito participante da pesquisa, analisando e discutindo com profundidade cada percepção. No contexto da metodologia qualitativa não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas (TURATO, 2005).

Na pesquisa qualitativa o número amostral de participantes não segue critérios estatísticos rígidos, a intencionalidade da amostra é própria da pesquisa qualitativa, que busca estudos em profundidade, ricos em conteúdo e que permitam ao pesquisador a obtenção de inúmeras informações sobre o propósito central da pesquisa (PATTON, 1990; MINAYO, 1994; BÓGUS E NOGUEIRA-MARTINS, 2004).

5.2 PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO COM O CAMPO

Esta pesquisa que pretende analisar como está o processo de trabalho dentro de uma instituição hospitalar, encontrou algumas dificuldades na negociação com o campo. Inicialmente adotou-se uma estratégia de fazer a pesquisa por dentro da gestão do Hospital de Clínicas da UFPR, agendando reuniões com a Gestão Administrativa do Hospital, com intuito de explicarmos o carácter e os objetivos da

pesquisa, este foi um processo lento. Após apresentação da pesquisa e concordância da Gestão do HC, solicitamos assinatura de carta de autorização que ocorreu em 15 de maio de 2017, este processo demorou 6 meses.

O projeto foi aprovado no CEP em 17 de agosto de 2017, sob parecer nº 2.223.897, retornamos as negociações com os gestores para informar da aprovação e solicitar liberação e apoio no acesso aos trabalhadores, em outubro de 2017 tivemos uma reunião com a superintendência, a gerência de atenção à saúde e a gerência administrativa, obtivemos nesta reunião a resposta que deveríamos solicitar ao setor de recursos humanos (RH) o contato dos trabalhadores e que o acesso ao Hospital era livre⁷ para convidarmos trabalhadores, com relação ao RH do HC não obtivemos nenhuma resposta. Após todo este processo de negociação com o campo, decidimos suspender a busca de apoio da gestão para fazer a pesquisa, e fomos para outra estratégia que será descrita no próximo item. Consideramos necessário descrever este processo longo de negociação com o campo, não somente para justificar que este foi um dos aspectos na demora à realização das entrevistas desta pesquisa, mas também para informar pesquisadores sobre esta dificuldade de conseguir apoio de setores do hospital e também de adesão dos trabalhadores como se vê no item seguinte.

5.3 COLETA DE DADOS

A realização dos convites e definição dos participantes da pesquisa, foi feita de maneira intencional, não utilizou-se amostragem probabilística, usamos a metodologia snowball (bola de neve), forma útil de metodologia principalmente para chegar aos sujeitos de pesquisa difíceis de acessar. Ressaltamos que nesta pesquisa devido as dificuldades para se chegar aos possíveis participantes das entrevistas, como explanado anteriormente, a metodologia de Bola de Neve não foi escolhida, mas se impôs ao pesquisador como alternativa para realização do estudo.

A metodologia bola de neve é formada inicialmente pelo lançamento de documentos ou por informantes chaves denominados de *sementes*, essas pessoas contribuem para indicar e encontrar novos sujeitos com perfil para pesquisa, dentro da população geral de determinado local (no caso da pesquisa em tela o público

⁷ Cumpri ressaltar que o acesso nem sempre foi livre para o mestrando, pois inicialmente era apenas necessário identificação com documento pessoal, após implantaram a exigência de crachás, que para serem feitos precisam passar por um moroso processo burocrático, por conta disso tivemos que encontrar outras alternativas para adentrar ao Hospital.

geral são os funcionários do Hospital de Clínicas da UFPR), a estes novos participantes é solicitado para que indiquem outros possíveis participantes com perfil à pesquisa, dentro de suas próprias redes pessoais, este processo ocorre sucessivamente, aumentando as possibilidades de inserção de novos participantes conforme os contatos vão sendo realizados, também conforme a pesquisa for ocorrendo, pois após a realização de algumas entrevistas, é solicitado aos participantes novas indicações. Desta forma o processo de participação vai se formando e ao conseguirmos a participação desejada, encerra-se a indicação de novos participantes (VINUTO, 2014).

Com o contato de algumas pessoas-chaves, as *sementes*, e a partir delas iniciou-se o processo de convite aos participantes da pesquisa. Nesta pesquisa tínhamos a pretensão inicial de fazer a montagem de grupos focais, que conforme recomenda a literatura são grupos compostos a partir de seis participantes, também por entendermos que esta seria uma técnica rica para coleta de dados detalhados em relação ao processo de trabalho dentro deste contexto hospitalar. Porém, ao fazermos inúmeras tentativas de convites, onde utilizamos as denominadas *sementes*, não obtivemos sucesso na montagem destes grupos, mesmo com a presença pessoal do pesquisador dentro do Hospital e com estratégia de idas a outros locais de reuniões dos trabalhadores, como sindicatos e locais de greve, onde convites foram feitos por distribuição de cartas-convites (anexo I) e por conversas pessoais quando houve esta abertura, a adesão não foi a esperada.

A partir desta experiência decidimos por suspender a proposta dos grupos focais e partimos para a estratégia das entrevistas semiestruturadas e com roteiro de perguntas (Anexo II) pré-definidas, a entrevista busca que o indivíduo possa se expressar ao máximo para que a coleta de dados seja efetiva, também têm a capacidade de construir informações diretamente com o entrevistado, através do diálogo, trata das reflexões que o sujeito da pesquisa têm sobre a realidade que vivência (MINAYO, 2009). A entrevista é uma técnica de pesquisa consolidada dentro da pesquisa qualitativa e consenso que possibilita uma rica coleta de dados.

Mesmo com a escolha da entrevista como instrumento de coleta de dados tivemos dificuldades de adesão, porém, o fato de não precisar montar grupos com número maior de sujeitos, foi um ponto positivo para dar andamento na pesquisa, por conta da dificuldade de acesso aos possíveis participantes da pesquisa, decidimos por não definir setores e nem categorias específicas de profissionais,

sendo que estes surgiriam a partir dos convites e da adesão, as abordagens continuaram sendo feitas a partir da a técnica de bola de neve com as *sementes* (que são também sujeitos participantes da pesquisa), convite pessoal dentro do hospital e por contatos telefônicos disponibilizados principalmente pelas *sementes*. Ressaltamos o papel fundamental das *sementes* no processo de construção do grupo de participantes, sem a participação destas dificilmente conseguiríamos adesão dos trabalhadores à pesquisa.

Com relação aos vínculos trabalhistas dos sujeitos de pesquisa definimos que serão: estatutários do Regime Jurídico Único (RJU) e empregados públicos da EBSEH com vínculo da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), optamos por não colocar na pesquisa os trabalhadores CLT da FUNPAR, justificamos que, por uma questão de recorte de pesquisa e do limite de tempo que temos disponível para concluir a coleta de dados e efetuar a análise, a abertura de mais entrevistas acarretará em trabalho excedente podendo prejudicar a conclusão desta pesquisa.

O local de realização das entrevistas ficou aberto e à escolha dos participantes da pesquisa, visando facilitar adesão. Os critérios de **inclusão** são: 1. ser voluntário; 2. trabalhadores do hospital de clínicas a no mínimo um ano; 3. ser concursado; 4. Possuir vínculo EBSEH ou RJU. Os critérios de **exclusão** são: 1. não ser voluntário; 2. trabalhar no hospital de clínicas a menos de um ano. 3. não ser concursado. 4. Não possuir vínculo EBSEH ou RJU. As entrevistas serão gravadas, transcritas e analisadas. A pesquisa teve um total de nove participantes, sendo seis com vínculo da EBSEH e três com vínculo RJU (reitoria, em algum momento os entrevistados se dirigem ao seu vínculo de trabalho RJU como reitoria), de diversas categorias profissionais e setores do Hospital. As entrevistas tiveram duração média de 25 minutos, foram realizadas e transcritas pelo mestrando e por uma colaboradora.

Os participantes da pesquisa seguem representados a seguir.

QUADRO 1: PARTICIPANTES DE PESQUISA

Vínculo de Trabalho	Profissão	Setor de trabalho
EBSERH	Profissional de Saúde	Banco de Sangue
	Profissional de Saúde	Oncologia
	Profissional de Saúde	Neurologia
	Profissional de Saúde	UTI - Adulto
	Profissional de Saúde	UTI - Pediátrica
	Profissional de Saúde	Farmácia
Total de participantes	6	
Vínculo de Trabalho	Profissão	Setor de trabalho
RJU	Profissional de Saúde	UTI - Pediátrica
	Profissional de Saúde	Hematologia
	Profissional de Saúde	Pronto Atendimento Adulto
Total de Participantes	3	

FONTE: O AUTOR (2018).

5.4 ANÁLISE DE DADOS E REFERENCIAL TEÓRICO

Com a conclusão das entrevistas iniciou-se o processo de análise de dados, que seguiu os seguintes passos:

1. Foi feito um processo de leituras superficial e detalhada das transcrições, com uma postura interpretativa que se sustenta na busca de compreensão do texto (SANTOS, 2014), após iniciou-se o processo de transformar os textos em narrativas, mantivemos o sentido das falas originalmente criadas pelos participantes.

2. Buscou-se sintetizar os textos, enfatizando ideias repetidas, os exemplos foram apresentados de forma resumida e os vícios de linguagem foram transformados em escrita, para tornar o texto mais corrido e compreensível, sem perder a essência das falas dos participantes.

3. Com as narrativas construídas e interpretadas a partir do referencial teórico da fenomenologia-hermenêutica, que busca o significado a partir dos fenômenos emanados dos discursos, extraíram-se os núcleos argumentais.

4. Na sequência os núcleos argumentais foram agrupados em categorias, algumas previamente construídas, mas que modificaram-se ou foram reconstruídas conforme a interpretação dos discursos. A partir das categoriais foi construída a grade de análise, com trechos sintetizados e distribuídos segundo os núcleos argumentais. Segue representação deste processo no QUADRO 2.

5. Por fim os trabalhadores foram identificados com letras seguidas de números, com intuito de manter o anonimato, sendo os participantes com vínculo CLT representados pela letra E seguida de números de 1 a 6, e trabalhadores estatutários (RJU) com a letra R seguida de números de 1 a 3. A interpretação dos resultados ocorreu com ajuda de grade de análise, representada na FIGURA 2, na grade utilizou-se de cores para facilitar a identificação das entrevistas.

QUADRO 2: CATEGORIAS E NÚCLEOS ARGUMENTAIS

Categorias	Núcleos argumentais	Trechos das Narrativas
Cotidiano no Trabalho	Jornada de trabalho horizontal	
	Aumento da força de trabalho	
	Falta de Insumos e as alternativas de solução	
	Flexibilidade na Jornada de trabalho	
	Primazia dos horários sobre as demandas	
	Organização dos fluxos de trabalho	
	Relação com a coordenação	
Interação no Trabalho	O trabalho e o apoio ao trabalho	
	Tratamento diferenciado aos trabalhadores	
Participação no Trabalho	Interação entre trabalhadores de vínculos diferentes no mesmo ambiente de trabalho	
	Planejamento e controle da demanda	
Valorização do trabalho	Processo participativo no local de trabalho	
	Reconhecimento do paciente	
	Aperfeiçoamento profissional	
	Estabilidade	
	Possibilidade de progressão	

Fonte: O AUTOR (2018)

FIGURA 4: GRADE DE ANÁLISE

	A	B	C
1	Categorias	Entrevista E 3 – EBSEERH	
2		Trecho	Núcleo argumentativo
3	Cotidiano de Trabalho	"Em relação a flexibilidade de horário, não tem nenhuma, flexibilidade de horário é sempre uma briga nossa com a chefia, porque o horário é bem engessado e bem fixo, e as vezes sem muito nexso pra você entender como é feito, mas é bem engessado. Flexibilidade não há. Essa relação, a rigidez de horário de trabalho, é algo bem chato. Pra você ter uma ideia, você pode ter situações, por exemplo, a minha carga horaria é 24h semanais, se eu fizer 25 horas eu fico devendo horas porque não fiz exatamente no horário pré-estabelecido pela minha chefia. Então, quer dizer, é algo as vezes difícil de entender e que desestimula".	Flexibilidade na Jornada de trabalho
4		"Insumos... ainda tem uma falta crônica, de por exemplo na minha área falta vez por outra algum medicamento, a ressonância do hospital ficou fechada muito tempo, as vezes falta contraste, mas faltas pontuais, mas existem. Eu gostaria de ter uma estrutura melhor, por exemplo: exame de imagem demora muito tempo pra sair laudo, patologia também".	Falta de Insumos básicos
5		Em relação a fluxo organizacional, o hospital é cheio de fluxos, mas em algumas áreas funcionam outras áreas mais ou menos, mas existe, é bem dividido e você consegue trabalhar e conhecer esses fluxos sim.	Fluxos organizacionais
6	Ambiente de Trabalho	Você falou de doença com si próprio, a gente teria o ambulatório dos funcionários, mas não é ambulatório pra EBSEERH, é pro pessoal mais da reitoria. Então a gente da EBSEERH, nesse ponto fica um pouco descuidado entre aspas. A gente tem que pegar um atestado e simplesmente trazer e esperar que seja aceito".	Tratamento diferenciado aos trabalhadores
7		Bom aqui no meu setor é excelente, não tivemos problemas. Tem boatos aí, que outros setores não foi fácil, tinha muito ciúme porque é diferente carga horária, é diferente salário é diferente até o regime de contratação. No hospital a gente convive com três regimes diferentes: tem o pessoal da FUNPAR, tem o pessoal da reitoria, tem o pessoal da EBSEERH. Dentro do setor que trabalho, não tem problema. Mas existe setores do hospital que há realmente ciúmes e troca de acusações e favorecimentos, seja por uma função ou outra.	Interação entre Trabalhadores

Fonte: O AUTOR (2018)

A pesquisa pretende analisar a percepção dos trabalhadores entrevistados sobre suas vivências dentro de seus ambientes de trabalho, não se pretende fazer nenhuma forma de mensuração de dados, a busca é por uma avaliação que busque estabelecer significados nos fenômenos. “Os pesquisadores qualitativistas estudam as coisas em seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos nos termos das significações que as pessoas trazem para estes” (DENZIN; LINCOLN, 1994 *apud* TURATO, 2005, p. 509).

Na nossa pesquisa os fenômenos são os dados coletados, portanto, são construídos de maneira particular com a interação do sujeito com o objeto da pesquisa, desta forma o objeto de pesquisa demonstra características próprias, conforme os significados de percepções singulares (SANTOS, 2014). A tarefa da fenomenologia é evidenciar o sentido do fenômeno-discurso, compreendido como significação, pois significar é o que a pessoa quer expor (TERRA et al., 2009).

A Hermenêutica busca a compreensão de um fenômeno humano a partir da análise e descoberta do sentido do discurso, o sentido sobre as palavras deve ser percebido em sua totalidade. A interpretação é um acontecimento especial da

compreensão aplicada as expressões escritas. Neste sentido as narrativas são uma espécie de recursos interpretativos que possuem a perspectiva de construir sentidos ao material coletado em uma pesquisa (TERRA et al., 2009; SANTOS, 2014).

Aquele que interpreta não decodifica uma experiência externa a si, a seu horizonte linguístico, mas decodifica a sua própria experiência a partir de necessidades e possibilidades, trazidas pelo horizonte linguístico do outro. Na hermenêutica de Gadamer o interpretado suscita questões para o intérprete, mas é o intérprete que possibilita ao interpretado a proposição dessas questões. Através desta complexa *dialética de pergunta e resposta*, realiza - se, segundo Gadamer, o compreender incessante com o qual vamos, simultaneamente, decifrando e instaurando nosso mundo (AYRES, 2005, p. 557).

Desta forma ao interpretar é necessário que o pesquisador compreenda suas próprias particularidades, opiniões, formações teóricas e de vida, não eliminar essas particularidades que fazem parte do seu ser, mas destacá-las, pois estas particularidades podem, mesmo sem a percepção do pesquisador modular sua compreensão e interpretação dos fenômenos, por isso devemos para Gadamer transformar nossos pressupostos em perguntas durante o processo de compreensão, possibilitando desta forma se aproximar da realidade do texto (AYRES, 2005; SANTOS, 2014).

É preciso, portanto ter uma postura de pesquisa, neste caso uma postura fenomenológica-hermenêutica, como uma maneira de entender e expressar a percepção sobre os acontecimentos que ocorrem entre os sujeitos envolvidos nas vivências, na realidade do objeto pesquisado. É necessário ter um ouvido aberto, pois as falas dos participantes da pesquisa com suas subjetividades ímpares que vão possibilitar a reflexão e interpretação dos fenômenos (DITTRICH; LEOPARDI, 2015).

A interpretação é composta por dois movimentos: a análise e a construção. A análise é um processo de dividir os fragmentos e detalhar os dados (fenômenos), na construção é feito o alinhamento destes fragmentos, organizando os dados e elaborando um processo que contribua para própria compreensão do fenômeno (SANTOS, 2014).

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo denominado “A percepção dos trabalhadores sobre o processo de trabalho em um Hospital Universitário Federal com co-gestão da EBSEH” foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e sua aprovação representada pelo CAEE :68397717.2.0000.0096 e sob parecer número: 2.223.897 (Anexo IV).

Contou com a participação de trabalhadores do Hospital de Clínicas da UFPR, os que cumprirem os critérios de inclusão e aceitarem os termos do TCLE (anexo V), darão o aceite para participar da pesquisa. Neste sentido, será assegurado aos participantes envolvidos o sigilo e o anonimato de sua identidade, o livre acesso às informações coletadas e o acesso ao produto final. Conforme informações contidas no TCLE, o participante terá direito a desistência a qualquer momento da pesquisa, se assim desejar. Para garantir o sigilo e o anonimato, os participantes serão codificados por letras, seguidas de número arábicos, não guardando relação com a ordem das entrevistas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 9 entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, apresentamos a seguir os resultados obtidos com a pesquisa e a discussão com a literatura. Apresentamos esta discussão seguindo a grade de análise demonstrada na metodologia. Não pretendemos encerrar o debate sobre a temática da pesquisa, mas sim apresentar a percepção dos trabalhadores participantes e iniciar um debate construtivo, no sentido de uma análise sobre a questão do processo de trabalho neste ambiente hospitalar com cogestão da EBSERH.

6.1 COTIDIANO DE TRABALHO

Quanto ao cotidiano de trabalho há uma recorrência nas falas dos entrevistados que apesar das mudanças recentes quanto a cogestão da EBESERH, continua a haver falta de insumos básicos. Algumas entrevistas apontam que no quesito de faltas, houve uma melhora relativa outras discordam e reiteram que o problema é crônico e que não houve melhora alguma. Aponta-se que para além da falta de seringas, gases, medicamentos, agulhas, quimioterápicos e contrastes para exames de imagem, tiveram uma piora na qualidade destes produtos.

"O nosso maior problema é a falta de medicamentos que ocorrem toda semana, a gente perde muito tempo do nosso dia, podíamos estar dispensando para pacientes e ficamos lidando com faltas, quando falta a gente envia para o SISUP (Sistema) e nem sempre a gente tem um retorno..." (trabalhador E5)

"A gente teve épocas que faltavam muitos insumos, atualmente falta, mas menos que antes. Eu acho que o principal problema é a qualidade dos insumos, normalmente acabam comprando o mais barato e isso não é bom é complicado por que você acaba fazendo as coisas várias vezes, por exemplo, um curativo que você faria a cada sete dias, você tem que trocar a cada três, porque a película não é boa o suficiente. Mas assim já tiveram épocas piores." (trabalhador E6)

A atuação dos profissionais de saúde depende da qualidade e disponibilidade dos materiais e da estrutura fornecida para execução dos procedimentos, de modo que a carência, a falta ou a baixa qualidade a elas relacionada, pode afetar o trabalho dos profissionais e os resultados dos serviços prestados (PEDROSA *et. al.*, 2011).

As percepções apontadas pelos trabalhadores com relação a falta de insumos corroboram com o que é apresentado na literatura, pois é frequente encontrarmos falta de materiais em serviços públicos de saúde, estas faltas impactam negativamente no desempenho desses serviços, bem como na imagem dos mesmos junto aos profissionais e usuários (INFANTE; SANTOS, 2007)

Existia uma expectativa por melhorias com relação a aquisição de insumos após a entrada da EBSERH, na percepção de alguns trabalhadores essa expectativa foi atendida em partes e para outros acabou não se concretizando e em alguns aspectos esse problema aumentou. Essa expectativa ocorreu no plano nacional, os novos formatos de administração dos serviços públicos com instituições de direito privado ao invés do público, como as OSs, OSCIPs, Fundações e a EBSERH, são vistos como modelos inovadores e alternativos para solucionar os problemas do considerado ultrapassado e ineficiente serviço público, com burocracia e lentidão de processos, ineficiência de resultados, falta de recursos, defasagem nos recursos humanos, na estrutura física e material. Para Alcantara (2013), outro fator para implantação desses modelos é a fuga da fiscalização e rigidez do serviço público, com suas licitações e concursos. De fato a partir da década de 1990 as críticas à falta de desempenho dos serviços públicos aumentaram, juntamente ao processo de transferência dos mesmos a outros setores da sociedade, na perspectiva de melhorias na estrutura dos serviços ofertados (ANDREAZZI, 2013; BRAVO e CORREA, 2012; BROCKER, MAFRA; VIEIRA, 2015).

"Agente esperava que melhorasse o nosso ambiente de trabalho com a entrada da EBSERH, em condições materiais, insumos, mas nada disso veio. As faltas de material e de insumos aumentaram inclusive. Aqui no setor nós compramos insumos pra trabalhar, papel, tinta, caneta, falta papel higiênico nos banheiros, falta papel toalha nos banheiros, nós trazemos de casa. Antes (da EBSERH) tinha mais material, hoje nem o livro de intercorrências têm..." (trabalhador R3).

"Quanto aos insumos posso te dizer que não melhorou, eu acabei abrindo um procedimento técnico que a gente tem, reclamando de um insumo que chega para nós que não é de qualidade, antes era! Outro exemplo, foi eliminada a lavanderia do hospital, nos tínhamos uma lavanderia com uma qualidade X, hoje nos temos uma lavanderia que é terceirizada e que não corresponde as nossas necessidades muitos lençóis voltam sujos..." (trabalhador R2).

Também é relatado que o problema dos insumos deve-se a falta de planejamento, as maneiras de lidar com estas faltas são diversas desde uma busca dentro do Hospital, solicitação de compra a partir de recursos e solicitação de empréstimo de materiais a outros Hospitais. A defasagem de longo período na compra de insumos gera problemas, porém este fator apesar de ser relevante, geralmente esta agregado a outros como a pouca atenção ao planejamento logístico nas organizações públicas de saúde. Infante e Santos (2007), reforçam a necessidade de um sistema logístico integrada interna e externamente, desde os desenvolvedores dos materiais, fornecedores, logística de aquisição, armazenamento, distribuição dos insumos e seu uso final. A falta deste planejamento com relação a logística do controle dos insumos, pode acarretar na carência dos materiais necessários para o desenvolvimento das atividades diárias dentro do Hospital.

Com relação aos fluxos de trabalho os discursos trazem que existem muitos fluxos, estes são lentos, pouco organizados e faltam mecanismos de controle para a fiscalização do seu bom funcionamento. Apesar de conhecerem o organograma, ele é de difícil entendimento, principalmente pelo fato do excesso de cargos de coordenação.

“...Até hoje eu não consegui entender este organograma, tenho dificuldades, eu sempre me remeto a minha chefia imediata que me orienta aonde eu preciso ir, mas eu acho que é um fluxo bem lento para algumas coisas.” (trabalhador E1).

“Em relação a fluxo organizacional, o hospital é cheio de fluxos, mas em algumas áreas funcionam outras áreas mais ou menos, mas existe, é bem dividido.” (trabalhador E3).

“Eu acho que são muitas chefias e você tem que passar por muitos lugares pra fazer alguma coisa”. (trabalhador E5).

A existência de diversas coordenações e fluxos organizacionais para desenvolver o processo de trabalho dentro de um Hospital, está ligada a um modelo de organograma mais tradicional de um serviço de saúde, nesta linha autores como Neuhaser (1972) e Motta (1987), defendem que dispositivos como reuniões, programas e projetos, realizados em equipe multiprofissional seria suficiente para proporcionar a integração de diversas profissões nos serviços de saúde, sem que seja necessário o rompimento dos departamentos, com suas diferentes coordenações e normas de trabalho, próprias do modelo tradicional de organização

do trabalho em saúde (CAMPOS, 1999). Como dito anteriormente, o organograma atual da EBSERH possui grande complexidade hierárquica, nos remetendo ao modelo mais tradicional de organização hospitalar que nos é apresentado por Campos, (1999).

Este modelo aparece recorrente em diversas entrevistas. A questão transparece com o discurso sobre as muitas coordenações existentes dentro do HC, com muitos departamentos e diversas posições hierárquicas.

"Aqui no setor minha experiência é boa, temos bastante abertura com a chefia, eu tenho uma chefe imediata, que esta chefe tem outra chefe e mais uma ainda superior (risos)..." (trabalhador E5)

Quanto ao relacionamento e abertura para expor problemas com as coordenações do Hospital, aparece repetidamente nas entrevistas de profissionais da área médica, que não a problemas com a coordenação, a relação é boa, amigável, existe abertura e apoio.

"A relação com a coordenação é muito boa, amigável a gente tem contato a qualquer hora do dia se precisar aqui no hospital, e se precisar entrar em contato pelo telefone eu sei que é muito acessível". (trabalhador E3)

"De uma maneira geral a gente não tem problemas, eu particularmente eu não tenho nenhum problema com chefia. Sempre que eu precisei eu tive apoio." (trabalhador E4)

Destaca-se que em geral os chefes das unidades de assistência em serviços de saúde são médicos, estes também representam formalmente a direção das equipes que prestam serviços assistenciais (CECÍLIO, 1997). Portando, o fato de estarem entre pares da mesma profissão tende a facilitar o convívio, fato que também é verificado no discurso de profissional de outra área.

"A coordenação no setor é entre os pares então não temos dificuldades, revezamos a chefia e o relacionamento é aberto." (Trabalhador R3)

Outro aspecto que surge é sobre a rotina diária com muitas coisas para fazer, a necessidade de apoio ao trabalho para determinado setor de enfermagem, este apoio possibilitaria maior atenção e proximidade com os pacientes.

"A rotina é onde você vai ficar responsável por dois pacientes sempre, rara as vezes a gente fica só com um paciente. Entretanto, muitas vezes a gente não da conta por que são pacientes graves com muitas coisas para fazer. É muito bom quando a gente tem um profissional para cada paciente na UTI, a gente consegue

dar mais atenção, consegue ficar mais perto do paciente. A gente também não pode ficar contando com a enfermeira por que é uma enfermeira para 8 pacientes. (trabalhador E2)

Com relação ao desenvolvimento do trabalho em uma Unidade de Tratamento Intensivo, a EBSEH vem cumprindo o que esta disposto na legislação, a Resolução N° 7/2010 ANVISA⁸, define os recursos humanos mínimos necessários para o funcionamento de uma UTI, com no mínimo 1 (um) enfermeiro para cada 8 (oito) leitos por turno, 1 (um) técnico de enfermagem para cada 2 (dois) leitos por turno e 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para apoio assistencial em cada turno (BRASIL, 2010). Portanto mesmo com o cumprimento da legislação que geralmente estabelece o mínimo necessário para o funcionamento dos serviços, nem sempre este mínimo é suficiente para o desenvolvimento adequado das atividades. Na percepção deste profissional o trabalho é sobrecarregado e necessitaria de um maior apoio, possibilitando uma atenção mais detalhada aos pacientes. Aqui se destaca a importância de ter uma política de gestão participativa dentro do hospital, que de ouvidos as necessidades apresentadas pelos trabalhadores, pois são estes os verdadeiros atores na prestação dos serviços, que sabem dos problemas enfrentados no cotidiano e que podem oferecer alternativas de solução para melhorar o desenvolvimento do processo de trabalho e conseqüentemente o serviço ofertado à população, e não ficar somente cumprindo a legislação,

Nos serviços de saúde as profissões de apoio são importantes e extremamente necessárias para o melhor desenvolvimento das atividades, uma equipe multiprofissional trabalhando em conjunto fortalece o desenvolvimento das ações de saúde. O trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma forma de trabalho coletivo, com diversas e mutuas intervenções técnicas, possibilita a interação dos atores de múltiplas áreas profissionais. Através da comunicação, da interação e cooperação forma-se a articulação de ações multiprofissionais (PEDUZZI, 2001). No discurso seguinte é possível notar a necessidade de profissionais de apoio nos serviços de saúde e isto não se alterou com a entrada da empresa.

"A atuação da equipe ela é bem expressiva, é muito necessária, porque são atendimentos a pacientes de famílias, principalmente de pacientes em terapia

⁸ A ANVISA é uma agência fiscalizadora e assim como outras da mesma natureza, é constituída para estabelecer o mínimo necessário para realização de um serviço, e fiscaliza o cumprimento deste estabelecido.

intensiva. Eu acho que nossa atividade é importante e fornecemos um apoio no trabalho da equipe, somos ouvidas, somos solicitadas sim e temos um espaço bem importante, isso não mudou com a EBSEH." (trabalhador R3)

Adentrando na jornada e nos horários de trabalho é apontado reiteradamente uma falta de flexibilidade, os horários são rígidos, engessados, fixos, as vezes é difícil de entender toda essa inflexibilidade com relação a jornada de trabalho, algo de difícil negociação com as coordenações, essa rigidez interfere no dia a dia do trabalho, em um Hospital existe uma necessidade maior no sentido da flexibilização dos horários.

"Em relação a flexibilidade de horário, não tem nenhuma, flexibilidade de horário é sempre uma briga nossa com a chefia, porque o horário é bem engessado e bem fixo, e as vezes sem muito nexo pra você entender como é feito, mas é bem engessado. Flexibilidade não há..."(trabalhador E3)

"A gente está atendendo um paciente, por ex: uma situação de óbito ou alguma outra, ai você vai pedir licença por que tem que ir lá bater o ponto, pois não pode passar dois, três minutos, minha crítica não é com relação ao cumprimento da carga horária, mas sim com relação a essa rigidez..." (trabalhador R3)

Esta rigidez na questão dos horários de trabalho prejudica o desenvolvimento das atividades e também vai na contramão do contexto atual da sociedade capitalista, que caminha para um processo de aumento da flexibilização, tanto das relações trabalhistas quanto dos horários de trabalho. Há uma tendência para recusa de turnos fixos que não mudam de mês a mês, nas principais organizações o horário de trabalho é flexível, versátil e se adapta as necessidades de empregadores e empregados. O modelo tradicional de jornada de trabalho cede espaço para outros tipos de jornada, adequados aos ramos específicos de atividades, sejam estes industriais ou de serviços. Na contemporaneidade a uma disposição de recusa às rotinas fixas (SENETT, 2009; VIGNOLI, 2010). Portanto, especificamente no Hospital de Clínicas da UFPR a EBSEH não implantou formas flexíveis de organização dos horários de trabalho.

Apesar dos discursos criticarem a questão da flexibilidade, o aspecto do cumprimento da jornada de trabalho é necessário e visto de maneira positiva. Esse controle também ocasionou uma mudança cultural dentro do HC.

“...todo mundo tem que cumprir sua carga horaria...é extremamente necessário que a gente tenha algum controle dado ao histórico de muitas pessoas não cumprindo o que foram contratados.” (trabalhador E1)

“...a gente não via tantos profissionais como a gente vê hoje dentro do hospital, ...pessoas que eu não via aqui no hospital hoje eu vejo, colegas que eu trabalhei, eu não sabia que faziam parte do nosso grupo de colegas, mas hoje eles estão aqui e eu acho que foi este ajuste do ponto” (trabalhador R2)

Os hospitais modernos são pensados para ter mecanismos de controle organizacional, com regras disciplinares e controle do trabalho em seus distintos aspectos. Mecanismos de controle são implantados visando atingir metas de maneira eficiente e eficaz (ABOU JAMRA, 2016).

Em outros setores do hospital existe uma fala divergente com relação a flexibilidade de horários de trabalho, que é de maneira horizontal.

"Com relação a flexibilidade de horário na verdade eu gostei, como eu trabalho de manhã eu entro as 7 e saio as 13h, tenho a tarde livre e a noite livre, isso me deu mais facilidade para estudar. Tanto em outros concursos que eu vi na região nordeste é 40 horas pra enfermagem, e aqui é 36 é menor... essa rotina de seis horas por dia, eu gostei ". (trabalhador E2).

Horizontalização da jornada de trabalho no ambiente hospitalar possibilita aos profissionais estarem diariamente em contato com os pacientes, este é um dos aspectos que colabora para criar um clima organizacional favorável ao atendimento humanizado aos pacientes, proporcionando a construção de um maior vínculo na relação paciente usuário (BACKES et al., 2006). Além dos benefícios na organização do trabalho apresentadas no discurso, também ressaltamos que turnos longos com 12 horas diárias, alternando com períodos mais longos de folga, prejudica o vínculo com os paciente e a saúde dos trabalhadores (CURA, 1999).

Outro ponto positivo no cotidiano de trabalho, foi o acréscimo de recursos humanos que era algo de extrema necessidade para o Hospital, como apresentado anteriormente. A EBSE RH surgiu para solucionar este problema e proporcionar o aumento dessa força de trabalho, que vêm ocorrendo dentro do HC.

"Teve a mudança positiva que foi a entrada de pessoal que ajudou a resolver problemas de escala, falhas de plantão, algumas profissões que não tinham e apareceram, médicos que a gente não tinha, alguns especialistas apareceram,

então isso ajudou a tapar muito buraco, então da parte de pessoal ajudou muito mesmo". (trabalhador R1)

Realmente o déficit de funcionários era um dos principais problemas da denominada crise dos HUF, a falta de concursos públicos por um longo período de tempo e a contratação de funcionários via Fundações de Apoio, que foram consideradas irregulares pelo TCU e tiveram prazo de substituição definidos pelo Acórdão nº 1.520/2006, era um problema grave e prejudicava o funcionamento desses hospitais (DRAGO, 2011; LITTIKE, 2012). A EBSEERH tinha como um de seus principais objetivos sanar este problema, e no Hospital de Clínicas da UFPR até o momento contratou via concurso público 1251 funcionários, ainda não atingiu a proposta inicial que era contratar 1775, que segundo estimativas do plano de reestruturação possibilitaria colocar em funcionamento a máxima capacidade produtiva do Hospital. Mesmo com o acréscimo de um número considerável de profissionais o HC esta distante de atingir sua máxima capacidade de funcionamento, isso é possível observar pela quantidade de leitos, dos 627 existentes, 436 estão ativos é um déficit considerável⁹. O HC ainda não atingiu sua total capacidade de funcionamento, mas com relação a falta de funcionários, esta sendo sanada em boa parte do Hospital, este incremento é considerado na percepção deste trabalhador, como positivo no cotidiano de trabalho do HC. Aqui indaga-se por que o déficit de funcionários não começou a ser sanado antes da criação da EBSEERH, por que investir recursos para criar um empresa pública e imediatamente depois apareceram mais recursos para fazer os concursos e contratar novos funcionários, e antes disso alegava-se falta de recursos justamente para fazer concursos?

6.2 INTERAÇÃO NO TRABALHO

Com relação interação no trabalho as falas relatam percepções diferentes em alguns aspectos, sobre a interação com trabalhadores de vínculos diferentes, alguns discursos são no sentido positivo com relação aos seus setores e seus colegas de trabalho, para estes não houve problemas, exceto com relação ao tratamento diferenciado quanto a rigidez no cumprimento de horários. Os discursos

⁹ Os números utilizados para contextualizar o debate, já foram apresentados anteriormente na tabela 1, também estão disponíveis no site do HC: <http://www.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr/hcnumeros>. E no plano de reestruturação do HC, disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102826/plano_de_reestruturacao_ufpr.pdf/fda0236c-20b3-4664-8a53-2e04fae7b9d9.

também apontam que perceberam problemas na interação em outros setores e com outras profissões.

"Bom aqui na farmácia é excelente, não tivemos problemas. Também por ser um serviço relativamente pequeno, não tem nenhum problema. Mas existe setores do hospital que há realmente ciúmes e troca de acusações e favorecimentos, seja por uma função ou outra". (trabalhador E3)

"Não fui tratada de uma maneira diferente, exceto em relação ao horário, quem é Reitoria não tem essa rigidez de cumprir o horário de entrada e saída no molde da EBSEH". (trabalhador E1)

Vínculos diferentes em mesmo ambiente de trabalho são uma realidade antiga dentro dos Hospitais Universitários Federais, desde o surgimento das Fundações de Apoio às Universidades a partir da década de 1980, com intuito de auxiliar as universidades com relação a falta de recursos e limitações impostas pela forma de regime jurídico, gerou a contratação de trabalhadores das Fundações para exercer atividades dentro dos HUF (PINTO, 2013). Também tivemos um marco expressivo na regulamentação das possibilidades de vínculos diferentes em mesmo ambiente de trabalho, a Emenda Constitucional Nº 19/1998 que alterou o artigo 39 da CF/1988 eliminando a obrigatoriedade de vínculos RJU na administração direta e indireta, abrindo caminho para multiplicidade de vínculos (ALVES et al., 2015). Mesmo com a existência e regulamentação dessas diferenças de vínculos, a entrada da EBSEH estabelece um novo marco na relação dos vínculos de trabalho dentro dos HUF, com a contratação de trabalhadores via concurso público no regime jurídico de empregado público regido pela CLT. O número elevado de funcionários contratados recentemente, o impacto político e a expectativa da forma de gestão da EBSEH, são fatores potencialmente causadores de atritos dentro do ambiente de trabalho. Apesar de reiterados discursos não apresentarem grandes divergências na interação entre os trabalhadores, foi possível observar que essas diferenças podem suscitar atritos no clima organizacional do ambiente de trabalho.

Outros discursos trazem que existe preconceito com relação aos funcionários da EBSEH, que isto é mais latente no início, mas se atenua com o passar dos dias de trabalho. Apontam a falta de isonomia entre os vínculos como um dos fatores para desencadear problemas de interação, essas questões de interação existem, mas não é um problema grave, é algo que não pode afetar no desenvolvimento das atividades diárias. A EBSEH por ser uma empresa

relativamente nova dentro do Hospital, ainda passa por este período de adaptação e essa questão da interação entre os vínculos tende a sanar com o passar do tempo.

"Existe ainda muito preconceito com funcionários da EBSEERH isso é notório, não é algo que fica somente na percepção eles falam "olha funcionário da EBSEERH aqui", sempre tem essa questão, sempre! Então não existe isonomia, isso é o que mais preocupa, se tivesse isonomia não haveria essa rixa que existe. A empresa é relativamente nova aqui, eu acredito que vai melhorar com o tempo, com o tempo no passar dos meses no trabalho já foi ficando mais leve essa situação com os funcionários do setor, então aqui já está mais leve, mas no ambiente do Hospital a gente sabe que é notório essa discriminação." (trabalhador E5)

"...ainda existe algumas rugas perdidas em algum lugar, têm alguém que solta "é mais ela ganha mais" então volta e meia acontece, mas isso é uma questão de relacionamento, não é pra atrapalhar o desenvolvimento das atividades é algo mais pontual." (trabalhador R1)

No interior desta estrutura a entrada da EBSEERH gera um choque cultural, de um lado o modelo mais voltado para alcance de metas, eficiência e eficácia nos serviços, além de um controle mais rígido com relação a cobranças de resultados, seguimento de protocolos e regras, pautadas no modelo de gerencialismo administrativo (PEREIRA, 2010). E de outro um modelo pautado no debate, nas decisões por colegiados e na participação, típicas da gestão universitária (BERNARDES *et. al.*, 2007). Este choque é apresentado por Barbosa e Costa (2017) como um problema na gestão das relações de trabalho em um HUF, estas diferenças de vínculos jurídicos agregados a outros fatores das condições de trabalho, podem afetar inclusive a saúde dos trabalhadores inseridos neste ambiente. Evidencia-se um problema de relacionamento, mas parece ser uma questão que não tende a afetar as atividades desenvolvidas, a principio também não parece prejudicar questões de saúde laboral dos funcionários. Mas demonstra relação com este choque cultural imposto por um novo modelo de gestão, evidenciado principalmente nas diferenças jurídicas dos contratos de trabalho e nas questões políticas que influenciaram a entrada da EBSEERH na gestão hospitalar.

Para outros trabalhadores essa interação é difícil, não existe união entre os trabalhadores de vínculos diferentes, não foram acolhidos, falta coleguismo, e existe tratamento diferenciado. É possível observar uma enorme dificuldade no relacionamento interpessoal e profissional devido a diferença de vínculos.

"Existe certas regalias entre Funpar e Reitoria que nos não temos, eu já vi isso de você esta em um setor e a pessoa sair porque vai fazer atividade física no horário de trabalho e existe isso na reitoria, mas isso ai é algo escondido, não é que eles permitam, não sei se existe fiscalização. Na EBSEH se fizerem isso vai ter gente olhando, a fiscalização é maior. Existe uma ignorância que é uma ignorância do pessoal da reitoria e da funpar em não nos aceitar enquanto EBSEH é como se a gente fosse monstros, invasores!! Eles não nos enxergam como somadores para o atendimento, para a melhoria do Hospital com relação a mão de obra, eles nos vêem como tudo que for de ruim menos como colaboradores." (trabalhador E2)

Esta percepção trás alguns aspectos apresentados anteriormente, porém com fatores potencialmente alarmantes para gerar conflitos dentro do local de trabalho. Conviver em mesmo ambiente de trabalho com diferenças nos deveres, regras e vantagens, acaba interferindo nas relações interpessoais (ALVES *et. al.*, 2015).

Também é apontado a questão do tratamento diferenciado entre trabalhadores de vínculos diferentes, mas que muitas vezes fazem a mesma tarefa e são da mesma profissão.

"Você falou de doença com si próprio, a gente teria o ambulatório dos funcionários, mas não é ambulatório para EBSEH, é para o pessoal mais da reitoria. Então a gente da EBSEH, nesse ponto fica um pouco descuidado entre aspas. A gente tem que pegar um atestado e simplesmente trazer e esperar que seja aceito". (trabalhador E3)

"Outra coisa que incomoda os funcionários não sei se são de todos os setores, mas no meu setor eu sei que existem funcionários Reitoria que são contratados para 40h e fazem 30h, e funcionários da EBSEH alguns da área assistencial tem que manter o regime de 8h diárias, essa é uma questão que gera dúvidas qual é a razão. Na área assistencial que é a que eu trabalho não vejo razão, inclusive funcionário que no contrato recebem por 40h mas trabalham 30h semanais, isso é algo que incomoda bastante a gente tem esperança que mais pra frente nosso sindicato se fortaleça e consiga ter voz com a direção para que a gente consiga criar pelo menos um meio termo nessa questão e aproximar mais a forma de trabalhar com todos os vínculos, mais pra frente conseguir uma carga horaria reduzida e legalizada." (trabalhador E5)

Nota-se que existe diferença no tratamento de vários aspectos dentro do ambiente de trabalho, impactando na interação entre os trabalhadores, tanto na percepção de trabalhadores da EBSEH quanto da Reitoria, este fato mesmo que no discurso aparente não atrapalhar o desenvolvimento dos serviços prestados, acaba gerando dificuldades nas relações interpessoais no ambiente de trabalho. A literatura aponta que diferentes vínculos jurídicos de trabalho inseridos em um mesmo ambiente e as vezes desenvolvendo a mesma atividade, tende a gerar problemas de relacionamento profissional e desenvolvimento dos serviços (BERNARDO et al., 2013; BARBOSA; COSTA, 2017; ALVES et al., 2015).

Para o desenvolvimento dos serviços na área da saúde é necessário a existência de uma equipe de trabalho interagindo de maneira constante, com profissionais de diferentes áreas do conhecimento, ou seja, problemas trazidos nas percepções de relações interpessoais, com tratamento diferenciado entre os trabalhadores, preconceito com funcionários de outros vínculos, tornam o ambiente de trabalho propício a conflitos e tendem a impactar na prestação dos serviços de assistência à saúde na instituição. Segundo Massano (2012), as relações interpessoais, sem dúvida, tem impacto na qualidade do clima organizacional, dentro de uma empresa ou instituição, este influência no comportamento e ações dos trabalhadores, por conta das relações estabelecidas com o contexto, a estrutura e os processos organizacionais do dia a dia de trabalho. Dentro do Hospital de Clínicas as percepções apontam que o clima organizacional é impactado por diferentes aspectos problemáticos existentes na interação entre os trabalhadores, as diferenças impostas pela estrutura institucional, precisa ser superada, é necessário uma equiparação no tratamento de regras, benefícios, autonomia, dentre outros aspectos, para iniciar um processo de fomentar a cooperação entre os funcionários e possibilitar em conjunto a busca por objetivos maiores dentro da instituição.

6.3 PROCESSO PARTICIPATIVO NO TRABALHO

Sobre a participação dos trabalhadores nos processos decisórios e na organização das atividades de trabalho dentro Hospital, aparece reiteradamente nos discursos que a voz dos trabalhadores não é ouvida e quando existe alguma abertura para expor suas visões, estas não são levadas adiante, as decisões são centralizadas e o cumprimento é determinado de forma verticalizada. Também trazem com relação ao processo participativo que não ouve mudanças com a

entrada da empresa, não existia e não existe uma política de incentivo para estimular o processo participativo dos funcionários, ou seja, a forma de participação pautada em debates e reuniões de colegiados apresentadas anteriormente por Bernardes (*et. al.*, 2007), parece não se aplicar a gestão do Hospital de Clínicas da UFPR, ficando somente no âmbito acadêmico da Universidade.

"Eu vejo que nos nunca tivemos uma política dentro do Hospital da direção vir e nos ouvir, eu vejo que a atual administradora ela é centralizadora, são coisas determinadas e não existe essa participação." (trabalhador R2)

"... a gente não tem voz pra ser ouvido mesmo, a parte dos nossos horários também não. As vezes a gente vê coisas que poderíamos ajudar, e coisas que poderiam ser melhores se a gente fosse ouvido. Dentro do hospital de clínicas não! Eu pessoalmente não sou ouvido." (trabalhador E3)

Especificamente sobre o processo participativo, as percepções apresentam aspectos semelhantes a teoria da administração científica do trabalho, elaborada por Taylor, que tinha como uma de suas principais características uma divisão do trabalho não comunicativa, as opiniões, informações, críticas e sugestões que partiam dos funcionários eram ignoradas pelas coordenações superiores, ou seja a comunicação seguia a hierarquia dos cargos. Estes fatores excluía o potencial criativo dos trabalhadores que são os principais atores diretamente inseridos no processo de trabalho (MEDICI; SILVA, 1993). A forma de organização e gerenciamento do trabalho na área da saúde, especialmente no ambiente hospitalar sofre, na atualidade, influência dos modelos Taylorista e fordista (MATOS e PIRES, 2006).

Neste sentido Campos (1999; 1992) e Matos e Pires (2006), nos colocam também, que um sistema organizacional verticalizado, hierarquizado e com tomada centralizadora de decisões, tende a estimular o descompromisso e a alienar os trabalhadores envolvidos no processo de trabalho nos serviços de saúde.

O modelo gerencial de administração do processo de trabalho entende a necessidade de participação dos trabalhadores no desenvolvimento e organização das atividades, isto é contemplado nas instituições que adotam este modelo, inclusive com a realização de colegiados nos setores e colegiados gerais com a possibilidade de participação de representantes de todos os setores da instituição, no Hospital de Clínicas da UFPR há um colegiado como espaço participativo.

"O único Espaço que nós temos para apresentar seja qual for a demanda uma sugestão, uma crítica, ou uma proposta de melhoria de trabalho, de intervenção, seja lá o que for, é na própria unidade, o colegiado que nós temos..."
(trabalhador R3)

No setor público o modelo de administração gerencial, além de propor uma gestão pautada em resultados, na descentralização, com objetivos claros, busca da eficiência, também destaca que os funcionários públicos são merecedores de confiança e também precisam ser valorizados, bem como, existem mecanismos de participação para os trabalhadores e usuários dos serviços, como a satisfação dos usuários ao serviço prestado, os conselhos diretivos com a presença de trabalhadores, também existe a integração ao adentrar no trabalho, palestras os funcionários, dentre outros mecanismos (PAULA, 2001; MATOS, et al., S/D). Estes mecanismos isolados tendem a não serem colocados em prática no dia a dia das instituições, ouvir os trabalhadores e usuários, ou participar de conselhos, não garantem que as reivindicações ou ideias, serão transformadas em ações, dentro de uma estrutura organizada em um formato de empresa fordista, onde as próprias especialidades técnicas geram equipes que não interagem, estão divididas em compartimentos, um modelo que segue uma lógica fordista, esta estrutura administrativa centralizada do grande hospital, proporcionou a criação de um modelo de "saúde-fábrica" (SODRE, 2010).

Nesta linha de pensamento, Campos (1999), Cecílio (1999), apontam que somente estes mecanismos não possuem efetividade e não garantem a construção de uma verdadeira política de participação e integralização das atividades profissionais, para que isso ocorra é necessário uma transformação profunda no modelo de organização/gestão do trabalho das instituições, no seu organograma, com a quebra da centralização e da hierarquia dos processos, é necessário a construção de organogramas horizontais.

No Hospital de Clínicas os problemas relacionados ao processo participativo transparecem com discursos sobre há falta de organização na realização de espaços participativos, com encontros que ocorrem eventualmente e não são divulgados com antecedência necessária. Também as opiniões e sugestões apresentadas pelos trabalhadores não são efetivadas na prática.

"Eventualmente ocorrem reuniões com toda a equipe, ...mas o problema é que é muito eventualmente, se isso fosse mais rotineiro, tivéssemos um feedback

direto entre funcionário e chefia, que fosse mensalmente ou trimestralmente seria melhor, por que essas reuniões acabam sendo bem restritas...” (trabalhador E5)

“A reunião de hoje era importante, mas ficamos sabendo 15 minutos antes que iria acontecer, então a gente teve uma dificuldade, não pudemos nem organizar uma pauta...” (trabalhador E4)

“A gente participou da definição de quantas vagas seriam ofertadas e de quantas vagas que tem no ambulatório, o problema é que isso geralmente não é cumprido na prática.” (trabalhador E1)

Reiteradamente os discursos apontam problemas na participação dos trabalhadores na organização do dia a dia dos serviços de saúde na instituição, para tentar mudar esta lógica, principalmente no ambiente hospitalar, se faz necessário modificar as estruturas de poder, envolvendo um variado número de trabalhadores, é necessário que haja negociação com as diversas categorias de trabalhadores, ou seja, é preciso sentar e dialogar (CECÍLIO, 1999; MATOS; PIRES, 2006). É imperativo entender as assimetrias, os conflitos de poder, as diferenças existentes, para tentar promover mudanças e intervenções, buscando a construção de contratos/normativas que representem a diversidade destes interesses, essa construção é necessária, precisamos desenvolver um modelo de gestão que aumente a participação dos trabalhadores no processo organizacional (CAMPOS, 2012).

É essencial na busca pela construção de um modelo de gestão democrático na área da saúde, aproximar os trabalhadores dos resultados de seu trabalho, valorizá-los como profissionais. As instituições devem encontrar meios para incentivar os trabalhadores a buscarem essa transformação, garantindo ampla participação nos processos diários, esses aspectos contribuem para um agir profissional voltado aos usuários e aos objetivos da instituição, desta forma, também estimula a continuidade e vontade participativa nos trabalhadores (CAMPOS, 1997).

Para construção de um modelo de gestão democrático também é necessário que os trabalhadores tenham autonomia sobre o desenvolvimento de suas atividades, esta deve ser relativa e respeitada pelos demais profissionais e setores da instituição, esta autonomia deve considerar o conhecimento estruturado sobre saúde e desenvolver formas de controle do trabalho na perspectiva dos usuários (CAMPOS, 2010).

Neste sentido outro aspecto que surge nos discursos é a gestão sobre o planejamento e controle das atividades, existem metas que foram compactuadas com a rede e devem ser cumpridas, mas as demandas parecem sobrepôr ao planejamento e existe uma parte controlada e outra não, falta alguém controlando esse processo.

"A gente tem metas, tem algumas prerrogativas que já foram compactuadas com a rede, então existe um número mínimo de atendimentos que eu tenho que fazer por mês. Mas não tenho controle algum sobre o serviço e isso de fato é muito frustrante, na verdade não têm ninguém que esteja ativamente controlando isso: de repente a gente olha na agenda e tem trinta pacientes pra atender, na semana seguinte tem quinze e eu não sou a pessoa responsável por isso. Eu sinto que existe uma parte que é bem controlada e outra que não está sendo bem controlada e eu gostaria de participar deste controle..."(trabalhador E1).

A falta de uma política que proporcione a verdadeira participação dos trabalhadores é um dos principais fatores que ocasiona o não planejamento e controle das atividades, pois em um modelo de gestão participativo este problema tenderia a ser facilmente identificado e resolvido pela equipe de trabalho, pelos atores (com voz ativa) envolvidos diretamente no processo de trabalho.

Atualmente grande parcela das instituições hospitalares são dominadas pela racionalidade gerencial, que busca através do planejamento, de metas, programas, definidos por um corpo diretivo superior, transformar os trabalhadores em objetos maleáveis para construção destes objetivos impostos de cima. Para atingir esta proposta também aposta na imposição de rígidos mecanismos disciplinares. E este parece ser o modelo adotado para a gestão do Hospital de Clínicas. Na concepção de Campos (2010) esta proposta pode ser considerada uma utopia, pois para se concretizar é necessário a construção de um modelo de gestão participativa, com os trabalhadores inseridos na elaboração dos objetivos institucionais, participando ativamente da organização do processo de trabalho, tendo autonomia, com relações horizontais e dialógicas entre os sujeitos envolvidos. Portanto, com relação ao processo participativo os discursos apontam no sentido contrário as ideias de Campos, trazem a fragilidade da política de participação na instituição, esta política parece nunca ter existido dentro do Hospital de Clínicas, bem como, a nova administração da EBSERH não apresenta mecanismos que estimulem ou

possibilitem uma efetiva participação dos trabalhadores nos processos decisórios e de organização do processo de trabalho dentro do hospital.

6.4 VALORIZAÇÃO DO TRABALHO

Com relação a valorização do trabalho discursos apontam que a cogestão da EBSEH oferece pouco incentivo ao aperfeiçoamento profissional, o processo para analisar pedidos de saídas para congressos é lento, centralizado e também existe falta de verbas para incentivar o aperfeiçoamento dos profissionais.

“Saída para congresso extremamente difícil, tem que preencher mil formulários sessenta dias antes dependendo de onde for o congresso. Eu não sinto como um grande incentivo, claro eu acho bom que pelo menos a possibilidade existe desde que você consiga cumprir todos os passos deste processo que é burocrático. É meio que você tem que provar por A mais B, por que você vai e por que vai ser bom para o serviço é meio que um convencimento: Nossa!! por favor me deixe me aperfeiçoar para oferecer um atendimento melhor!! Isso realmente é um pouco desanimador.” (trabalhador E1)

A necessidade de participação dos profissionais em eventos externos ao ambiente da instituição evidencia a importância dada pelos trabalhadores ao seu aperfeiçoamento e aprimoramento profissional, conseqüentemente, entendem que a participação neste processo reflete em melhor atendimento ao usuário. A interação extra-instituição permite trocas de experiências teóricas e práticas com outros profissionais (ANDRADE et al., 2012)

Ressalte-se que o processo educativo de trabalhadores da saúde é entendido como necessário e deve ser realizado de forma permanente, a Constituição Federal de 1988, estabelece em seu art. 200, que é de competência do SUS, *"ordenar a formação em recursos humanos na área da saúde"* (BRASIL, 1988). Em 2003 é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), responsável pela política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A educação permanente surge da necessidade estratégica de desenvolver a relação entre trabalho e educação, com objetivo de melhorar a qualidade na prestação de serviços de saúde (DUARTE; SILVA, 2015). Segundo a percepção dos trabalhadores, atualmente no Hospital de Clínicas não há o incentivo necessário para formação e aperfeiçoamento dos trabalhadores.

“A valorização do trabalho, ela poderia ocorrer em relação a reconhecimentos e a estímulo para publicações de trabalhos, pós-graduação. Isso existe, a gente tem pós-graduação no hospital, a gente é estimulado a fazer cursos, até pra ocorrer progressões. O que desestimula um pouquinho é a falta de recursos do próprio hospital.” (trabalhador E3)

A necessidade de continuar se aperfeiçoando no trabalho, corrobora com a literatura, na qual a educação permanente é vista como necessária pelos trabalhadores, sendo este um processo que deve ocorrer de forma continuada, provendo sujeitos de conhecimento, articulados com experiências científicas, acadêmicas, culturais, éticas tornando-os capazes de aprimoramento pessoal, profissional e social, sendo esta meta a ser seguida durante sua vida (MANTOVANI et al., 2007; ANDRADE et al., 2012). Para tanto se faz necessário investir de maneira constante na educação permanente dos trabalhadores, estimulando e oferecendo possibilidades de continuarem se aperfeiçoando, obtendo ferramentas para praticar a necessária relação entre a teoria e as práticas diárias do processo de trabalho em saúde.

Outro fator que aparece nas falas é a estabilidade no trabalho proporcionada pela EBSERH, reforçando a importância do caráter público da empresa, escolhida na transição de gestão do SUS discutida anteriormente. Já a administração por empresas diretamente privadas, como as OSSs e OSCIPs, extingiria este fator, pois não há necessidade de concurso público para estes últimos formatos jurídicos.

“Eu trabalhava em OSs, os vínculos eram CLT nenhum tinha muita estabilidade, então quando surgiu a oportunidade de fazer um concurso algo um pouco mais estável dentro da minha área e dentro do SUS, eu sempre quis trabalhar só SUS então o concurso EBSERH veio oferecer isso”. (trabalhador E1)

“Eu gosto desta estabilidade... A EBSERH também é CLT, mas existe uma certa estabilidade, pelo menos no estatuto existe uma estabilidade”. (trabalhador E2)

A rotatividade no trabalho é algo comum dentro das instituições, devido a fatores internos como política de salários, de benefícios, as possibilidades de crescimento, as formas de gestão, e externos com ofertas de emprego no mercado de trabalho, a conjuntura econômica, dentre outros aspectos (MEDEIROS et al., 2010). Portanto, a necessidade de concurso público gera certa estabilidade no emprego, proporciona uma fuga da instabilidade do mercado de trabalho privado e seus altos índices de rotatividade. A estabilidade é almejada pelos trabalhadores e a

EBSERH por meio de sua política de RH proporciona isso, gerando de certa forma um sentimento de segurança e valorização pessoal por parte dos trabalhadores.

As possibilidades de progressão existem, porém são de difícil compreensão, possui uma concorrência digamos que desnivelada quando é para trabalhadores EBSERH, que também se submetem a uma espécie de sorteio para conseguir progressão.

"...para a gente tentar alguma progressão vertical ou horizontal, existe uma espécie de concorrência a gente compete com todos os funcionários da EBSERH, então o patamar é um pouco diferente. Também teria que ser unanime, por exemplo a pessoa tem um mestrado e deveria ser certo que ela apresentando o certificado de mestrado ela teria um aumento de tantos por cento e isso não existe na EBSERH e a gente sabe que existe para outros vínculos no HC, claro que a gente se sente desvalorizado por isso..." (trabalhador E5)

"...Por mais que você vá seguindo todas as regrinhas deles, de não ter nenhuma advertência, de fazer os cursos que eles vão pedindo pra você fazer, no final não é todo mundo que ganha a progressão. Eles fazem um sorteio, não sei exatamente como eles fazem o sorteio, mas são poucas as pessoas sorteadas (trabalhador E2)"

Ou seja, além das dificuldades para conseguir aperfeiçoamento profissional apontadas em item anterior, também existe a questão de que mesmo cumprindo os requisitos para progressão, isto não é contemplado para todos os trabalhadores da EBSERH. Os discursos trazem que a política de progressão da empresa fica no campo das legislações e da formalidade, na prática é notório a falta de incentivo da instituição para possibilitar esta progressão, os processos demasiadamente lentos e burocráticos para liberação à congressos e eventos de aperfeiçoamento profissional, demonstram as dificuldades impostas pela instituição nestas possibilidades de aperfeiçoamento e consequente progressão de carreira de seus funcionários. Apesar da empresa informar em novembro de 2017, por meio de sua página eletrônica, que pretende implantar uma nova política com relação a valorização dos trabalhadores¹⁰, com um novo plano de progressão de cargos, proporcionando a valorização dos seus funcionários, isto segundo os discursos analisados ainda não ocorre na prática.

¹⁰ Matéria completa disponível em: http://www.ebserh.gov.br/pt/web/portal-ebserh/detalhes-das-noticias/-/asset_publisher/7d2qZuJcLDFo/content/id/2630900/2018-04-ebserh-muda-processos-administrativos-com-foco-em-inovacao-e-excelencia-na-gestao.

Outros discursos trazem a valorização vinda do reconhecimento do paciente ou usuário pelo serviço prestado. O ser humano é necessariamente um ser de relações, de vivências, experiências, estas são transportadas para o seu ambiente de trabalho, onde ele busca oferecer contribuições para melhorias das atividades desenvolvidas no dia a dia de trabalho. A humanização muito mais do que técnicas, significa o estreitamento de relações interpessoais e interprofissionais, permitindo que os sentimentos humanos juntamente com a razão e o conhecimento profissional, se manifestem nas relações de trabalho. O processo de trabalho humanizado surge com a realização pessoal e profissional (BACKES et al., 2006). Na área da saúde a relação entre profissional e paciente, a construção de um vínculo é fundamental para proporcionar um atendimento mais humanizado, sendo o reconhecimento dos pacientes ao serviço prestado um aspecto importante nesta construção e um sinal de valorização para os trabalhadores. A relação com os pacientes também já se mostrou como um importante fator na satisfação dos profissionais de saúde, e o reconhecimento, segundo a psicodinâmica do trabalho, está no centro da satisfação e do sofrimento no trabalho (PINHO; SANTOS, 2007; DEL CURA; RODRIGUES, 1999).

" Mas especificamente nesse setor, eu acho que a valorização vem dos pacientes. Eu acho que a gente recebe retorno todo dia dos próprios pacientes e dos pais." (trabalhador E6)

"O reconhecimento do trabalho que a gente tem é em relação ao usuário, que percebe o trabalho que a gente presta e tem reconhecimento, tem retorno nesse sentido. A instituição não reconhece..."(trabalhador R3)

Segundo Backes et al. (2006), para que uma política de humanização se concretize dentro do Hospital é necessário que a instituição ofereça apoio adequado para sua realização, com escuta, sensibilidade, acolhimento e compreensão da realidade dos trabalhadores. É perceptível nos discursos que estes aspectos não são os mais incentivados dentro da gestão do Hospital de Clínicas, existe uma falha no reconhecimento aos trabalhadores, também como apontado anteriormente falta uma política de participação que envolva verdadeiramente os trabalhadores no processo decisório e na organização do dia a dia de trabalho, isto acaba impactando no desenvolvimento da política de humanização dentro do Hospital, onde muitas vezes o atendimento humanizado parece ser mais um esforço dos trabalhadores do que incentivo e suporte institucional.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com relação ao cotidiano de trabalho os trabalhadores apresentam inúmeros aspectos, como a questão da falta de insumos que parece ser um mal crônico do serviço público, atrapalha o desenvolvimento das atividades diárias. A existência de muitos fluxos de trabalho lentos e morosos, passando por inúmeros lugares, há um número exagerado de coordenações e graus hierárquicos.

Na percepção dos discursos existe falta de flexibilidade de horários dentro do HC, segundo os discursos a EBSE RH implantou mecanismos rígidos de controle, praticamente sem flexibilidade, os horários devem ser cumpridos conforme a cartilha da empresa, sob pena de punições para quem descumprir. Segundo os discursos, muitas vezes esta rigidez nos horários acaba prejudicando o andamento de determinados serviços de saúde, interromper atendimentos no meio, as vezes com situações bem importantes, para se preocupar em registrar ponto é algo complicado e prejudicial à execução do serviço. Por outro lado esta inflexibilidade proporcionou o cumprimento das jornadas de trabalho e um disciplinamento nos funcionários que antes da EBSE RH parecia não existir. Por mais que as empresas usem e seja necessário mecanismos de controle do trabalho, também é necessário analisar a eficácia destes para o andamento dos serviços ofertados pela empresa, no caso da saúde estes mecanismos podem existir mas devem corroborar com objetivo principal que é a assistência à saúde.

Na categoria interação do trabalho, foi possível notar que existem problemas de interação entre os trabalhadores, por conta dos diferentes vínculos de trabalho convivendo em mesmo ambiente, com benefícios e regras de maneira diferenciada, preconceitos devido à diferença de vínculos, enfim estas questões de alguma maneira afetam o desenvolvimento dos serviços. A questão mais notório pode ser compreendida com as dificuldades no relacionamento interpessoal, a falta de coleguismo, isso afeta a execução das atividades e necessita ser superado.

Sobre o processo participativo ficou evidenciado que a voz dos trabalhadores não é ouvida dentro do Hospital de Clínicas, faltam mecanismos básicos para estimular e possibilitar a participação dos trabalhadores, os discursos não trazem praticamente nenhuma palavra chave da literatura (Campos, 1999, 1998, 2012; Cecílio, 1997) sobre modelo de gestão participativa, a saber: matriciamento, reuniões de equipe, apoio, fazer junto, coletivo, Plano Terapêutico Singular, supervisão institucional, atendimento conjunto. Portanto, a EBSE RH adotou um

modelo de gestão mais centralizador, hierarquizado e com regras rígidas, onde a voz dos trabalhadores fica em um segundo plano e a forma de organização do processo de trabalho é imposta pelas coordenações superiores.

A valorização dos trabalhadores ocorre por variados aspectos, dependendo da compreensão de cada um, para alguns a estabilidade proporcionada pela EBSERH, mesmo sendo CLT é um diferencial em relação ao mercado de trabalho das empresas privadas. Os trabalhadores se sentem valorizados através de mecanismo envolto em relação a natureza do trabalho que é a prestação de serviços de saúde, por meio do reconhecimento dos pacientes aos serviços prestados, este reconhecimento como fruto do esforço dos trabalhadores e não da instituição. Críticas surgem ao processo de progressão dentro da EBSERH que conta com um sorteio, mesmo com os trabalhadores cumprindo as etapas para ter direito a progressão. O aperfeiçoamento profissional também é travado, não há incentivo e as liberações são difíceis e lentas, a política de valorização na prática não é entendida como valorização verdadeira pelos trabalhadores.

No término desta trajetória é possível afirmar que atingiu-se os objetivos propostos pela pesquisa, foram apresentadas, compreendidas e analisadas as primeiras percepções dos trabalhadores quanto ao processo de trabalho após a inserção da EBSERH no Hospital de Clínicas. Ressalta-se que esta é uma primeira aproximação ao objeto da pesquisa, se faz necessário novos estudos sobre o tema, pois a EBSERH é uma estrutura nova, com menos de 10 anos, foi tida a nível nacional, como a promessa salvadora, com um modelo jurídico de empresa, de paradigma gerencialista, posto em prática em praticamente todos os HUF do Brasil. Para Sodré (2010, p. 457) *“O grande hospital traz consigo a gestão do trabalho em um formato semelhante ao da grande fábrica. Atendimentos em massa, cirurgias em massa, internações contabilizadas pelo seu gasto financeiro, leitos em série e atendimentos sequenciais”*. Portanto este modelo de “chão de fábrica” foi transportado em larga escala para área da saúde, e em Hospitais Escolas, que além de ofertarem complexos serviços de saúde, também formam pessoas, profissionais de saúde, mas que tipo de pessoas e profissionais queremos formar, dentro de uma instituição com modelo de gestão pautado por resultados, metas, com tomada centralizadora de decisões, serviços comandados por inúmeros cargos hierárquicos e com quase ou nenhuma participação dos trabalhadores no processo organizacional do trabalho, ou seja, comprar de antemão que o modelo empresarial

é o melhor, a solução neoliberal é solução pra tudo, deve ser indagado, melhor compreendido, analisado, debatido, enfim melhor pesquisado e estudado.

8. REFERÊNCIAS

ABOUJAMRA, Carolina Chacur. CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. CORREIA, Tiago. Os médicos e a racionalização das práticas hospitalares: novos limites para a liberdade profissional? **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 86-94, jan-mar 2016.

ALCANTARA, C. M. Fundamentos da administração pública e novos modelos de gestão em saúde. In: MOYSÉS, S. J.; GOES, P. S. A. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

ALVES, Zélia Maria Mendes Biasoli. SILVA, Maria Helena G. F. Dias da. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia (Ribeirão Preto)** n.2 Ribeirão Preto Feb./July 1992.

ALVES, Sheila M. P. BORGES, Luiz Henrique. COELHO, Maria C. Rezende. CRUZ, Cesar A. de Mendonça. MACIEL, Paulete Maria Ambrósio. MASSARONI, Leila. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: A realidade de um Hospital Universitário Federal. **Ciência e Saúde Coletiva**. 20(10): 3043 – 3050, 2015.

AMARAL, Márcia Aparecida do. CAMPOS, G. W. de Sousa. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 12, p. 849-859, 2007.

ANDRADE, Andressa de. BONACINA, Daiane Michele. OLIVEIRA, Thanyze Carvalho de. SILVA, Luiz Anildo Anacleto da. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **Rev Enferm UFSM** 2012 Set/Dez;2(3):496-506.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. Empresa Brasileira de serviços hospitalares a luz da reforma do Estado. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 37 (2): 275 – 284; 2013.

APUFPR, 2016. **Informativo Especial da Associação de Professores da Universidade Federal do Paraná (APUFPR)**. Junho de 2016. Disponível em: <http://apufpr.org.br/informativo-especial-ebserh/>. Acessado em: 10/06/2016.

ARAÚJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, out.-dez. 2014, p.1261-1281.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, n 10, p. 549 – 560, 2005.

BACKES, Dirce Stein. FILHO, Wilson D. Lunardi. LUNARDI, Valéria Lerch Lunardi. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista Escola de Enfermagem USP**, 2006, 40 (2): 221-7.

_____. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):132-5.

BARBOSA, Silvânia da Cruz. COSTA, Maria Teresa Pires. **Condições do ambiente sociogerencial e gestão da saúde dos trabalhadores em um contexto de mudança cultural**. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, São Paulo, v. 22, n. 73, set/dez. 2017, 437-455.

BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de Saúde como forma de gestão público/privada. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n. 5, p. 2483-2495, 2010.

BARBOZA, Pedro. **Fundações e Modelos de Gestão**. Debates GVSaúde, n.7, 2009.

BEHRING, Elaine Rosseti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de Direitos**. São Paulo, Cortez, 2003.

BERNARDES, Andréa . CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. ÉVORA, Yolanda D. Martinez. NAKAO, Janete R. S. Os Ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, n12. P. 861-870, 2007.

BERNARDO, Marcia Hespanhol. PINZÓN, Johanna Garrido. VERDE, Fábio Frazzato. Vivências de trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios em um laboratório público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2013, vol. 16, n.1, p. 119-133.

BÓGUS, Cláudia Maria. NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, 2004.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acessado: 02/12/16.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde -SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acessado: 20/11/2016.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Fundação Estatal : metas, gestão profissional e direitos preservados / Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Decreto nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REUF). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm. Acessado: 02/04/2016.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acessado: 02/12/2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – **Brasília: CONASS, 2015**. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>. Acessado: 05/11/2016.

_____. **Poder Executivo**. Projeto de Lei n. 1.749 de 2011. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=511029>. Acessado: 28/11/2016.

_____. Ministério da Saúde. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente. Ministério da Saúde. FIOCRUZ, 2005.

_____. Ministérios da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acessado: 13/05/2018.

_____. Ministério da Administração e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acessado: 20/05/2018

_____. Lei nº. 9.790, de 23 de março de 1999. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9790.htm. Acesso em: 03 nov. 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza e CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 109, p. 126 – 150. São Paulo, 2012.

BRAVO, M.I.S; MATOS, M.C. de. **A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**; In: BRAVO, M.I.S; PEREIRA, P.A.P.(orgs.). Política social e democracia. 2. ed., São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, 2002. p.197-215.

BRESSER-PEREIRA, L. C. (2010). Democracia, estado social e reforma gerencial. **Revista de Administração de Empresas**, 50(1), 112-116.

_____. O modelo estrutural de gerência pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 391-410, 2008.

_____. **Reforma do Estado para a Cidadania. A Reforma Gerencial Brasileira na Perspectiva Internacional.** Brasília: ENAP/Editora 34, 1998.

_____. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 120, n.1, 1996.

BROCKER, Renata. MAFRA, Marluce. VIEIRA, Sonia Regina Medeiros. **Empresa brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): competências e características do modelo para gestão em hospitais universitários federais.** XV colóquio internacional de gestão universitária, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/136093/101_00195.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acessado em 13/05/2018.

CAMPOS, G. W. de Sousa. O anti-taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, 1998.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, n 4, p. 393-403, 1999.

_____. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15 (5): 2337 – 2344, 2010.

_____. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148-168, abr. 2012.

CAMPOS, G.W. de Souza. CARDOSO, Felipe Monte. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) – Bahia. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 219-232, abr./jun. 2013.

CARNEIRO, C.C.G. MARTINS, M.I.C.; **Política de Gestão do Trabalho e a Atenção em Saúde:** um estudo de caso sobre a experiência de contratualização da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro. In: MARTINS, M.I.C.; MARQUES, A.P.; COSTA, N.R.; MATOS, A. (Org.). Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas. 1.ed. Braga - Portugal: Universidade do Minho - Fundação Oswaldo Cruz, 2014, p. 101-110.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(3), 469-478, jul/set, 1997.

_____. Cecílio LCO. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. 1999 Jul-Dez; 4 (2): 315-29.

_____. Cecílio LCO. (2001). **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: Pinheiro e R. A Mattos (organizadores). Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. (P. 113 – 125). Rio de Janeiro / ABRASCO.

CHIORO, Arthur. **Diferentes modelos jurídico-institucionais e a gestão hospitalar**. Disponível em: http://www.idisa.org.br/site/documento_1990_0_2007---diferentes-modelos-juridico-institucionais-e-a-gestao-hospitalar---arthur-chioro.html. Acessado: 20/10/2016.

_____. **ENTRE A INTENÇÃO E O ATO: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010)**. Ademar Arthur Chioro dos Reis. São Paulo, SP: [s.n.], 2011. (Tese Doutorado). Disponível em : <http://idisa.org.br/img/File/TESE%20DOUTORADO-ARTHUR-MARCO%202011.pdf>.

CURA, Maria Leonor Del. RODRIGUES, Antonia Regina F. Satisfação profissional do enfermeiro. **Revista Latino-am de Enfermagem**, Rio Preto, 1999;7(4):21- 28.

DITTRICH, Maria Glória. LEOPARDI, Maria Tereza. Hermenêutica fenomenológica: um método de compreensão das vivências com pessoas. **Discursos fotográficos**, Londrina, v.11, n.18, p.97-117, jan./jun. 2015.

Donnangelo M.C.F. **A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil - A Década de 70**. In: Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1983, p.17-35.

DRAGO, Leandra Maria Borlini. **“SERVINDO A DOIS SENHORES”**: a gestão do HUCAM entre o ensino e a assistência. Disponível em: <http://web3.ufes.br/ppgps/sites/web3.ufes.br/ppgps/files/Leandra%20M.%20Borlini%20Drago.pdf>. Acessado: 03/11/2016.

DUARTE, Lúcia Rondelo. SILVA, Débora S. J. R. da. Educação permanente em saúde. **Rev.Fac.Ciênc.Méd.Sorocaba**,v.17,n.2,p.104-105, 2015.

EBSERH, a. **Plano de Reestruturação: Hospital das Clínicas e Maternidade Victor Ferreira do Amaral Universidade Federal do Paraná, 2014**. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102826/plano_de_reestruturacao_ufpr.pdf/fda0236c-20b3-4664-8a53-2e04fae7b9d9. Acessado em: 11/06/2016.

EBSERH, b. **Contrato de gestão especial gratuita que entre si celebram a Universidade Federal do Paraná e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. 2014**. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102826/contrato_ufpr_04112014.pdf/9f788c52-3900-48f7-86ae-4678f88c69d2. Acessado: 15/03/2016.

FARIA, Horácio Pereira de. WERNECK Marcos A. Furquim. SANTOS, Max André dos. TEIXEIRA, Paulo Fleury. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte. Nescon/UFMG, 2009.

GIOVANELLA, Lígia (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Scorei, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. -Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GOMES, Fábio Guedes. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Rev. Adm. Pública** vol.40 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2006.

HC EM NÚMEROS. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=numeros>. Acessado: 05/07/2017.

HISTÓRIA DO HC. Disponível em: <http://www2.hc.ufpr.br/?q=content/historia-do-hc>. Acessado em 03/05/2017.

IANNI, Octavio. O ciclo da revolução burguesa. **Petrópolis**, Vozes, 1985.

IBAÑEZ, Nelson; NETO, Gonzalo Vicena. Modelos de gestão no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, p. 1831 – 1840, 2008.

INFANTE, Maria. SANTOS, Maria Angélica Borges dos. A organização do abastecimento do Hospital Público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para área da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12 (4) 945-954, 2007.

LITTIKE, Deneilda. **Improvizando a gestão por meio da gestão do imprevisto: o processo de trabalho dos gestores de um hospital universitário federal**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde. ES, 2012.

MANTOVANI, Maria de Fátima. MÉIER, Marineli Joaquim. PASCHOAL, Amarílis Schiavon. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista Esc. Enfermagem USP**. 2007. 41 (3), p. 479-484.

MARTINS, Vidigal Fernandes. Hospitais Universitários Federais e a Nova Reestruturação Organizacional: O Primeiro Olhar, Uma Análise de Um Hospital Universitário. **Revista de Administração e Contabilidade**. Faculdade Anísio Teixeira (FAT), Feira de Santana-Ba, v. 3, n. 2, p. 4-22, julho/dezembro, 2011.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política**. São Paulo: Nova Cultura, 1996.

MASSANO, Débora Trindade. **O clima organizacional em unidades hospitalares públicas e privadas. A perspectiva dos Técnicos de Radiologia**. Dissertação (Mestrado em Intervenção Sócio-organizacional na Saúde) - Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, Lisboa, 2012.

MATOS, Eliane. PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3):508-514.

MATOS, Jatene da Costa. NOLASCO, Loreci Gottschalk. SILVA, Débora dos Santos. **Administração pública gerencial**. Disponível em: <https://anaisonline.uems.br/index.php/enic/article/download/1628/1632>. Acessado em: 15/05/2018.

MEDEIROS, Cássia R. G. JUNQUEIRA, Álvaro G. W. SCHWINGEL, Glademir. CARRENO, Ioná. JUNGLES, Lúcia A. P. SALDANHA, Olinda Maria de F. L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. 15 (supl. 1), p. 1521-1531, 2010.

MEDICI, André Cezar. SILVA, Pedro Luiz Barros. A administração flexível: uma introdução às novas filosofias de gestão. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, 27 (3) p. 26-36, 1993.

MINAYO, M.C.S., 1994. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

_____. (organizadora). DESLANDES, Suely Ferreira. GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28ª edição. Petrópolis, RJ. Vozes: 2009.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 6ª. Edição. São Paulo. Cortez, 2010.

MOTTA, FCP. **Teoria geral da administração**. São Paulo: Editora Livraria Pioneira; 1987.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo. Cortez, 1992.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **O trabalho em serviços de saúde**. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/O_trabalho_em...de.../59. Acessado em: 14/12/2017.

PAIM, Jairnilson Silva. TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência e saúde coletiva** vol.12. Rio de Janeiro Nov. 2007.

_____. **Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em Saúde Coletiva**. In: ABRASCO, Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1982, p.3-1982.

PATTON, M.Q. **Qualitative evaluation and research methods**. Newbury Park, CA. Sage Publications, 1990.

PAULA, Ana Paula Paes de. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Revista de Administração pública brasileira**, 2005.

_____. **Administração Pública Gerencial e Construção Democrática no Brasil: Uma abordagem crítica**. Disponível em : <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2001-gpg-678.pdf>. Acessado: 20/05/2018.

PEDROSA, Inês de C. Franco. CORRÊA, Áurea C. de Paula. MANDÚ, Edir n. Teixeira. Influências da Infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência Cuidado e Saúde**, 2011, Jan/Marc, 10 (1), p. 58-65.

PEDUZZI, Marina. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população.** Tese (livre-docência). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

_____. Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e Tipologia. **Revista de Saúde Pública**, 2001. 35 (1), p. 130-109.

PINHO, Lb de, SANTOS, SMA dos. **O Relacionamento Interpessoal Como Instrumento De Cuidado No Hospital Geral.** Cogitare Enferm [Internet]. 2007;12(3):377–85. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/10038>.

PINTO, Juliana Nazaré Faria Ribeiro. **Gestão da parceria entre universidades e fundações de apoio : o caso Fundecc/UFLA /.** Lavras : UFLA, 2013. Dissertação Mestrado.

REZENDE C.A.P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, M. I. S, PEREIRA, D. S, MENEZES, J. S. B, OLIVEIRA, M. M. N. (Orgs). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS /** Maria Lucia Frizon Rizzotto. Campinas, SP : [s.n.], 2000.

SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos. **A gestão autônoma da medicação: da prescrição à escuta.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: 2014.

SANTOS, Lenir dos. **SUS: desafios politico-administrativos da gestão interfederativa da saude. Regionalizando a Descentralização.** Campinas, SP : [s .n.], 2012.

SARRETA, FO. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online].** São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SARTI, Flávia Mori. SOUZA, Erica Macedo. TIBÉRIO, Amanda Alves. Considerações sobre Avaliação de Estabelecimentos de Saúde sob Gestão de OSS: o caso do Hospital Geral do Grajaú. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.19, n.3, p. 557-568, 2010.

SENNETT, Richard. **A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo.** Rio de Janeiro: Record, 1999.

SODRE, Francis; LITTIKE, Deneilda; DRAGO, Leandra Maria Borlin; PERIM Maria Clara Mendonca. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº 114, p. 365-380, abril/jun. 2013.

SODRE, FRANCIS. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.

SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopez de. **O trabalho em Saúde: Os fios que tecem a (des) regulamentação do trabalho nos serviços públicos**. Disponível em: <http://pct.capes.gov.br/teses/2009/25001019031P3/TES.PDF>. Acessado: 15/04/2016.

_____. SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopez de. **Setor Saúde: os impactos das reformas neoliberais**. Qualitas, v.5 n.3, 2006.

TAVARES, Maria da Conceição. **Destruição não criadora**. Rio de Janeiro, Record, 1999.

TERRA, Marlene Gomes. GONÇALVES, Lucia H. Takase. SANTOS, Evangelia K. Altherino dos. ERDMANN, Alacoque Lourenzini. Fenomenologia-Hermenêutica de paul Ricoeur como referencial teórico em uma pesquisa em enfermagem. **Acta. Paul Enferm**, 2009; 22 (1) :93-99.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, 2005. 39 (3), páginas 507 a 514.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de. **Notas sobre a crise dos hospitais universitários no Brasil. 2004**. Disponível em: <<http://www.denem.org.br/2005/arquivos/ok-1121496462023.doc>>. Acessado em: 10/10/2017.

VIGNOLI, Vanessa de Almeida. **Flexibilização da Jornada de Trabalho: Importância e Limitações**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: 2010.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014.

9. ANEXOS

Anexo I

Grupo Focal 1 - Reitoria

Prezado (a) trabalhador (a) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Vimos, por meio desta, convidá-los a participar do projeto de pesquisa denominado “**A percepção dos trabalhadores sobre o ambiente de trabalho em um Hospital Universitário Federal**”, nesta pesquisa vamos analisar quais suas percepções com relação ao processo de trabalho dentro do Hospital de Clínicas da UFPR, antes e após a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Para fazer esta análise vamos realizar grupos focais (grupos de debates), compostos por aproximadamente 6 trabalhadores, onde será realizado o debate sobre como está o ambiente de trabalho dentro do HC, o debate será conduzido por algumas perguntas que nortearão seu andamento, estes grupos terão duração em média de 1 hora, as respostas serão gravadas, transcritas e analisadas, será assegurado aos participantes envolvidos o sigilo e o anonimato de sua identidade, o livre acesso às informações coletadas e o acesso ao produto final da pesquisa, ressaltamos que a pesquisa já foi aprovada em comitê de ética com parecer nº 2.223.897.

Os grupos vão ocorrer no prédio do Setor de Ciências da Saúde da UFPR (anexo aos fundos do HC), localizado na Rua Padre Camargo, 280, no dia 21/11/2017 a partir das 14 horas.

Venham contar suas percepções e debater de uma forma construtiva com seus colegas de trabalho. Contamos com sua participação.

Contato para esclarecimento de dúvidas: Josnei: 9 9647-8102 (WhatsApp).



Pesquisador Responsável
Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Grupo Focal 1 – EBSE RH**Prezado (a) trabalhador (a) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná**

Vimos, por meio desta, convidá-los a participar do projeto de pesquisa denominado **“A percepção dos trabalhadores sobre o ambiente de trabalho em um Hospital Universitário Federal”**, nesta pesquisa vamos analisar quais suas percepções com relação ao ambiente de trabalho dentro do Hospital de Clínicas da UFPR, antes e após a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSE RH).

Para fazer esta análise vamos realizar grupos focais (grupos de debates), compostos por aproximadamente 6 trabalhadores, onde será realizado o debate sobre como está o ambiente de trabalho dentro do HC, o debate será conduzido por algumas perguntas que nortearão seu andamento, estes grupos terão duração em média de 1 hora, as respostas serão gravadas, transcritas e analisadas, será assegurado aos participantes envolvidos o sigilo e o anonimato de sua identidade, o livre acesso às informações coletadas e o acesso ao produto final da pesquisa, ressaltamos que a pesquisa já foi aprovada em comitê de ética com parecer nº 2.223.897.

Os grupos vão ocorrer no prédio do Setor de Ciências da Saúde da UFPR (anexo aos fundos do HC), localizado na Rua Padre Camargo, 280, no dia 29/11/2017 a partir das 10 horas.

Venham contar suas percepções e debater de uma forma construtiva com seus colegas de trabalho. Contamos com sua participação.

Contato para esclarecimento de dúvidas: Josnei: 9 9647-8102 (WhatsApp).



Pesquisador Responsável
Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Anexo II: Roteiro de Perguntas para as Entrevistas

Título do Projeto: A percepção dos trabalhadores e gestores sobre o processo de trabalho em um Hospital Universitário Federal com co-gestão da EBSE RH.

1. Roteiro de perguntas: Entrevista Trabalhadores EBSE RH

1. O que te incentivou a trabalhar pela EBSE RH?
2. Descreva o seu ambiente de trabalho dentro do HC? (Disponibilidade de insumos, flexibilidade de horários de trabalho, fluxos organizacionais...)
3. Como é a organização do seu dia a dia de trabalho?
4. Como ocorre a participação nas decisões no local em que trabalha? (Como sua voz é ouvida...)
5. Como é a sua relação com suas respectivas chefias? (Em que espaços ocorrem esta interação, de que maneira...)
6. Você faria o seu trabalho de uma maneira diferente do que você faz? Como? (Porque isso não acontece)
7. Quando você fica doente ou tem um familiar doente como é negociado o afastamento do trabalho?
8. Como ocorre a valorização do seu trabalho?
9. De que forma é a interação entre vocês e os reitoria no HC?
10. Há algo mais que você queira falar sobre a dinâmica do seu trabalho que o incomoda?

2. Roteiro de perguntas: Entrevista Trabalhadores RJU

1. Descreva o seu ambiente de trabalho dentro do HC antes e depois da chegada da gestão da EBSE RH? (Disponibilidade de insumos, flexibilidade de horários de trabalho, fluxos organizacionais...)
2. Como é a organização do seu dia a dia de trabalho?
3. Como ocorria a participação nas decisões no local em que trabalha antes da chegada da EBSE RH? (Como sua voz é ouvida...)
4. Como ocorre a participação nas decisões no local em que trabalha agora? (Como sua voz é ouvida...)
5. E em questão à relação com suas respectivas chefias? (Em que espaços ocorrem esta interação, de que maneira, ANTES E DEPOIS...)
6. Quando você fica doente ou tem um familiar doente como é negociado o afastamento do trabalho?

7. E antes como era?
8. Como ocorre a valorização do seu trabalho? Como ocorria antes?
9. De que forma é a interação entre vocês e os trabalhadores EBSE RH no HC?
10. Há algo mais que você queira falar sobre a dinâmica do seu trabalho que o incomoda?

Anexo III: Termo de aprovação do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A percepção dos trabalhadores e gestores sobre o processo de trabalho em um Hospital Universitário Federal com co-gestão da EBSEERH

Pesquisador: Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68397717.2.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.223.897

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que busca compreender o processo de trabalho em um Hospital Universitário Federal sob contrato de co-gestão com uma empresa pública de direito privado. Este modelo integra a Administração Pública e segue as regras constitucionais impostas aos entes públicos com regime de direito privado. Este modelo de contrato busca mudar a lógica e o controle do financiamento dos serviços, instituindo a remuneração por resultados, buscando garantir maior transparência quanto às metas e valores acordados, contribuir para a melhoria da gestão e da efetividade do direito à saúde. Tais medidas, no entanto, podem contribuir para inserção de uma lógica produtivista nos serviços de saúde e sobre os trabalhadores. Diante disso propõe-se a presente pesquisa no sentido de conhecer a percepção dos trabalhadores e gestores do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, sobre o processo de trabalho após adoção do contrato de gestão com a EBSEERH. Este é um estudo qualitativo exploratório/descritivo que utiliza também a análise documental de contratos celebrados entre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEERH) e o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, os planos de carreira e salários dos funcionários da EBSEERH e estatutários com regime jurídico único. O instrumento qualitativo principal a ser utilizado é o grupo focal a ser aplicado com os trabalhadores e gestores inseridos neste processo. Serão incluídos na pesquisa funcionários

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br

Anexo IV: Termo de consentimento livre e esclarecido:**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nós, Prof^o. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque, Prof^o. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos e aluno de mestrado Josnei Luis Daneliu – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o senhor (a), trabalhador (a) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, a participar de um estudo intitulado “A percepção dos trabalhadores e gestores sobre o processo de trabalho em um Hospital Universitário Federal com co-gestão da EBSEH”.

a) O objetivo desta pesquisa é: analisar a percepção dos trabalhadores com relação ao processo de trabalho no Hospital de Clínicas da UFPR, após adoção do modelo de gestão de uma empresa pública de direito privado.

b) Caso você aceite participar da pesquisa, será necessário: a participação em grupo focal, respondendo a um roteiro de perguntas, as respostas serão gravadas e transcritas no trabalho, sempre respeitando o sigilo da identidade do participante.

c) Para tanto você deverá comparecer no local definido, para participação no grupo focal respondendo ao roteiro de entrevista, o que levará aproximadamente 1 hora.

d) É possível que o senhor (a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado a cansaço, constrangimento ao responder as questões.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o desconforto em responder as perguntas, fadiga e cansaço. Exposição profissional dos participantes.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são contribuir para avaliação da percepção deste modelo de gestão do trabalho em uma empresa pública de direito privado. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

g) Os pesquisadores Prof^o. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque, Prof^o. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos e Mestrando Josnei Luis Daneliu, responsáveis por este estudo poderão ser localizados no endereço R. Padre Camargo, 280 - Alto da Glória, Curitiba - PR, 80060-240, em horário comercial, no Tel: 3360-7241 e nos respectivos e-mails e telefones: guilherme.albuquerque.ufpr@gmail.com, Tel: (41)9 9955-8130 deivianna@gmail.com, Tel: (41)9 9109-1158 e josneidaneliu@hotmail.com, Tel: (41) 9 9647-8102, para esclarecer eventuais dúvidas que o senhor (a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) Sua participação neste estudo é voluntária e se o senhor (a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, que são os pesquisadores Prof^o. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque, Prof^o. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos e o estudante Josnei Luis Daneliu. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

j) O material obtido –, questionários, imagens, áudios e vídeos – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado em lixo adequado ao término do estudo.

k) As despesas necessárias para realização da pesquisa, como materiais necessários para realização dos questionários não são de sua responsabilidade, mas sim do pesquisador responsável pela pesquisa, informamos que o senhor (a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone (41) 3360 1041.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

[Curitiba, ____ de _____ de ____]

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]