



“A fundação hospitalar de saúde na SES de Sergipe e as estratégias de gestão do trabalho: examinando o caso do hospital de urgência de Sergipe”

por

Katiene da Costa Fontes

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Creuza da Silva Azevedo
Segundo orientador: Prof. Francisco Campos Braga Neto*

Rio de Janeiro, dezembro de 2009.

Esta dissertação, intitulada

“A fundação hospitalar de saúde na SES de Sergipe e as estratégias de gestão do trabalho: examinando o caso do hospital de urgência de Sergipe”

apresentada por

Katiene da Costa Fontes

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Thereza Christina Mó y Mó Loureiro Varella

Prof.^a Dr.^a Cristiani Vieira Machado

Prof.^a Dr.^a Creuza da Silva Azevedo – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 15 de dezembro de 2009.

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F683 Fontes, Katiene da Costa

A fundação hospitalar de saúde na SES de Sergipe e as
estratégias de gestão do trabalho: examinando o caso do hospital de
urgência de Sergipe. / Katiene da Costa Fontes. Rio de Janeiro: s.n.,
2009.

108 f., tab.

Orientador: Azevedo, Creuza da Silva
Braga Neto, Francisco Campos
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Gestão em Saúde. 2. Trabalho. 3. Inovação Organizacional.
4. Psicologia Social. 5. Sistema Único de Saúde - organização &
administração. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.11098141

Dedicatória

**Para os meus filhos pela paciência e
compreensão dos meus afastamentos
freqüentes;**

**Para os meus pais, irmãos, cunhados
(a) e sobrinhos pelo apoio e carinho
nessa trajetória tumultuada e intensa
de atividades.**

AGRADECIMENTOS

À Energia Crística que conduz a minha caminhada na Terra;

Aos meus orientadores Creuza Azevedo e Francisco Braga, que mesmo nos momentos de dificuldades e de tempo exíguo não mediram esforços para compartilhar comigo seus conhecimentos;

Aos Professores Antenor Amâncio e Sérgio Pacheco pela presença e assistência constante durante todo o curso;

Às colegas de turma e ao colega que foi o único representante do sexo masculino;

Aos professores e trabalhadores – em especial à Luzimar – da Escola Nacional de Saúde Pública- ENSP/FIOCRUZ, que estiveram envolvidos na execução do Mestrado Profissional, pela convivência, estímulo, apoio e troca de experiências e afetos;

Aos atores-chave e trabalhadores do HUSE pela oportunidade de compartilhar as visões, os sentidos e sentimentos da experiência de implantação do Projeto de Fundação Estatal;

Ao Secretário de Estado da Saúde de Sergipe, Dr. Rogério Carvalho e à diretoria executiva da Fundação Hospitalar de Saúde – em especial à Monica Sampaio que tanto nesse momento como em outros anteriores manifestou o seu apoio e amizade – pela contribuição e interesse na consecução desse estudo;

A Igor Coelho e Daniel Castro, parceiros inseparáveis da Coordenação de Gestão do Trabalho na FHS, pelas dicas indispensáveis sobre o campo a pesquisar;

À Claudia, amiga e companheira no cotidiano profissional do SUS em Sergipe e de peleja no mestrado;

A José Carlos que muito me incentivou a desenvolver o presente estudo.

Mude, mas comece devagar, porque a direção é mais importante que a velocidade.

(...)

Só o que está morto não muda! Repito por pura alegria de viver: a salvação é pelo risco, sem o qual a vida não vale a pena!!!

Do poema “MUDE” (Edson Marques)

RESUMO

FONTES, Katiene da Costa. *A Fundação Hospitalar de Saúde na SES de Sergipe e as estratégias de gestão do trabalho: examinando o caso do Hospital de Urgência de Sergipe*. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) –Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2009

O presente estudo tem o propósito de analisar o processo de implantação do modelo gerencial de fundação estatal de direito privado adotado para a gestão da rede hospitalar do Estado de Sergipe, a partir da criação da Fundação Hospitalar de Saúde (FHS) e suas inovações no âmbito da gestão do trabalho. Elegeu-se como lócus da pesquisa o Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho. Em termos metodológicos, trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas com atores-chave que tiveram participação em diversos níveis na implantação da atual política de saúde no Estado e grupos focais com trabalhadores do HUSE. Adotando como pano de fundo a abordagem psicossociológica, e, como arcabouço da análise, o modelo contextualista, o estudo irá fazer uma breve descrição do contexto atual do SUS no Estado de Sergipe, e como se constituíram as propostas de mudança, em particular na assistência hospitalar, além de analisar o processo de implementação da Fundação Hospitalar de Saúde e o conteúdo da mudança a partir do olhar dos principais atores implicados no HUSE, sobretudo no que tange aos aspectos relativos à gestão do trabalho. Os resultados obtidos permitiram identificar um contexto favorável à criação de um novo modelo que fizesse enfrentamento aos problemas que se apresentavam, no âmbito da assistência, da gestão do trabalho e da capacidade operacional do estado. Na análise de conteúdo, inferiu-se que as propostas de inovações no âmbito da gestão do trabalho nos seus aspectos objetivos faz enfrentamento à questão da precariedade dos vínculos. Na análise do processo, o estudo permitiu visualizar o momento atual como de transição do modelo anterior para o novo modelo em implantação. Nos aspectos subjetivos e simbólicos, a pesquisa identificou que para o grupo gestor, expressa-se um imaginário de potência, de crença no projeto. Contudo, embora reconheçam a complexidade da implantação da mudança, não percebem os aspectos subjetivos e do imaginário presente na vida do hospital sobre o projeto, que ainda está distante de favorecer uma afiliação do coletivo de trabalhadores. Para o grupo trabalhador há um imaginário que expressa descrença, falta de idealização, impotência, frustração, dúvidas e expectativas negativas. Não reconhecem o projeto como seu e não se afiliam à proposta.

Palavras-chave: 1.Fundação estatal; 2.Gestão do trabalho; 3. Contextualismo; 4. Psicossociologia, mudança organizacional e imaginário 5. Afiliação e Vínculo subjetivo com o trabalho.

ABSTRACT

FONTES, Katiene da Costa Fontes. The Health Foundation Hospital in SES Sergipe and management strategies at work: examining the case of Hospital Emergency Sergipe. National School of Public Health Sergio Arouca - Oswaldo Cruz Foundation (ENSP / Fiocruz), Rio de Janeiro, 2008.

This study aims to examine the process of implementation of state management model foundation under private law adopted for the management of the hospital network of the State of Sergipe, with the creation of the Hospital Foundation of Health (FHS) and its innovations in work management. The selected research locus was Emergency Hospital Governor of Sergipe João Alves Filho. In methodological terms, this is a case study of qualitative approach. Interviews were conducted with key actors who have participated in various levels in the implementation of current health policy in the state and groups with workers from Huse. Adopting as its background the psychosocial approach and, as a framework of analysis, the contextual model, the study will give a brief description of the current context of SUS in the state of Sergipe, and constituted themselves as the proposals for change, particularly in assisting hospital, and analyze the implementation process of the Hospital Foundation of Health and the content of the change from the look of the main actors involved in Huse, especially regarding those aspects of the work management. The results identified a favorable environment for the creation of a new model that makes coping with the problems that presented themselves under the care, management of labor and operational capacity of the state. In content analysis, we inferred that the proposals innovations in the management of labor in its objective aspects is confronting the issue of insecurity linkages. In process analysis, the study allowed visualization of the current moment as a transition from the previous model for the new model in development. In the subjective and symbolic aspects, research has identified that the group manager, is expressed in an imaginary power, and belief in the Project. However, while acknowledging the complexity of the implementation of the change, do not realize the subjective and the imaginary life of this hospital on the project, which is still far from promoting an affiliate of the collective of workers. For this group there is an imaginary employee who expresses disbelief, lack of idealization, helplessness, frustration, doubts and negative expectations. Do not recognize the project as yours and is not affiliated with the proposal.

Keywords: 1.Fundação state; 2.The management of labor, 3. Contextualism 4. Psychosociology, organizational change and imagination 5. Affiliate Link subjective and with work.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Divisão Regional das redes de assistência do SUS/Sergipe.....62

TABELA 2 – Exemplo Demonstrativo da simulação de ganhos remuneratórios dos estatutários após a adesão ao quadro específico das Fundações – a partir de um caso que é considerado “na média”73

TABELA 3 – Resumo geral das adesões dos profissionais do HUSE.....74

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Problemas da gestão do trabalho no HUSE.....	14
QUADRO 2 - Distribuição (por tipo) de hospitais estaduais públicos administrados pela FHS em Sergipe.....	56
QUADRO 3 – Síntese do contexto local de implantação da FHS	66
QUADRO 4 – Problemas da gestão do trabalho no HUSE e propostas da FHS.....	68
QUADRO 5 – Síntese do processo de implantação.....	84

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 — ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS E O MODELO GERENCIAL DE FUNDAÇÃO ESTATAL DE DIREITO PRIVADO.....	18
1.1 — Gestão do trabalho no SUS – problemas e tendências.....	18
1.2 — Fundação Estatal – o debate no cenário nacional.....	21
2 - A MUDANÇA ORGANIZACIONAL EM QUESTÃO.....	29
2.1. O modelo contextualista e a análise da mudança organizacional.....	29
2.2. — A dimensão imaginária, intersubjetiva e grupal das organizações.....	32
3 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	42
3.1 – Natureza da pesquisa.....	42
3.2 – Objetivos.....	45
3.3 – Descrição do método.....	46
3.4 – A análise.....	51
3.5 – A implicação com o objeto.....	51
3.5 – Aspectos éticos.....	52
4- FUNDAÇÃO ESTATAL EM SERGIPE – O CONTEXTO LOCAL DE IMPLANTAÇÃO.....	54
4.1 – O contexto da assistência hospitalar em Sergipe a partir do ano de 2007.....	54
4.2 – A proposta da FHS inserida em um projeto da reforma do SUS de Sergipe.....	61
5 – A FHS E AS PROPOSTAS NO ÂMBITO DA GESTÃO DO TRABALHO NO HUSE.....	68
6– O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA FHS NO HUSE E OS SENTIDOS DA MUDANÇA PARA OS ATORES/ SUJEITOS.....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS:.....	96
Roteiro de entrevista	
Roteiro de grupo focal com trabalhadores do HUSE	
Termo de consentimento livre e esclarecido	
Autorização da instituição	

I - INTRODUÇÃO

O presente estudo tem, por objeto, o processo de implantação do modelo gerencial de fundação estatal de direito privado em Sergipe com foco na Fundação Hospitalar de Saúde (FHS). A investigação buscará compreendê-lo a partir da realidade vivenciada pelo Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE), considerando as inovações no âmbito da gestão do trabalho.

No contexto da atual política de saúde do estado de Sergipe – que apresenta como objetivo a redefinição do papel do estado no Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto garantidor dos direitos e princípios constitucionais – foi adotado o modelo gerencial de fundação estatal de direito privado para organizar algumas áreas de produção de serviços de saúde: serviços hospitalares, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), laboratório de saúde pública, hemocentro, serviço de verificação de óbitos e formação de pessoal. (Santos, 2008b).

Para esse fim, foram criadas três fundações:

- Fundação Estadual de Saúde (FUNESA), voltada para a prestação de serviços de atenção básica, de promoção, prevenção e proteção da saúde coletiva e individual, de formação profissional e educação permanente na área de Saúde Pública (Sergipe, 2008a).
- Fundação de Saúde “Parreiras Horta” (FSPH), voltada para a prestação de serviços relativos à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e hemoderivados, bem como serviços laboratoriais e de verificação de óbito (Sergipe, 2008b).
- Fundação Hospitalar de Sergipe (FHS), com a finalidade exclusiva de, no âmbito do SUS, prestar serviços de saúde em todos os níveis de assistência hospitalar, inclusive os SAMUs, além de poder desenvolver atividades de ensino e pesquisa científica e tecnológica na área da saúde, de acordo com os princípios, as normas e os objetivos constitucionais e legais do SUS (Sergipe, 2008c).

Assim, a Fundação Hospitalar de Saúde (FHS) foi criada em janeiro de 2008¹, e, embora o primeiro contrato estatal encontre-se em fase final de pactuação, algumas ações de implantação vêm ocorrendo desde o final de 2008, a exemplo da realização de concurso público para provimento de vagas de nível superior, médio e fundamental (Sergipe, 2008d, 2008e).

Não obstante o projeto de reforma gerencial no estado de Sergipe cuide da criação de três fundações, a escolha em estudar a implantação da FHS está relacionada à centralidade que ocupa a assistência hospitalar, por se constituir no cenário de maior tensionamento de mudanças. O foco da pesquisa no HUSE justifica-se por este ser o hospital mais expressivo na rede hospitalar pública do estado, “tendo como missão a realização do atendimento às urgências e emergências nas clínicas médica, cirúrgica e traumatológica, realizando a estabilização dos pacientes críticos e articulado com a rede de assistência”² (Sergipe, 2007a). É, ainda, a unidade hospitalar que apresenta maior nível de dificuldade, no que diz respeito à gestão, na realização das reformas propostas pela SES, por ser referência em alta complexidade, não apenas para o estado, mas também para alguns municípios da Bahia e Alagoas (www.saude.se.gov.br de 17/10/2008).

A problemática da assistência hospitalar, muito particularmente no que se refere às questões ligadas à gestão do trabalho, esteve presente como foco de reflexão desde a minha participação no curso de aperfeiçoamento em gestão hospitalar, juntamente com trabalhadores inseridos em espaços de gestão dos hospitais do Estado e do HUSE. Naquele momento – 2007 – a minha inserção na equipe pedagógica da Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe (ETSUS/SE) foi o critério condicionante para a participação no referido curso, já que a assistência hospitalar figurava entre as prioridades da política de Educação Permanente do Estado.

A minha participação no curso foi entremeada por indagações sobre a natureza das dificuldades encontradas pelos gestores para reverter a lógica dominante na assistência hospitalar. Por que não havia adesão da equipe trabalhadora quanto ao desenvolvimento das propostas de mudança? Por que os gestores da rede hospitalar – principalmente os que eram do HUSE – participantes do curso, falavam de grandes

¹ A Fundação Hospitalar de Saúde foi criada pela Lei estadual 6347 de 02 de janeiro de 2008, publicada no diário oficial do dia 03/01/2008 e em 22 de setembro desse mesmo ano, teve o seu estatuto aprovado em reunião que empossou o Conselho Curador e a Diretoria Executiva.

² O Projeto de Organização da Política da Atenção Hospitalar do Estado apresenta as diretrizes, objetivos, classificação e missão das unidades hospitalares do estado.

dificuldades para reverter o modelo de assistência e enfatizavam a dificuldade de vencer as resistências que se manifestavam no cotidiano? Essas e outras perguntas me acompanharam durante o curso e, mesmo depois, na discussão da agenda de Educação Permanente para a rede de atenção hospitalar.

O curso de aperfeiçoamento em gestão hospitalar³ fez parte de um conjunto de estratégias promovidas pela SES com o apoio de um grupo de consultores da Universidade de São Paulo (UNIFESP). Esse espaço trouxe para o debate um novo modelo de gestão e de cuidado para a assistência hospitalar, a partir dos problemas cotidianos dos hospitais. Essa ação fez parte de um convênio celebrado entre a SES e a referida Universidade e, teve como objetivo, o aprimoramento da assistência e da gestão dos hospitais, particularmente no desenvolvimento de um modelo de gestão participativa, a partir de ações de consultoria . (Sergipe, 2007b, 2007c).

A rede hospitalar do Estado apresenta alguns problemas na área da gestão do trabalho, tais como: baixa resolutividade no cuidado, precarização das relações de trabalho, e deficiências de desempenho na área técnica⁴ (Carvalho, 2008). Em auditoria interna na área de Recursos Humanos realizada no início de 2008, no HUSE, esses problemas foram levantados e sistematizados, sendo apresentados em relatório final, agrupados por categorias como as apresentadas no quadro abaixo:

QUADRO 1 - Problemas da gestão do trabalho no HUSE

CATEGORIA	DESCRIÇÃO DE PROBLEMAS
Gerenciamento	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-gerenciamento do trabalho, de acordo com as conveniências do trabalhador e sem atendimento das necessidades organizacionais; - Elevado número de atestados e licenças médicas; - Dificuldade de prover e fechar escalas; - Desatualização dos dados cadastrais dos trabalhadores no Departamento Pessoal. - Controle de frequência e pontualidade ineficaz e gerador de

³ O curso de gestão hospitalar fez parte das atividades de consultoria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), através do convênio de cooperação técnica com a SES e teve início em outubro de 2007 e encerrou em maio de 2008. Apresentou como objetivo ser um dos componentes de qualificação das práticas de gestão dos hospitais inseridos na proposta de reorganização da rede hospitalar do Estado de Sergipe.

⁴ Essas informações contam da apresentação utilizada na aula do curso de gestão hospitalar com o tema: Gestão de sistemas de saúde, redes assistenciais de saúde e a produção de integralidade no SUS, e, a regulação em saúde, ministrada por Mônica Sampaio de Carvalho, Secretária Adjunta.

	<p>conflitos internos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registros de entradas e saídas no livro de ponto sem o trabalhador estar presente no hospital, no horário de expediente - Inexistência de um organograma claro e definidor da hierarquia organizacional.
Saúde e segurança no trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Inobservância das normas de segurança no trabalho e falta de uma atuação do SESMT;
Relações contratuais	<ul style="list-style-type: none"> - Grande número de contratos temporários coexistindo com estatutários concursados. - Jornadas de trabalho diversificadas e inconsistentes. - Estrutura de remuneração complexa, com gratificações e benefícios norteados por critérios pouco objetivos. - Salário-base dos médicos estatutários bastante defasado, gerando a prática de complementá-los com gratificações e benefícios. - Remuneração diferenciada para a execução de tarefas idênticas, gerando conflitos e insatisfações nos cargos administrativos.
Condições de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Precariedade das condições do trabalho no que se refere às instalações sanitárias e locais destinados a repouso e descanso. - Deficiência na gestão de contratos de manutenção com grande espera para reparos de equipamentos.
Processo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Indefinição de papéis, atribuições e responsabilidades dos profissionais e gestores; - Processo de comunicação interna deficiente, com conseqüente impacto negativo na assistência, por ausência de ferramentas e informações no que se refere a rotinas e procedimentos anteriores. - Desarticulação entre os setores estratégicos para a gestão do trabalho: Departamento Pessoal, Diretoria Clínica, Educação Permanente e Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT).

FONTE: Quadro de elaboração própria com base nas informações constantes do Resumo do Relatório de Auditoria na área de Recursos Humanos realizada no HUSE, datado de 05 de maio de 2008 (Sergipe, 2008f).

Ainda no referido relatório, a equipe de auditores desenhou o programa de desenvolvimento e qualificação dos trabalhadores para o HUSE e toda a rede hospitalar que apresentava como diretrizes:

- *“Ingresso por concurso público;*
- *Seleção e programa de remanejamento interno,*
- *Ascensão prevista em plano de carreira;*
- *Definição da política remuneratória;*
- *Avaliação de desempenho – Institucional, Serviço/unidade de produção/equipe e individual”.* (Sergipe, 2008f)”

O estatuto da FHS estabelece as bases para as relações do trabalho, definindo ingresso por concurso público, data-base da vigência do acordo coletivo de trabalho das categorias profissionais, processo de demissão do pessoal e organização do seu quadro de pessoal de acordo com o plano de emprego e remuneração e do plano diretor de desenvolvimento de recursos humanos a ser proposto pela Diretoria Executiva da Fundação Estatal e apreciado pelo seu Conselho Curador (Sergipe, 2008d).

O propósito do presente estudo é apreender em que medida o modelo gerencial da FHS têm de fato favorecido uma política de gestão do trabalho que enfrente os problemas anteriormente diagnosticados e propicie maior responsabilidade dos profissionais de saúde com relação ao seu trabalho e ao projeto do SUS. A pesquisa pretende, ainda, perceber, no processo de implantação da FHS, a existência ou não de possibilidades de mudanças nos planos simbólicos e imaginários que possam vir a ter impacto no surgimento de uma nova cultura organizacional. Para tanto, além de caracterizar as mudanças previstas na proposta da gestão do trabalho, o estudo irá analisar os potenciais efeitos das estratégias em implantação.

Partindo do pressuposto que o projeto em curso favorece um processo de mudança organizacional, tomaremos como referência o modelo contextualista, de Pettigrew perscrutando as interligações entre o contexto— por que mudou –, o conteúdo – o que mudou –, e, o processo – como mudou (Pettigrew, 1990).

As lentes que direcionarão o nosso olhar vão para além do foco objetivo das mudanças, buscando examinar, à luz dos ensinamentos de Enriquez (1997), a possibilidade de construção de um imaginário organizacional de mudança que favoreça transformações na cultura organizacional hospitalar pesquisada.

As principais perguntas de pesquisa são:

1. Quais as possibilidades de mudanças no âmbito da gestão do trabalho que surgem com a FHS?
2. Quais as características do contexto da Secretaria e do HUSE em que surge e se desenvolve a proposta de FHS.
3. Como se dá o processo de implantação do projeto no HUSE?
4. O projeto é fomentador de um imaginário de mudança?

O presente estudo pretende, a partir do olhar da pesquisadora/sujeito implicado, contribuir para a reflexão da proposta em implantação e analisar as estratégias da gestão do trabalho em seus aspectos potenciais e limitativos para a consolidação de mudanças na assistência prestada pelo HUSE. Trata-se, portanto, de um estudo que possibilita oportunidade para a gestão do SUS no Estado de Sergipe levantar problemas e propostas, referentes à gestão do trabalho na área hospitalar, seus avanços e dificuldades, bem como oferecer sugestões de correção do percurso no processo de implantação para buscar uma efetiva transformação da assistência, além de trazer reflexos para a gestão do SUS no país, ao contextualizar o processo de implantação de um novo modelo de gestão na área da saúde pública.

Para o meio acadêmico, o projeto pode vir a propiciar um debate atualizado na área de gestão do trabalho na saúde, além de trazer à luz aspectos gerenciais do modelo de fundação estatal e da cultura organizacional da área hospitalar.

1 – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS E SOBRE O MODELO GERENCIAL DE FUNDAÇÃO ESTATAL DE DIREITO PRIVADO

Nesse capítulo, apresento alguns desafios da gestão do trabalho na agenda de consolidação do SUS e a tendência de flexibilização na contratação da força de trabalho na saúde, com mais proeminência na assistência hospitalar, fazendo uma reflexão sobre a consequente precarização dos vínculos. A seguir, procuro situar, no cenário nacional, a discussão da proposta de Fundação Estatal.

1.1– Gestão do trabalho no SUS – problemas e tendências

A implantação do SUS significou um marco histórico para a Saúde Pública no nosso país. Incorporando o conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes, assumido pela VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal (CF) de 1988 estabeleceu princípios e diretrizes relativos à universalização do acesso à saúde, à equidade e ao atendimento integral.

Não obstante os avanços trazidos para a área da saúde, a implementação do SUS nos anos 90 é caracterizada por importantes obstáculos de natureza estrutural e conjuntural.

Para Levcovitz, Lima e Machado, (2001:270) são variáveis estruturais “*a marcante desigualdade social no país, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído.*”. Entendem os autores que, dentre as variáveis conjunturais, apresentam-se a adoção de políticas de abertura da economia, privatização de empresas estatais, redução do tamanho do Estado e do quadro de funcionalismo público (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

Ainda trazem o entendimento de que, embora sejam variados os enfoques de análise da implantação do SUS, há relativo consenso sobre os avanços no âmbito da descentralização. A descentralização favorece a implantação do SUS e envolve, “*não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal*”⁵.

⁵ Levcovitz, Lima e Machado, op cit p270).

Segundo Feuerwerker (2005:491), o SUS vem conseguindo superar os obstáculos que se colocaram em seu processo de implantação e, mesmo “*em tempos de políticas de redução do Estado e de desfinanciamento dos setores sociais*”, houve ampliação dos serviços públicos de saúde e do número de trabalhadores nessa área.

Nesse contexto, uma nova organização sistêmica de produção, garantidora de acesso dos seus serviços aos cidadãos, tanto no âmbito individual como coletivo, passou a ser preocupação cada vez mais forte para os gestores da esfera estadual, mas muito mais significativa para os da esfera municipal.

Por outro lado, a questão dos recursos humanos configurou-se como uma das mais urgentes na implantação do SUS, e essa nova organização da produção significou um aumento significativo de profissionais, especialmente nos municípios (Nogueira, 2006).

Aliado a esse fato, a incorporação de novos profissionais, particularmente especialistas, e a emergência de novos postos de trabalho no âmbito do SUS trouxe novos desafios para os gestores. Vale ressaltar que, diferentemente do observado em outras esferas de atividade econômica, a incorporação tecnológica na saúde implicou na agregação de novos trabalhadores⁶.

A complexidade na organização de um Sistema de Saúde universal norteado pela integralidade no cuidado, a ampliação do conceito de saúde, entendendo o processo saúde-doença para além do biológico, e a própria dinâmica do mercado de trabalho, reforçaram a tendência à agregação de novos profissionais na área da saúde. Observe-se que, desde a década de 50, a saúde deixou de ser campo de cuidado exclusivo do médico e tornou-se campo de ação para psicólogos, biólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, biomédicos, técnicos de diversas áreas, que disputam o cuidado aos pacientes e redimensionam o espaço de cada profissional na atenção, (Vecina Neto e Malik, 2007).

Somando-se a isso, desde a década de 90 a administração pública vem sendo influenciada pelo entendimento neoliberal de que se deve buscar a diminuição do Estado, e, portanto controlar gastos com pessoal. (Bresser Pereira, 1998).

⁶ Desde o início do século XX, observa-se uma busca contínua por novas drogas, equipamentos e soluções, por motivos diversos, que vão desde a melhoria da qualidade, lucratividade, aumento do potencial de salvar vidas, ou porque contribuem para aumento da qualidade de vida ou qualquer outra razão, lembrando que, na saúde, a existência da inovação não implica na substituição da tecnologia anterior. Portanto, ao se incorporar inovações tecnológicas na saúde, não se prescinde do trabalho humano, mas ao contrário, ele torna-se cada vez mais necessário e tornam os custos na saúde cada vez mais crescentes (Vecina Neto e Malik, 2007).

O governo Collor, já na década de 90, foi marcado por planos de demissão de pessoal e medidas de diminuição do tamanho da máquina estatal⁷.

A política de contenção de gastos com pessoal no serviço público continuou nos dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), sendo, o seu ápice, a promulgação, em 2000, da Lei de Responsabilidade Fiscal que disciplina todas as despesas do governo federal e dos governos estaduais e municipais, detalhando a regulação dos gastos com pessoal dos poderes executivo, legislativo e judiciário⁸

Nesse contexto, a saúde passou a adotar novas formas de contratação com inclusão de novos trabalhadores ao SUS, inclusive pela via da terceirização através de entidades privadas. Essas relações se caracterizam pela flexibilidade e precarização do vínculo e todas as conseqüências advindas desse fato. (Nogueira, 1999).

As demandas trazidas pela implantação do SUS criaram um campo fértil para a ênfase na flexibilização que pode ser geradora de descompromisso com o trabalho como podemos observar no texto de Vieira e Oliveira:

Entretanto, estas formas de vinculação com os serviços de saúde, apesar de ágeis sob o ponto de vista gerencial, apresentam desvantagens bastante relevantes como a perda de direitos trabalhistas, a rotatividade de profissionais, o incentivo ao descompromisso com a instituição e com a qualidade da assistência. (Vieira e Oliveira, 2001:7).

O que percebemos, portanto, é que a flexibilidade nos contratos de trabalho, custos altos, dificuldades na assistência são elementos que conformam a crise no SUS, estando evidentes, particularmente nas organizações hospitalares públicas, o que estimula e exige uma nova interação estratégica com o aparelho de Estado (Costa, Ribeiro e Silva, 2000).

Na assistência hospitalar, a terceirização tem sido uma alternativa bastante adotada, sendo comum, inclusive, que muitos profissionais médicos ou de outras categorias suspendam o seu vínculo com o Estado e se organizem em cooperativas que passam a se responsabilizar, através de contrato, pela prestação terceirizada dos serviços⁹.

⁷ Nogueira, op cit 2006.

⁸ ibidem

⁹ Nogueira, op cit 1999.

Para o Ministério da Saúde a precariedade do trabalho diz respeito à situação de desobediência às normas vigentes do direito administrativo e do direito do trabalho como, por exemplo, o acesso ao serviço público sem cumprimento da exigência constitucional de concurso público, e está relacionada com alguma irregularidade que se caracteriza como uma situação de desproteção social (Brasil, 2005).

A proposta do Ministério da Saúde, através do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, apresenta-se com a denominação de “Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS)” e visa à regularização da situação desses trabalhadores inseridos de forma irregular no sistema¹⁰.

A primeira ação do Ministério para a efetivação desse programa foi a criação de um Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS com a competência de elaborar políticas e formular diretrizes para a resolução de questões que envolvem a precarização do trabalho. Diante dessa situação, o próprio Ministério da Saúde reconhece a ausência do Estado na regulação das profissões, entendendo ser crítica a situação do setor Saúde¹¹.

Para Nogueira (2006) toda essa problemática que envolve os recursos humanos no SUS desenha a necessidade de estimular o setor saúde a entrar numa fase de re-regulação ou de pós-desregulação, e a reorganizar a estrutura de cargos e funções com a retomada gradativa do concurso público como via de incorporação de trabalhadores.

É no contexto de problemas para a consolidação do SUS e, muito particularmente, nas questões relacionadas à gestão do trabalho que surge o debate sobre a necessidade de adoção de novos modelos gerenciais para o SUS. A política adotada pelo governo do Estado de Sergipe privilegia a adoção do modelo de fundação estatal de direito privado, cuja implantação naquele Estado é objeto do presente estudo.

1.2 – Fundação Estatal – O debate no cenário nacional

Dentre as reformas que objetivaram aumentar a capacidade de governança do Estado – entendendo essa como a sua capacidade financeira e administrativa de transformar em realidade as decisões de governo – as que primeiro foram iniciadas,

¹⁰ Brasil op cit, 2005.

¹¹ ibidem

ainda nos anos 90, foram aquelas que tinham a intenção de garantir autonomia financeira ao Estado: ajuste fiscal e privatização (Bresser Pereira, 2005).

Para Azevedo (2005:55), muito particularmente no governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992), a reforma administrativa, enquanto eixo da reforma de Estado “caracterizou-se pela fragmentação e descoordenação, impondo-se corte de gastos, redução de funcionários e desestruturação dos serviços públicos”.

Essa autora nos diz que a reforma do Estado no Brasil tornou-se tema central a partir de 1995 no governo de Fernando Henrique Cardoso, tendo sido nesse período adotadas políticas voltadas para a estabilização da economia e o sucesso do Plano Real, o que favoreceu “*uma aceleração do programa de privatização de empresas estatais e a definição de uma agenda de Reforma do Aparelho do Estado*”¹².

Segundo Bresser Pereira, inicialmente as estratégias do governo de Fernando Henrique Cardoso de fazer a reforma administrativa não foram bem recebidas pela sociedade, porém no final dos anos 90, esse quadro se modificou:

*“A sua aprovação em 1998, porém foi acompanhada da convicção de que a reforma gerencial da administração pública é essencial, a curto prazo, para reduzir os custos dos Estados e completar o ajuste fiscal, e, a médio prazo, para tornar o Estado mais eficiente, mais efetivo, melhor capacitado para defender o patrimônio público, mais capaz de atender as demandas dos cidadãos a um custo compatível com as restrições econômicas impostas pelo dramático aumento da competição internacional envolvido no processo de globalização”*¹³.

Para Nogueira, o que se estabeleceu na década de 90 caminhou na contracorrente do que se consagrou na Constituição Federal com relação ao funcionalismo público. A Constituição definiu o Regime Jurídico Único (RJU) que buscava, segundo esse autor, uma maior isonomia de condições de trabalho e remuneratórias¹⁴.

O autor destaca que o contexto de mudanças impostas nos anos 90, com políticas voltadas para a demissibilidade do servidor por insuficiência de desempenho e incentivos à demissão voluntária, além de definição do estágio probatório de três anos para qualquer servidor ou empregado admitido, dentre outros fatores que afetaram a gestão e regulação do trabalho na administração pública, fomentaram “*um modelo bem mais fragmentário de vínculos de trabalho*”¹⁵.

¹² Azevedo, op cit, 2005:56.

¹³ Bresser Pereira, op cit 1998:45.

¹⁴ Nogueira, op cit 2006.

¹⁵ ibidem

Essa discussão não ficou distante da implantação do SUS. A política de redução de gastos, caracterizada por planos de demissão de pessoal e medidas de diminuição da máquina, apresentou-se como contraponto à necessidade crescente de ampliação do número de profissionais para a saúde¹⁶.

Segundo Costa, Ribeiro e Silva (2000), o cenário do final da década de 90 apresentou para o setor saúde a difusão de uma agenda de flexibilização administrativa e mudanças no padrão de práticas de gestão.

Esses autores destacam a existência de um leque de inovações na organização dos serviços de saúde e em particular nos hospitais. Detalhando essas inovações para os hospitais, os autores descrevem algumas formas de administração alternativas ao direito público:

*“• **fundações de apoio:** entidades privadas conveniadas, instauradas pelas direções das organizações públicas para permitir agilização na gestão de receitas complementares à dotação pública; aquisição e alienação de bens e patrimônio; remuneração complementar de funcionários e profissionais da administração regidos pelo RJU; contratação de recursos humanos; introdução de incentivos; implementação de obras e ampliação de infraestrutura etc.;*

*• **cooperativas de profissionais de médicos:** arranjos legalmente instituídos e que freqüentemente vendem serviços à rede pública.;*

*• **as organizações sociais:** entidades jurídicas formalizadas pelo projeto de Reforma da Administração Pública do governo federal de 1995 que inova a administração pública ao definir organizações sociais como entes públicos não-estatais criados para absorver atividades estatais “publicizáveis”, isto é, retiradas da administração direta, e administrar bens e equipamentos do Estado. São constituídas por associação civil sem fins lucrativos para a execução de atividades de interesse público, mas não de competência exclusiva do Estado, no ensino, pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde. (Costa, Ribeiro e Silva 2000:435, 436)*

Segundo Braga Neto, Barbosa e Santos (2008) a reorientação das ações e políticas no âmbito da assistência hospitalar, nas últimas décadas do século XX, tem suas raízes em dois eixos: o primeiro, voltado para a implementação de medidas de racionalização da oferta de serviços e de modernização da gestão dos serviços de saúde, sobretudo os hospitais, em resposta à preocupação com o controle dos gastos sanitários. O segundo, orientado para a formulação de um novo modelo de organização do cuidado à saúde que prevê a atenção básica, ao invés da assistência hospitalar, como o centro de um sistema integrado de serviços de saúde.

¹⁶ Nogueira, op cit 2006.

Para Ibañez e Vecina Neto (2007), a busca de alternativas para a gestão em saúde, em particular para os hospitais, é motivada pela busca de ampliação da eficiência.

Nesse contexto, intensificou-se no cenário da saúde pública, o debate de implantação de novos modelos de gestão, para enfrentamento de uma diversidade de problemas, dentre eles, a crise nos hospitais no estado do Rio de Janeiro que se agudizou em dezembro de 2004. (Barbosa, 2007). Somou-se a isso, o fato de que as fundações de apoio constituídas para apoiar a gestão de alguns hospitais do Ministério da Saúde vinham sendo legalmente questionadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) e Ministério Público (MP).

Segundo Barbosa (2007), esse contexto levou o então ministro da Saúde, Saraiva Felipe, a convidar a ENSP/Fiocruz para formular um novo modelo de gestão para os hospitais federais situados no Rio de Janeiro. Na origem, o projeto tinha como objetivo desenvolver um novo modelo de gestão para os hospitais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. A proposta original evoluiu e também envolveu o próprio Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) que passou a liderar todo o processo.

Naquele momento, estava clara a inadequação dos modelos autárquicos, centralizados e burocráticos. A proposta original para os hospitais federais do Rio de Janeiro ganhou consistência com grande embasamento técnico e jurídico a partir da *“formatação de um novo ente absolutamente público, estatal, exclusivamente para atendimento ao SUS, incorporando lógicas flexíveis, descentralizadas e ágeis na gestão”*¹⁷.

A partir desse amadurecimento da proposta, o MPOG decidiu ampliar o modelo para a área social, envolvendo dez setores do governo. Nesse contexto, foi elaborado um projeto de lei com base no modelo originalmente enviado para hospitais, mas que contemplava outras áreas como educação, saúde, ciência e tecnologia, desporto, turismo, dentre outras.¹⁸

Esse projeto foi elaborado a partir de estudos realizados no âmbito da Secretaria de Gestão do MPOG, e, iniciados em 2006, com o objetivo de *“identificar um formato institucional adequado às áreas do Estado que exercem atividades não-exclusivas e atuam em regime de concorrência com a livre iniciativa, necessitando de*

¹⁷ Barbosa, op cit 2007.

¹⁸ ibidem

um modelo dotado de maior autonomia e flexibilidade de gestão...”, tendo como foco inicial os hospitais federais do Rio de Janeiro ¹⁹(Brasil, 2007)

O projeto de lei complementar (PLC) 92/2007, encaminhado pelo Poder Executivo para o Congresso Nacional, define as áreas de atuação da Fundação Estatal, regulamentando o inciso XIX do Art. 37 da CF, parte final, porém não trata do disciplinamento do novo ente (Aragão et al, 2009).

O substitutivo ao PLC 92/2007, aprovado pela Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP) do Congresso Nacional, acrescentou dispositivos que disciplinam o funcionamento das fundações, inclusive definindo algumas especificidades, entre elas o contrato a ser firmado com o poder público que a criar²⁰.

O desafio de manter os hospitais como instituições públicas e, ao mesmo tempo, promover maior agilidade e efetividade no cumprimento do seu papel com melhor qualidade e sem desperdício de recursos, foi base para o surgimento da proposta de um modelo jurídico-institucional, que é na realidade a combinação de uma autarquia – com todas as vantagens que esse modelo tem em termos de descentralização administrativa, autonomia e agilidade na tomada de decisões operacionais – e uma empresa estatal – com agilidade e autonomia na gestão de pessoal, orçamentária, contábil e relacionada a compras e aquisições. Dessa combinação desenha-se a fundação estatal. (Pinto, Franco e Merhy, 2007).

Na visão do Governo, a fundação estatal é uma nova modalidade de descentralização administrativa inserida na administração pública indireta ao lado das empresas públicas e sociedades de economia mista, e, sujeita ao controle estatal para que a vontade do ente Público que a instituiu seja cumprida. A promessa que está vinculada ao projeto é que esse novo modelo jurídico tenha potencial para aperfeiçoar a gestão dos serviços públicos e melhorar o atendimento do Estado em áreas prioritariamente sociais²¹.

A fundação estatal de direito privado diferencia-se em alguns aspectos de outras entidades da sociedade civil que estabelecem relação de fomento e parceria com

¹⁹ O modelo de fundação estatal envolve, na verdade, mudanças em três dimensões: (i) jurídico-institucional, incluindo portanto alterações legais; (ii) Sistema de Gestão envolvendo um processo de contratualização; (iii) Gestão do Trabalho, propondo a contratação pelo regime CLTe Plano de Carreiras próprio – APRESENTAÇÃO Oficina de Trabalho Ministério da Saúde Brasília/DF – 19 de Setembro de 2006

²⁰ Aragão et al, op cit 2009.

²¹ Brasil, op cit 2007

o Estado, a exemplo das OS, OSCIP, os serviços sociais autônomos (SSA) e as fundações de apoio, que estão fora da esfera da administração estatal. O principal aspecto que a diferencia é a sua inserção na administração pública indireta e conseqüente submissão aos princípios da administração Pública²².

Barbosa (2009) entende que esse modelo pode trazer para o SUS a possibilidade de fazer uma gestão de sistema com respostas mais ágeis e eficientes que se traduz em processos administrativos mais flexíveis, regime de compras próprio, ainda que subordinado a regras mínimas da administração pública. Como tal, está sujeito às normas públicas para licitação e contratos, concurso público obrigatório para contratação de pessoal, e, proibição de acumulação de cargos²³.

Na área de gestão do trabalho, a Fundação pode desprecarizar o trabalho a partir da substituição dos trabalhadores com contratos temporários e dos trabalhadores das empresas terceirizadas, por trabalhadores que vierem a se submeter a concurso público para o preenchimento dos seus quadros de empregos, e a partir da criação da regra de pessoal para o futuro²⁴.

A autonomia de ação das fundações tem os seus limites delineados a partir do contrato de gestão. Esse se constituirá no instrumento de intermediação entre o órgão instituidor e as Fundações e descreverá os objetivos e metas a serem alcançadas para a produção e a qualidade dos serviços, possibilitando o monitoramento dos mesmos e dos gastos para a sua execução. *“O contrato de gestão gera uma cultura de resultados nos serviços de saúde, com maior responsabilização dos seus dirigentes e gestores de saúde”*²⁵.

O regime jurídico para contratação de pessoal das fundações é o previsto na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), observadas, no entanto, as restrições impostas aos órgãos e às entidades públicos, ainda que de direito privado, pelo art. 37 da Constituição²⁶. O projeto de Fundação Estatal, no que concerne à gestão do trabalho, prevê a criação de um plano de carreira, emprego e salários, ingresso por concurso público, regime de emprego celetista, sem a estabilidade prevista para o vínculo

²² Brasil, op cit 2007.

²³ ibidem

²⁴ Barbosa, op cit 2009

²⁵ ibidem

²⁶ Brasil op cit 2007.

estatutário, mas com o benefício do FGTS e acordo coletivo firmado em processos de negociação coletiva anual²⁷.

As Fundações Estatais também propõem um novo sistema de governança garantidor de controle interno e externo e pautado em uma composição colegiada dos órgãos de direção superior e administração: Conselho de Administração, Diretoria-Executiva, Conselho Fiscal e Conselho Consultivo Social²⁸.

O projeto das Fundações Estatais, na esfera nacional, aponta para novas perspectivas da administração pública no enfrentamento das dificuldades próprias da rigidez do regime da administração pública, propiciando autonomia, governabilidade e enfrentamento dos problemas no campo da gestão do trabalho, garantindo proteção social aos trabalhadores, melhores níveis de remuneração, possibilitando assim construir novas bases para realização do trabalho assistencial e gerencial e buscando o engajamento dos profissionais nas mudanças necessárias à efetivação e desenvolvimento do SUS.²⁹

Nesse debate, há algumas resistências formais, a exemplo do posicionamento do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Os argumentos de oposição à proposta, explanados pelo Presidente do CNS em debate ocorrido no mês de agosto de 2009 na ENSP/FIOCRUZ – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz – e relatado na RADIS – Revista do “Programa Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde” – nº. 86 de outubro de 2009, em artigo assinado por Katia Machado, são, em síntese:

- O modelo reproduz salários com lógica de mercado e por serviço, gerando mercantilização, desmotivação e desvinculação profissional;
- A fundação acaba com o arcabouço jurídico que garante a carreira única e de Estado como alicerce da equipe multiprofissional;
- Incertezas e dúvidas quanto à futura situação funcional dos trabalhadores que estarão nas fundações e que são RJU;
- A fundação é instrumento para que o setor privado se aproprie do Estado e para o aperfeiçoamento da privatização por grupos organizados
- A fundação representa a extinção do servidor público

²⁷ Brasil, op cit 2007

²⁸ ibidem

²⁹ Aragão et al, op cit 2009.

Enquanto não se encontra aprovada a lei complementar que deve regulamentar as áreas de atuação das fundações estatais de direito privado, estas devem seguir as regras do art. 62, parágrafo único do Código Civil e o Decreto-lei nº. 200/67. Esse decreto foi recepcionado pela Constituição Federal, enquanto não se regulamenta o assunto³⁰. No entanto, o modelo de Fundação Estatal vem sendo proposto em alguns estados, como Bahia, Pernambuco, Rio de Janeiro e também Sergipe.

³⁰

Aragão et al, op cit 2009.

2 – A MUDANÇA ORGANIZACIONAL EM QUESTÃO

Neste capítulo procuro trazer algumas reflexões sobre o modelo contextualista como moldura em que se dará a investigação aqui proposta. Tratarei o fenômeno organizacional à luz do referencial teórico da psicossociologia francesa, enfatizando a dimensão imaginária, intersubjetiva e grupal das organizações a partir do pensamento de Enriquez. Em seguida, buscando entender o vínculo subjetivo com o trabalho, são abordados alguns elementos da abordagem da psicodinâmica do trabalho a partir de Christophe Dejours.

2.1 – O modelo contextualista e a análise da mudança organizacional

Para fazer a análise proposta aqui usaremos a teoria do método contextualista, tendo como principal autor Andrew Pettigrew e que tem como foco de análise a investigação sobre a mudança organizacional com o olhar sobre o contexto, o conteúdo e o processo de mudança e suas interligações no tempo.

Sabemos que há pouco consenso em torno do conceito de mudança organizacional. No entanto, a maior parte dos autores apresenta como ponto comum a *“necessidade de planejamento da mudança, o seu caráter de resposta às demandas do meio, seu objetivo de aumento do desempenho organizacional, e a sua abrangência a vários componentes organizacionais”* (Bressan, 2004:3).

O entendimento aqui trazido sobre mudança organizacional é o apresentado por Wood Jr. a partir de Bressan (2004) que afirma ser essa *“qualquer transformação de natureza estrutural, estratégica, cultural, tecnológica, humana ou de qualquer outro componente, capaz de gerar impacto em parte ou no conjunto da organização”*³¹..

Pettigrew (1990) faz uma crítica aos métodos de pesquisa de mudança que adotam, como o foco de análise, um único evento ou um conjunto de episódios separados como se tivessem claros o início e o fim, limitados ao tempo instantâneo. O autor diz, ainda, que o foco da investigação está na mudança, *“a captura da realidade em vôo, e no estudo do processo a longo prazo, nos seus contextos, um retorno à imersão como principal método”*.

³¹ (Bressan, op cit 2004:3 idem)

O autor entende que, para apreender a mudança numa organização, há que se superar a tendência a ver esta como ahistórica, aprocessual e acontextual. Compreende que, para estudar a mudança numa instituição, há que se considerar, ainda, as interligações entre o contexto interno e o contexto externo, entre passado, presente e futuro e as ações, reações e interações dos diversos atores envolvidos na e com a organização³².

No contexto externo, o autor inclui o ambiente econômico, político e social em que a empresa ou instituição está localizada. O contexto interno refere-se às características estruturais, culturais e políticos da organização através do qual as idéias de mudança prosseguiram.

Pereira (1998) a partir de Pettigrew diz que a mudança nas organizações leva em consideração o contexto – por que mudar –, o conteúdo – o que mudar –, e, o processo – o como da mudança, formando um triângulo.

Quando interpreta o contexto interno, esse autor, citando Pettigrew, Ferlie e Mckee, refere-se à estrutura organizacional, aos padrões culturais e aos princípios políticos internos da instituição que indicaram os caminhos da mudança. Ainda citando esses autores, Pereira (1998) entende que o contexto externo, além de considerar o cenário social, econômico, político, refere-se ao cenário competitivo da instituição, o seu posicionamento mercadológico e a atuação dos principais atores que fazem interface com a organização e que podem influenciar no seu desempenho.

Na sua leitura de Pettigrew, esse autor entende que, para a análise do conteúdo da mudança, deve-se considerar “o que mudar”. Ou seja, quais os aspectos que precisam ser transformados e que são analisados em relação com o contexto interno e externo, e, ainda, em relação às áreas específicas de mudança que estão em estudo³³.

Quando se refere ao processo de mudança, Pettigrew (1990) refere-se às ações, reações e interações dos diversos atores envolvidos com a condução da mudança, levando em consideração seus interesses, ou seja, refere-se à dinâmica da mudança.

Segundo Pettigrew (1990), o método de investigação contextualista está fundamentado em níveis de análise verticais e horizontais sobre os fenômenos e suas interconexões através do tempo. Uma abordagem do nível vertical se refere às interdependências entre os níveis superior e inferior de análise, sobre os fenômenos, como por exemplo, o impacto de um contexto de mudança sócio-econômico sobre as

³² Pettigrew, op cit 1990.

³³ Pereira, op cit 1998.

características do contexto intraorganizacional e o comportamento dos grupos envolvidos. O nível horizontal refere-se à interdependência seqüencial entre os fenômenos no tempo histórico, presente e futuro.

O autor destaca como principais pontos do estudo contextualista: a importância de estudar a mudança no contexto em níveis interligados da análise; a importância de localizar a mudança no tempo passado, presente e futuro; a necessidade de explorar contexto e ação; e, a observação sobre a causalidade da mudança, a partir de uma perspectiva holística e multifacetada³⁴.

Quanto ao primeiro ponto, o autor alerta que, em curto prazo, as fontes de mudança podem refletir um padrão unidirecional, enquanto que no longo prazo, ela pode mostrar um padrão multidirecional.

Na sua explicação do segundo ponto Pettigrew (1990) argumenta que a história não é apenas um evento no passado, mas está viva no presente e pode moldar o futuro, e, portanto, pode haver caminhos mais profundos que o que se apresenta numa análise da estrutura e lógica subjacente. O autor alerta para os perigos do determinismo nessa análise histórica, e diz que as trajetórias de mudança são probabilísticas e incertas, pois estão relacionadas às mudanças de contextos.

Ao falar em contexto, o autor entende que este é mais que um ambiente de estímulo, e recomenda que seja entendido como “uma disposição aninhada de estruturas e processos” em que as interpretações subjetivas dos atores sobre eles contribuem para moldá-lo, preservá-lo ou alterá-lo. E por isso a importância de explorar contexto e ação³⁵.

Quanto ao último ponto apresentado, entendendo esse como um dos principais para uma análise contextualista, o autor parte do entendimento de que as mudanças têm causas múltiplas e devem ser explicadas por interações convergentes e interligadas³⁶.

Segundo Pettigrew (1985) o conhecimento não é descoberto por um simples processo de transmissão de informação. O conhecimento é criado através de um processo de fazer que considere o caráter situacional e multifacetado dos significados nos contextos da investigação, bem como o estudo holístico dos processos emergentes, em particular, e os contextos em mudança.

³⁴ Pettigrew, op cit 1990.

³⁵ ibidem

³⁶ ibidem

Para esse autor “*tempo se define como um quadro de referência para que as mudanças sejam vistas e explicadas*”, no tempo presente em relação ao passado e aos contextos emergentes, reconhecendo o papel das variáveis contextuais como influência do conteúdo e ritmo da mudança organizacional. Entende que “*sem dados longitudinais, é impossível identificar a dinâmica processual da mudança, a relação entre as forças de continuidade e mudança e, portanto, a ligação indissolúvel entre estrutura e processo*”³⁷.

Para a utilização do método contextualista em estudos de mudanças na organização, esse autor nos ensina que a chave para a análise reside no posicionamento e no estabelecimento de relações entre contexto, processo, conteúdo e resultado, ou seja, quais são os relacionamentos, se for o caso, entre variabilidade no contexto, a variabilidade do processo, e variabilidade no resultado³⁸.

O autor argumenta que são passos importantes para a investigação: a descrição do processo ou processos sob investigação – perguntando em que ponto do tempo começa e termina a investigação –; a exposição de qualquer variação ou constância entre os processos; a identificação dos níveis de análise no contexto e de algumas das categorias ou variáveis nos níveis de análise; a descrição e análise de qualquer variabilidade entre os contextos, através dos quais os processos estão se desenrolando; a construção dos critérios alternativos que podem ser usados para avaliar o resultado do processo em estudo³⁹.

2.2- A dimensão imaginária, intersubjetiva e grupal das organizações

Sob o impulso da psicossociologia de grupos e da sociologia das organizações, a organização deixou de ser olhada exclusivamente a partir de um ponto de vista racional e objetivo, no qual é comparada à máquina, e passou a ser vista como um sistema social e humano, animada por paixões e interesses, e que tem como foco de atenção central, não mais as suas engrenagens, mas o comando, as modalidades de cooperação, os tipos de conflitos (Enriquez, 1997).

Portanto, com foco nos ensinamentos de Enriquez (1997), a organização aqui será entendida como uma realidade viva, que deve ser tratada como sistema

³⁷ Pettigrew, op cit 1985.

³⁸ ibidem

³⁹ ibidem

simultaneamente cultural, simbólico e imaginário, na qual os sujeitos vivem seus desejos individuais e coletivos, projetam seus fantasmas, visam realizar os seus projetos e onde a vinculação dos sujeitos ao trabalho é fomentada de modo particular.

Quando se reporta ao sistema cultural, o autor se refere a uma estrutura de valores e de normas, uma maneira de pensar e um modo de apreensão do mundo que orientam a conduta dos sujeitos e que se cristalizam numa determinada cultura através de um processo de formação e de socialização dos diferentes atores a fim de que cada qual possa se definir em relação ao ideal proposto⁴⁰.

O autor afirma, ainda, que, com relação ao sistema simbólico, é vital para a organização, a instituição de ritos de iniciação, de passagem e de execução, a criação de heróis, mitos e de sagas que permearão a memória coletiva e servirão para sedimentar a ação dos seus membros, para dar um sentido às suas práticas e à sua vida, o que estabelece um controle sobre estes, ao mesmo tempo afetivo e intelectual.

Para a compreensão da organização como sistema imaginário, é preciso considerar a categoria de imaginário social. Para Enriquez, o imaginário social seria *“uma certa maneira de nos representar aquilo que somos, aquilo que queremos vir a ser, o que queremos fazer e em que tipo de sociedade ou organização desejamos intervir”*(Enriquez, 1994:57). Assim, segundo Azevedo (2007:4) o imaginário social/organizacional *“é um sistema de interpretação, de produção de sentido que surge na interação e encontra-se articulado ao desejo dos sujeitos”*. Deste modo, a organização como sistema imaginário compreende as representações psíquicas compartilhadas por seus membros sobre ela própria⁴¹.

Segundo Azevedo (2007:3) na abordagem psicossociológica *“a organização e o trabalho adquirem sentido para os indivíduos não somente por seus imaginários individuais, mas também por uma dinâmica psicossocial e a conformação de um imaginário social”*. Portanto,

*“... considerar a dimensão imaginária é compreender a complexa dinâmica entre os indivíduos e as organizações, entre os sujeitos e o coletivo, implicando uma outra perspectiva para analisar a cena organizacional, particularmente, quando pensamos situações de crise e processos de mudança”*⁴².

⁴⁰ Enriquez, op cit 1997.

⁴¹ ibidem

⁴² Azevedo, op cit 2007:5.

Através do imaginário, os sujeitos buscam fazer do real a expressão criativa de seus projetos e sonhos, e sua ligação à organização se dá, não somente por vínculos materiais, mas por vínculos afetivos e imaginários.

“Ele funda uma dinâmica criativa: sem imaginário não há projeto, não há utopia, nem mundo a construir”⁴³.

No entanto, Enriquez chama atenção que o imaginário não sustenta apenas movimentos criativos e de mudança. Ele pode também ser a base para o aprisionamento dos indivíduos, para a compulsão à repetição, para resistência à mudança. Assim, para o autor, existem duas formas de imaginário - o imaginário enganador ou enganoso e o imaginário motor - Enriquez (1997). Entende que o imaginário é enganador quando ele propicia um assujeitamento a um determinado projeto organizacional ou projeto de alguns grupos em uma organização, podendo gerar massificação, alienação e redução da capacidade reflexiva. Tal imaginário dificulta outras visões de mundo, outras referências, contribuindo para o empobrecimento dos questionamentos.

Para Enriquez (1997), por outro lado, o imaginário motor manifesta-se quando a organização permite às pessoas que se deixem levar pela sua imaginação criativa em seu trabalho, sem o sentimento de repressão decorrente de regras imperativas. Nessa perspectiva, entende o autor que o imaginário motor surge da categoria do diferenciado, favorecendo uma visão não monolítica do projeto comum. Tal imaginário tem por base os sonhos partilhados, sendo a raiz das utopias e práticas inovadoras. Nesse sentido, o imaginário motor é capaz de provocar uma subversão da ordem simbólica reinante⁴⁴. Assim, o imaginário motor admitiria:

“a expressão de desejos variados, possibilitando a experimentação e o pensamento questionador, sendo capaz de conviver com a mudança e ruptura, supondo portanto a cooperação como fruto do tratamento dos conflitos” (Azevedo, 2002:356)

Enriquez, (1997) afirma que, dentre os dois imaginários, tende a prevalecer nas organizações, o imaginário enganoso. O autor deixa claro que, embora para o desenvolvimento de uma organização seja necessária a emergência do imaginário

⁴³ Azevedo, op cit 2007:4.

⁴⁴ Enriquez, op cit 1994.

motor, ele tende a ser dominado pelo imaginário enganador, que garante a visão da organização como um grupo estabilizado, uma comunidade.

Para Azevedo (2007), nesse entremeio entre o imaginário enganoso e o imaginário motor está o dilema organizacional de favorecer uma identidade coletiva aos seus membros, suporte de sua existência e, o exercício da singularidade dos sujeitos.

Nessa direção, Enriquez convida-nos à reflexão sobre os fatores que favorecem o vínculo grupal e faz com que indivíduos se reúnam e funcionem como uma comunidade⁴⁵.

Para o autor, esses processos de identificação grupal, de constituição de vínculo ou laço ocorrem apoiados em um imaginário social comum que cria as bases para o projeto coletivo do grupo. Este terá, também, como alicerce, o sistema de valores interiorizado pelo conjunto de seus membros. O sentimento de pertencimento ao grupo e ao projeto induz a instituição de uma nova ordem nas organizações e propicia a mudança⁴⁶. Portanto, tratar a mudança organizacional a partir deste referencial é considerar que o projeto, para ser coletivo, deve favorecer a construção de um imaginário comum a ser partilhado pelos membros da organização.

Assim, como vem apontando Enriquez (1997), o vínculo grupal, o laço do indivíduo à organização decorre dos processos de identificação grupal a partir de um imaginário social comum que represente o projeto comum do grupo. Portanto, “participar de um projeto de futuro em comum implica sonhá-lo, supõe abrir espaço para a ilusão, possibilita recriar vínculos”⁴⁷.

Aprofundando as bases do funcionamento dos grupos, Enriquez (1997) afirma que este se ancora em três pilares: a idealização, a ilusão e a crença. Para ele é a idealização - o elemento que dá consistência, vigor e aura excepcional ao projeto e aos membros do grupo. A ilusão - entendida como um dispositivo simbólico de canalização dos desejos e de fuga dos questionamentos sobre o valor dos mesmos - se converte em um sistema de crença, porque crer permite a certeza e esvazia a questão da verdade. A idealização, a ilusão e a crença remetem à noção de uma causa a ser defendida. Assim, participar de um projeto de mudança envolve abrir espaço para tais processos subjetivos e grupais.

⁴⁵ Enriquez, op cit 1994.

⁴⁶ ibidem

⁴⁷ Azevedo, op cit 2007:5.

Para esse autor a idealização é o mecanismo central que permite a toda sociedade instaurar-se e manter-se e a todo indivíduo viver como um membro essencial desse conjunto, correndo um mínimo possível de riscos. Segundo Enriquez (1997), um ideal só pode ser um objeto, idealizado pelo sujeito, que o admira e o representa como algo maravilhoso. Este objeto idealizado deve ser capaz de mobilizar os sujeitos a produzir o mesmo sonho, a mesma ilusão.

Para Azevedo (2002:356) o contexto contemporâneo, muito particularmente na sociedade ocidental, é caracterizado *“por um déficit de ideais e referências, pelo abandono do discurso de emancipação, pela desregulamentação, pelo recrudescimento do domínio privado em detrimento do público, pelo enfraquecimento do laço social”*, entre outros elementos, o que desfavorece a conformação de processos identificatórios necessários às construções coletivas.

A compreensão do vínculo dos indivíduos com as organizações, a partir da abordagem da psicossociologia francesa, permite compreender a natureza complexa das questões que envolvem a construção de um projeto de mudança, realçando especialmente sua dimensão humana e intersubjetiva⁴⁸.

Nessa reflexão, o autor alerta para o conflito que os grupos e seus membros irão enfrentar, entre o reconhecimento do desejo e o desejo de reconhecimento. De um lado está a busca de cada sujeito em se fazer percebido, amado, ser aceito na sua diferença; e por outro lado, a busca por ser reconhecido como membro do grupo, de se identificar com seus pares, procurando a busca da “semelhança” e “igualdade”, a afiliação.

Tal conflito pode levar o grupo a dois caminhos: o da massa e da diferenciação. Para Enriquez (1997), no primeiro caso o que predomina é a identificação, a sobreposição do grupo sobre os sujeitos.

Não obstante o entendimento de que a idealização e a identificação na organização sejam necessárias para dar força ao projeto comum, um processo de idealização de massa onde o desejo de reconhecimento predomina, é denominado por Enriquez (1994) de doença da idealidade o que levaria à degradação da reflexão e da inventividade, à perda do ideal do eu na construção do ideal do grupo e à negação da autonomia dos sujeitos. Nessa direção, o grupo não tolera conflitos nem diversidade de condutas e, o seu aparecimento, é gerador de exclusão.

⁴⁸ Azevedo, op cit 2007.

Quando a direção tomada pelo grupo é da diferenciação, há uma tolerância de posições contrárias defendidas com clareza e obstinação e o que predomina é a concepção não monolítica do projeto comum. Nesse caminho, há maiores chances de promover a adesão, sendo o projeto resultado de “discussões sutis”, de negociações e argumentações contraditórias⁴⁹. A partir dessa compreensão, a cooperação nasce da expressão e do tratamento do conflito

Azevedo (2007:5) destaca a importância do líder neste processo a partir de uma perspectiva democrática norteada pelo direito de todos à palavra que gera “*possibilidade de representar vontades e desejos do grupo, permitindo, em algum nível, coesão e identificação*”. Corroborando a autora:

A aproximação da abordagem da intersubjetividade ao campo da gestão e das organizações possibilita, como estamos tentando mostrar, compreender outros elementos explicativos e produtores de efeitos na vida organizacional, particularmente para tratar as questões do trabalho em equipe, da cooperação, do trabalho gerencial, da conformação de projetos de mudança. É fundamental que os dirigentes compreendam as mediações intersubjetivas que se desenrolam no palco grupal⁵⁰.

A partir de uma perspectiva democrática, voltamos ao que pensa Enriquez (1997) sobre os processos de mudança. Para o autor, a mudança seria a ruptura com o que está instituído, propiciando a construção de um imaginário motor, ou seja, de um imaginário instituinte permeado por relações novas entre os sujeitos, os grupos, possibilitando o exercício de autonomia e construção de novas práticas.

Para que o imaginário abra seu caminho é necessário mobilizar um modo de pensamento imaginativo, metafórico, no qual as coisas e os seus contrários possam ser considerados⁵¹.

A partir da leitura psicossociológica, os processos de mudança apóiam-se no favorecimento à circulação da palavra e autonomia dos sujeitos e na possibilidade de construção de outros imaginários na organização que possam abrir brechas no imaginário dominante.

Voltando à questão central do nosso estudo após percorrer o trajeto teórico aqui construído, queremos investigar as possibilidades e limites do projeto de fundações estatais, a partir da implantação da Fundação Hospitalar de Saúde, se constituir como um contexto favorável à construção de um imaginário social de mudanças, de criar condições para construção de novos vínculos com o trabalho e com o hospital a partir,

⁴⁹ Enriquez, op cit 1997.

⁵⁰ Azevedo, op cit 2007:5.

⁵¹ Enriquez, op cit 1994.

tanto de uma ancoragem objetiva – constituição de vínculo formal de trabalho, acesso a direitos trabalhistas, melhores condições remuneratórias e de carreira –, como também subjetiva, propiciando maior investimento psíquico dos trabalhadores, maior responsabilidade sobre o trabalho.

Para Azevedo (2005), o imaginário enganoso que está presente nas organizações públicas é:

“constituído em um contexto de reconhecimento negativo de desvalorização do serviço público e de seus funcionários, de precarização das condições de trabalho, da remuneração e dos vínculos,(...) é “perpassado pelo domínio da impotência, da descrença, da impossibilidade da mudança, determinando apatia e conformismo e tendo repercussões éticas na relação entre os trabalhadores e com os pacientes”⁵².

Em sua compreensão esse imaginário dominante “vem corroendo o imaginário do Movimento Sanitário, dos gestores/profissionais/intelectuais”⁵³.

O presente estudo pretende examinar se o projeto em análise tem tido potência e condições para construção de um outro imaginário que favoreça o vínculo e crença no projeto da reforma sanitária, que propicie a construção de uma nova moldura para o trabalho e de um imaginário de mudança para os sujeitos, podendo potencializar transformações na cultura organizacional hospitalar.

Para examinar o vínculo subjetivo com o trabalho, alguns pontos da abordagem da psicodinâmica do trabalho de Cristophe Dejours, são aqui considerados.

Dejours (2008) estuda as relações entre o homem e o trabalho, analisando se as tarefas que o trabalhador executa, propicia uma canalização apropriada a sua energia psíquica, reportando-se à relação entre aparelho psíquico e trabalho, ou seja, o quanto a tarefa exige de atividades psíquicas, fantasmáticas e psicomotoras.

O autor alerta que o trabalho se torna perigoso para o aparelho psíquico quando se opõe à sua livre atividade e afirma que o bem estar, em matéria psíquica, diferentemente do que ocorre com a carga física do trabalho, não advém só da ausência de atividade, mas, ao contrário, de uma liberdade na organização desta. Corrobora que o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza⁵⁴.

Afirmando que no cômputo da carga geral do trabalho é a carga psíquica que tem mais peso, o autor chama a atenção para o fato de que a carga psíquica do trabalho

⁵² Azevedo, op cit 2005:6.

⁵³ ibidem

⁵⁴ Dejours, op cit 2008.

umenta quando a liberdade de organização do trabalho diminui e quando não é mais possível um arranjo nessa organização do trabalho pelo trabalhador. Assim, o seu sistema psíquico pode ser afetado, abrindo-se ao domínio do sofrimento⁵⁵. Segundo Dejours (2008), o sofrimento no trabalho não é revelado diretamente. O autor ensina que para enfrentar os dois sofrimentos cardeais do trabalho – o medo e o tédio – os trabalhadores elaboram procedimentos defensivos como forma de resistir às agressões de determinadas formas de organização do trabalho.

Reconhecendo o conflito entre organização do trabalho e funcionamento psíquico como fonte de sofrimento, entende o autor que esse conflito é, ao mesmo tempo, a chave de sua possibilidade de análise. Para ele, as vivências de sofrimento não são reveladas diretamente. Elas se manifestam a partir de procedimentos defensivos. São, na verdade, sistemas defensivos de adaptação a situações que podem causar sofrimento psíquico relacionado ao trabalho⁵⁶.

As estratégias coletivas de defesa contra o sofrimento no trabalho têm um papel paradoxal. Elas não têm apenas um impacto no funcionamento psíquico singular, mas também uma função para os coletivos de trabalho, na sua coesão. Por outro lado, se as defesas contra o sofrimento no trabalho permitem aos trabalhadores não enlouquecer, apesar de todas as pressões que enfrentam no trabalho, elas também podem gerar insensibilidade contra aquilo que gera sofrimento. Sá (2009) aponta que tais mecanismos defensivos podem tornar aceitáveis condutas eticamente questionáveis. São exemplos no âmbito dos serviços de saúde a negação de situações adversas, a apatia ou indiferença com relação ao sofrimento alheio e, também, certos modos ou rotinas de organização do trabalho contrárias à qualidade do cuidado⁵⁷. Tal problemática impõe grandes desafios e restrições para a construção de mudança nas práticas.

Para Dejours (2008), há uma contradição entre o trabalho real e o trabalho prescrito, já que a organização do trabalho real implica no afastamento das prescrições para dar início à atividade de interpretação e criação. O autor destaca também que é impossível prescrever a mobilização psíquica necessária à cooperação dos indivíduos no trabalho.

⁵⁵ Dejours, op cit 2008.

⁵⁶ ibidem

⁵⁷ Sá ,op cit 2009.

Considerando que essa mobilização subjetiva é extremamente frágil, entende o autor que em contrapartida à cooperação no trabalho, o indivíduo espera uma retribuição, fundamentalmente de natureza simbólica, que é o reconhecimento⁵⁸.

Segundo o autor “o reconhecimento é proposição fundamental da psicodinâmica da cooperação e tem dois sentidos: o de constatação dessa contribuição da pessoa e reconhecimento no sentido de gratidão”⁵⁹. Entende que o reconhecimento passa por julgamentos sobre o trabalho enquadrados como “de utilidade”, quando proferido pela chefia ou pelo cliente e o julgamento de estética, proferido pelos pares ou colegas da equipe. Essa retribuição simbólica pode ganhar sentido em relação às expectativas subjetivas e a realização pessoal, ou seja a conquista da identidade no trabalho⁶⁰.

Portanto, a dinâmica do reconhecimento transforma o sofrimento em prazer e a sua ausência pode levar os indivíduos a engajar-se em estratégias defensivas que podem levar a consequências desastrosas no trabalho. O que está em jogo é um comprometimento pessoal mais duradouro no trabalho, sendo que um dos elementos essenciais para sua produção é o reconhecimento social⁶¹.

Para avaliar a repercussão do processo de implementação da Fundação Hospitalar junto aos principais atores/sujeitos implicados no HUSE, sobretudo no que tange aos aspectos relativos à gestão do trabalho, vamos considerar as dimensões do sofrimento e do prazer no trabalho e a dinâmica do reconhecimento, tendo como referência a abordagem aqui trabalhada à luz da psicodinâmica do trabalho.

Voltando ao foco do presente estudo, a partir do referencial aqui apresentado, questiono: O que vem sendo implementado com a Fundação Hospitalar de Saúde? Quais as inovações trazidas, no âmbito da gestão do trabalho, e o que isso favorece para a construção de novos vínculos com o trabalho e com o hospital?

A utilização do arcabouço apresentado pelo modelo contextualista visa descrever e analisar quais as variáveis contextuais importantes, qual a dinâmica do processo de mudança a partir da apreensão da interrelação entre os contextos, propostas e condução desse processo, e a partir de uma interrelação com os elementos presentes na abordagem psicossociológica, no que diz respeito ao exame da interpretação dos

⁵⁸ Dejours, op cit 2008.

⁵⁹ ibidem

⁶⁰ ibidem

⁶¹ ibidem

atores envolvidos sobre o processo de construção do projeto em análise e dos sentidos sobre a mudança para os sujeitos.

As duas abordagens – contextualista e psicossociológica – são complementares, na medida em que essa última acrescenta à abordagem contextualista uma perspectiva de análise no nível micro. A psicossociologia traz o referencial necessário à análise do processo de mudança no que se refere ao sentido que este tem para os sujeitos, o seu impacto, suas interações a partir do imaginário explicado acima.

Algumas considerações cabem aqui no que se refere ao escopo do estudo e o interstício pequeno de tempo de implantação do projeto de reformas no HUSE. A nossa análise teve um recorte de tempo limitado a partir de 2007 quando entendemos começou de fato esse processo de implantação de mudanças, muito particularmente, no âmbito da gestão do trabalho.

3 — CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo, serão explicitados os caminhos metodológicos percorridos, os objetivos da pesquisa e os procedimentos utilizados para a obtenção das respostas demandadas no exame do objeto em estudo. O pano de fundo para a análise aqui pretendida é o referencial teórico da psicossociologia francesa e o arcabouço utilizado para a análise dos dados é trazido pelo modelo contextualista à luz dos ensinamentos de Andrew Pettigrew.

3.1 – Natureza da pesquisa

O presente estudo adotou a abordagem qualitativa, caracterizando-se como um estudo de caso.

“Estudo de caso é uma estratégia de investigação qualitativa para aprofundar o como e o porquê de alguma situação ou episódio, frente à qual o avaliador tem pouco controle” (Minayo et al, 2005:93).

Para as autoras, o estudo de caso, no âmbito da investigação avaliativa, consiste em apresentar ou esclarecer o porquê e o como de determinada decisão ou conjunto de decisões. Sobre o assunto, esclarecem:

“Objetiva, também, evidenciar ligações causais entre intervenções e situações de vida real; bem como ressaltar o contexto em que uma intervenção ocorreu. Além disto, visa a demonstrar o rumo de uma intervenção em curso e como modificá-la”⁶².

Para se delinear um estudo de caso como estratégia no âmbito da investigação qualitativa, a observância de algumas questões deve ser ponto central. Tais questões são:

“definição do foco de análise, o como e o porquê de determinado problema, formulação de proposições especificamente orientadas para os vários aspectos em estudo, determinação da unidade de análise, esclarecimento da

⁶² Minayo et al op cit , 2005:93.

*lógica entre as várias proposições e estabelecimento de critérios para a interpretação dos dados*⁶³.

Segundo Turato (2005:509), para entender a metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, “*segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas*”, entendendo que esse tem função estruturante já que as pessoas se organizam em torno do que as coisas significam.

Para esse autor o pesquisador qualitativista pretende conhecer a fundo as ocorrências com as pessoas, suas vivências e representações sobre essas experiências de vida⁶⁴.

Na mesma direção, Minayo (2004) entende a pesquisa qualitativa como aquela capaz de incorporar à análise, não somente a questão do significado, mas da intencionalidade dos atos, relações e estruturas sociais.

Um trabalho de investigação que considere os aspectos mais profundos das relações sociais não pode retratá-los em números e variáveis, diferentemente de outros métodos científicos⁶⁵.

Afirmando que o positivismo sociológico apenas reconhece como ciência a atividade objetiva, Minayo (2005) corrobora que a questão qualitativa é entendida de outro modo pela Sociologia Compreensiva. Argumentando que, para a análise sociológica o conceito de significado é central, Minayo (2005:11) diz que, em contraposição ao positivismo, “*a Sociologia Compreensiva propõe a subjetividade como fundante do sentido, constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo*”.

O método qualitativo tem a finalidade não só de atender a certas demandas, mas, principalmente, de criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, no sentido de falar de uma ordem que é invisível ao olhar comum. Por esse motivo dois conceitos ganham força na sua utilização: a teoria e o processo⁶⁶. Turato (2005) apresenta algumas características dos métodos qualitativos, quais sejam: (a) o pesquisador volta-se para a busca do significado das coisas, porque este tem um papel organizador nos seres humanos; (b) o campo de observação da pesquisa é o ambiente

⁶³ Minayo, Assis e Souza, op cit 2005.

⁶⁴ Turato, op cit 2005.

⁶⁵ Minayo et al op cit 2005.

⁶⁶ Turato, op cit 2005.

natural do sujeito; (c) o pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa, e usa diretamente seus órgãos do sentido para apreender os objetos em estudo; (d) a observação acurada dos sujeitos e sua escuta em profundidade tendem a levar o pesquisador bem próximo da essência da questão em estudo, dando mais foco no rigor na validade dos dados coletados; (e) a generalização se torna possível a partir dos pressupostos iniciais revistos.

Ao apresentar a definição do método clínico-qualitativo, o autor afirma ser esse “*uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das Ciências Humanas, porém voltado especificamente para os settings das vivências em saúde*” Nessa abordagem o pesquisador utiliza-se de determinados referenciais teóricos para redação de seu projeto e para a discussão dos resultados⁶⁷. Para o autor:

“Todo o empreendimento deve ser sustentado por três pilares, que funcionam como características demarcadoras e consistem das seguintes atitudes: existencialista, clínica e psicanalítica. Essas propiciam, respectivamente: uma postura de acolhida das angústias e ansiedades inerentes do ser humano; uma aproximação própria de quem habitualmente já trabalha na ajuda terapêutica; e a escuta e a valorização dos aspectos psicodinâmicos mobilizados sobretudo na relação afetiva e direta com os sujeitos sob estudo”⁶⁸.

No caso desse estudo, além de utilizar uma abordagem qualitativa, lancei mão da abordagem clínica, considerando a perspectiva psicossociológica. Nessa perspectiva a organização é entendida como realidade viva, constituída por um sistema dinâmico, cultural, simbólico e imaginário, enfatizando a sua dimensão intersubjetiva e grupal.

A abordagem clínica da organização, que se volta para a descrição de processos e de sua análise, vai se construindo “em volta de uma interrogação bem maior concernente às relações dinâmicas entre organização e produção de sentido” (Lévy, 2001:15).

Segundo Lévy (2001: 15-16), em seus estudos sobre discursos organizacionais, constatou-se que as graves dificuldades nas organizações traduziam, sobretudo, divisões internas a respeito do sistema simbólico que dava seu sentido à organização, suas metas e sua utilidade social. O que era vivido como crise da organização era, de fato, uma crise do sentido.

Para Lévy (2001) a questão do sentido é elemento determinante da clínica social, aplicada especialmente às organizações. Assim,

⁶⁷ Turato, op cit 2005:510

⁶⁸ Turato, op cit 2005:510.

“ não há organização sem produção de sentido; mas também o excesso de sentido mata a invenção, a imaginação, a criatividade, sem estas ela definha (...) Ela deve constantemente compor com a ameaça permanente de uma crise maior de suas significações centrais, sobre as quais repousa a legitimidade das regras e das prescrições, que continuam a suscitar a adesão, a despeito das renúncias e das restrições à liberdade individual que elas impõem(...)”⁶⁹.

Criticando formas de abordagem que considera as falas dos sujeitos tomando-as como um objeto de análise isolado, clivado, Lévy (1994) chama a atenção de que ao se observar os diferentes discursos e diferentes maneiras de se representar a organização, deve-se vê-los sob pontos de vista divergentes, mas complementares, com pressupostos igualmente divergentes, mas potencialmente articuláveis, fugindo da tendência equivocada do discurso único e homogêneo.

A partir desse olhar, no presente estudo os discursos dos entrevistados são considerados e analisados, mesmo quando são divergentes. As articulações entre os discursos e os processos atualizam o contexto da organização.

3.2 – Objetivos

O presente estudo apresenta como objetivo geral:

- Analisar a implementação da FHS, no âmbito da gestão do trabalho, e sua influência no processo de mudança organizacional do HUSE.

São objetivos específicos:

- (a) Descrever o contexto histórico do SUS do Estado de Sergipe, em particular da assistência hospitalar, e o surgimento da Fundação Estatal;
- (b) Analisar os problemas de gestão, e particularmente da gestão do trabalho, no HUSE;
- (c) Analisar a proposta da FHS em implantação no Estado, com foco nas inovações introduzidas no âmbito da gestão do trabalho;

⁶⁹ Lévy, *op cit* 2001: 16.

(d) Avaliar o processo de implementação da FHS e o processo de mudança organizacional do HUSE, considerando a proposta de sua criação no que diz respeito à gestão do trabalho;

(e) Avaliar a repercussão do processo de implementação da Fundação Hospitalar junto aos principais atores implicados no HUSE, sobretudo no que tange aos aspectos relativos à gestão do trabalho.

3.3 – Descrição do método

Para realizar a presente investigação e alcançar os objetivos propostos, foi desenhado um percurso metodológico, o qual utilizou mais de uma estratégia de investigação, uma vez que, deste modo, possibilitou-se uma compreensão maior dos processos ali presentes. Nessa pesquisa foram utilizadas como estratégias: a análise documental, a entrevista e o grupo focal.

No tocante aos objetivos “a”, “b” e “c”, as técnicas de investigação tiveram sua centralidade na análise documental, - visando à caracterização do modelo de fundação estatal em fase de implantação, identificação dos problemas e estratégias de gestão do trabalho em implementação, e, o entendimento do contexto histórico local, onde essas políticas se desenvolvem -, e em revisão bibliográfica para caracterização dos marcos teórico-conceituais do modelo de fundação estatal.

A utilização de documentos na pesquisa social constitui-se em uma fonte extremamente preciosa para o pesquisador, pois possibilita reconstruções nem sempre possíveis para a memória e permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social (Cellard, 2008).

Para empreender uma pesquisa documental deve-se esgotar todas as pistas capazes de fornecer informações interessantes⁷⁰.

A partir desse pressuposto, a análise documental teve como ponto de partida o estudo do conteúdo do Relatório de Auditoria Interna na área de Recursos Humanos realizada no HUSE, datado de 05 de maio de 2008, que apontou diversos problemas de gestão do trabalho no HUSE. Após esse, outros documentos que trazem a discussão da criação da Fundação Estatal de direito privado no âmbito estadual foram analisados:

- Lei estadual 6347 de 03 de janeiro de 2008, que criou a FHS;

⁷⁰ Cellard, op cit 2008.

- Lei estadual 6345 de 02 janeiro de 2008 que dispõe sobre a organização e o funcionamento do SUS no Estado;
- Decreto 25389 de 01 de julho de 2008, que aprovou o estatuto da FHS;
- Ata da reunião de criação da Fundação Hospitalar de Saúde;
- Projeto Básico do curso de gestão hospitalar, 2007;
- Lei 6613 do quadro especial da SES disponibilizado para as fundações;
- Projeto Básico do Convênio celebrado entre a SES-SE e a UNIFESP;
- Sistema de carreiras da FHS – PECS;
- Relações de trabalho da FHS – Contratos e cessões;
- Documento-guia para elaboração do protocolo de Relações de trabalho/acordo coletivo de trabalho das Fundações;
- Exposição de motivos – apresentação do Projeto de regulamentação das Fundações Estatais de direito privado ao Governador do Estado;
- Contrato estatal de serviços – plano de trabalho;
- Projeto de Organização da Política da Atenção Hospitalar do Estado

Esses documentos foram selecionados, para a análise, pelo fato de definirem os aspectos objetivos da proposta de gestão do trabalho presentes no projeto Fundação Estatal. A análise desses documentos consistiu em fazer a relação das propostas ali contidas com os problemas da gestão do trabalho apontados no relatório da auditoria e apontar categorias e indicadores para a interpretação do processo de implantação. Essa relação entre proposta e problemas foi complementada por falas dos entrevistados.

Ainda a partir da análise documental em articulação com as falas dos entrevistados, foi descrito o contexto da SES e da rede hospitalar de Sergipe, além de uma breve caracterização do HUSE.

Quanto ao objetivo “d”, a partir da análise documental foram identificadas e analisadas algumas categorias e indicadores relativos à gestão do trabalho que expressam diferentes dimensões críticas e que serviram de parâmetros de avaliação do processo de implantação. Após a identificação das categorias e indicadores, foram realizadas entrevistas com atores institucionais e externos para a caracterização dos elementos de mudança propostos e já visíveis em contraponto á realidade anterior.

No tocante ao objetivo “e”, além da revisão bibliográfica para apresentação de uma matriz teórica de análise, foi utilizada técnica de entrevista, visando analisar as percepções dos diversos atores institucionais e externos, além de grupo focal com

trabalhadores do HUSE para apreensão das percepções sobre o processo de implementação da FHS.

Num primeiro momento, foi feita uma abordagem teórica, com foco no modelo das fundações estatais a partir de documentos oficiais, entrevistas, artigos voltados para o tema. Nessa abordagem, procuro apresentar alguns problemas e tendências da gestão do trabalho no processo de implementação do SUS, a demanda de novos modelos de gestão e o surgimento do projeto de fundações estatais, no contexto nacional e local.

Neste estudo, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com atores-chave selecionados a partir da sua participação em diversos níveis na implantação do modelo de reforma. Inicialmente estava planejada a inserção de atores institucionais – 02 (dois) gestores da FHS, 03 (três) gestores do HUSE – e, atores externos – 02 (dois), sendo 01 (um) representante de entidade da sociedade civil e 01 (um) consultor que trabalhou na elaboração do projeto de reforma estadual. Por dificuldades que se impuseram no decorrer do estudo, muito particularmente com relação ao fator tempo, optamos por entrevistar 02 (dois) gestores da FHS, 01 (um) gestor do HUSE e 01 (um) ator externo. Esse último foi escolhido por ter prestado serviços de consultoria na elaboração e implantação do projeto de fundações estatais.

A entrevista semi-estruturada e não-estruturada diferem apenas em grau, já que “nenhuma interação, para finalidade de pesquisa, se coloca de forma totalmente aberta”. A entrevista semi-estruturada parte de um roteiro e consiste em “enumerar as questões que o pesquisador quer abordar no campo⁷¹. Assim, a partir desse entendimento, foram elaborados previamente os roteiros com o objetivo de dar uma direcionalidade às entrevistas semi-estruturadas, e, contendo questões abertas para garantir a emergência dos pontos de vista dos interlocutores sobre o processo de implantação da fundação estatal, a constituição e implementação de uma nova política de gestão do trabalho.

O roteiro de entrevista visa apreender o ponto de vista dos atores, constituindo-se em um instrumento orientador de uma “conversa com finalidade”, devendo ser ferramenta facilitadora “abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”⁷².

⁷¹ Minayo, op cit 2004:121.

⁷² Minayo, op cit 2004:99.

Os roteiros (Anexo 01) utilizados trouxeram questões voltadas para o delineamento do objeto de maneira a garantir o fluir da comunicação necessária à investigação.

Foram realizados, também, 02 (dois) grupos focais com trabalhadores do HUSE. Para a seleção dos sujeitos da pesquisa a participarem do grupo focal, havia uma definição prévia para realização através de um sorteio em setores do hospital definidos anteriormente. Em primeiro lugar, a nossa escolha se voltou para o pronto-socorro adulto e infantil, por se constituírem em porta de entrada do hospital. Em seguida, incluímos profissionais do centro cirúrgico pela importância desse setor na resolutividade dos casos atendidos no hospital. Finalmente, trouxemos para o sorteio os profissionais do setor de internação, considerando que aí se encontram as enfermarias cirúrgica e clínica, constituindo-se, portanto em ambientes que assumem grande importância no cuidado ao usuário.

Para o sorteio dos profissionais optamos pela inclusão de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem pelo papel de relevância destes profissionais no cuidado ao usuário. Definimos como critérios de seleção que esses profissionais deveriam ser tanto do quadro estatutário, quanto do quadro de contratados temporariamente, e nesse último caso, desde que há mais de um ano prestando serviço no hospital;

Encontramos dificuldades de seguir os critérios definidos para a constituição dos grupos, já que o momento em que esses se realizaram era a semana de adesão ou não dos trabalhadores às Fundações com uma nova definição de jornadas de trabalho e remunerações. No momento em que chegamos ao hospital para a formação dos grupos encontramos representantes dos sindicatos, recolhendo assinaturas de não adesão dos trabalhadores da área de enfermagem e um ambiente bastante tumultuado com choros, dúvidas e muita ansiedade. As pessoas negavam-se a participar do grupo focal em função do tema.

Outro fator que se constituiu como dificultador foi a própria dinâmica do hospital, e, com mais intensidade nos setores eleitos para a pesquisa. A dinâmica do pronto-socorro impediu o afastamento dos trabalhadores do setor, principalmente da categoria médica. Os profissionais do centro cirúrgico não puderam se afastar em decorrência das constantes intervenções longas e delicadas que ali ocorrem. Para que pudessemos realizar os dois grupos redefinimos os setores que participariam do mesmo. Com relação às categorias profissionais, houve uma maior dificuldade de participação

da categoria médica, mesmo com o esforço de ouvi-la no final de semana, isso não foi possível, pois os profissionais alegavam não poder se afastar do setor.

Uma outra questão por mim observada – e que pode de alguma maneira ter influenciado os resultados, inclusive no que se refere a questões ligadas à própria valorização da regularização do vínculo, do acesso à proteção social que o projeto traz – é que, pelas dificuldades do trabalho de campo, aqui já colocadas, como a que envolve o momento organizacional difícil somadas à priorização nos critérios de escolha de pessoas com vínculos de mais de um ano, tivemos pouca presença entre os profissionais entrevistados, daqueles com vínculos temporários.

Na formação do grupo 1, contamos com funcionários do pronto-socorro (1), do setor de internação (2), da UTI (3) e da UTQ (2). Esse grupo foi constituído por 3 enfermeiras e 5 técnicas de enfermagem.

Para formação do grupo 2, contamos com contamos com funcionários do setor de internação (1), da UTI (3) e da UTQ (2). Esse grupo foi constituído por 3 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem e 1 médica.

Os grupos focais foram direcionados por três temáticas:

- O processo de implementação da FHS e o processo de mudança organizacional do HUSE;
- Processo de trabalho e as relações interpessoais entre trabalhadores e com os gestores no cotidiano;
- Gestão do trabalho e relações trabalhistas.

Essas temáticas foram colocadas pela mediadora, a pesquisadora principal e contou com uma pessoa na função de observadora.

O início do trabalho no campo foi precedido de autorização dos Comitês de Ética da Ensp/Fiocruz e do HUSE, e da Diretora Geral da FHS. Antes do início de cada entrevista foram explicitados os objetivos da pesquisa e as estratégias de investigação da mesma.

O momento de chegada ao HUSE foi marcado por uma tensão, por se tratar da semana em que se encerraria o prazo para a adesão dos profissionais ao quadro especial, optando ou não em continuar no hospital. Causou, em mim, ansiedade a dificuldade do acesso aos profissionais, particularmente médicos. Gerou-me ainda, certo impacto, ouvir as visões dominantes desfavoráveis a proposta da fundação estatal, o que trouxe

efeitos na condução do próprio processo do grupo focal, sentindo-me mobilizada para tentar esclarecer ao entrar em contato com a desinformação sobre a proposta. Essa interação do pesquisador e do pesquisado, característica da abordagem clínica, não se constitui em obstáculo para a pesquisa. Pelo contrário, a relação estabelecida durante a discussão dos grupos se caracteriza também pela troca de afetos. A pesquisadora sentiu-se afetada pelos sentidos, sentimentos e visões que foram se constituindo naquele contato.

3.4 – A análise

A análise dos dados efetivou-se, em um primeiro momento, por uma leitura cuidadosa dos documentos selecionados. Após a leitura, descrevi o contexto, lócus da investigação e defini indicadores e categorias relacionadas aos problemas de gestão do trabalho e ao desenho da proposta atual da dessa área na FHS. Em seguida foi elaborado um quadro com essas categorias que foi complementado por informações trazidas nas entrevistas transcritas. Os entrevistados serão denominados de Gestor 1, Gestor 2, Gestor 3 e Ator-Chave 4.

O arcabouço utilizado para a análise foi o modelo contextualista de Pettigrew que leva em consideração o contexto - por que mudou -, o conteúdo - o que mudou -, e, o processo - como mudou. O pano de fundo da análise foi constituído pelos referenciais teóricos e conceituais da psicossociologia francesa, observando a ressonância destes sobre as falas dos indivíduos e dos grupos.

Assim, a análise do material empírico coletado consistiu em desenhar o contexto histórico a partir de 2007 e o conteúdo da mudança em curso, e, apreender as imagens, sentidos e representações atribuídos ao processo de implantação, tendo como parâmetros as questões colocadas na introdução do presente estudo.

3.5 – A implicação com o objeto

A FHS está plenamente inserida num contexto de reformas mais abrangentes da SES de Sergipe. A escolha do tema para a pesquisa se deu pela minha inserção como membro da equipe gestora da Secretaria de Estado da Saúde, desde o início do ano de 2007, o que possibilitou a minha participação nas discussões do processo de reformas implantado no Estado.

A inserção da aluna no contexto do SUS/SE teve início em 2002. No mês de setembro do referido ano, iniciei as minhas atividades na área de Saúde Mental do município de Aracaju, capital do estado de Sergipe. Naquele momento, participei da implantação da rede de Serviços Substitutivos como gestora e membro do Colegiado Gestor de Saúde Mental, participando desse grupo até o final de 2006.

No início de 2007, somando-me à equipe da Escola Técnica do SUS de Sergipe (ETSUS/SE), passei a constituir a equipe pedagógica de educação permanente. Desde 2002, a minha trajetória profissional foi trilhada na construção de um processo de reforma sanitária e, mais recentemente, porém não menos implicada, com a área da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Essa caminhada me conduziu à condição de membro da diretoria executiva de uma das fundações criadas – a Fundação Estadual de Saúde (FUNESA) – o que me permite acompanhar de perto o trabalho de implantação das reformas gerenciais na SES.

A escolha da FHS e do HUSE como campo da investigação se deu pelo interesse com a problemática da assistência hospitalar, e, em particular, com as questões ligadas à gestão do trabalho.

Em 2007, representando a ETSUS/SE, participei do curso de aperfeiçoamento em gestão hospitalar com trabalhadores dos hospitais do Estado e do HUSE. As minhas reflexões e indagações sobre os problemas e dificuldades vivenciadas pelos gestores da rede hospitalar do estado foram suficientes para provocar a inquietação necessária ao desenvolvimento do presente tema.

Essa implicação do pesquisador/sujeito em seu objeto constitui-se em instrumento privilegiado de análise, na medida em que o pesquisador traz o desejo de entender o sentido da sua própria vivência como ator social numa prática institucional, intermediado pelos orientadores da instituição de ensino, como dispositivo pedagógico potencial para a efetivação da análise (Barus-Michel, 2004). A minha motivação para desenvolver o tema proposto surgiu da participação ativa nesta construção.

3.6 – Aspectos Éticos

Por envolver seres humanos o projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP). e ao Comitê de Ética em do HUSE. Somente após a autorização nas duas instâncias referidas deu-se início à fase de entrevistas.

Para desenvolver o método aqui apresentado, firmou-se o compromisso de proceder com as entrevistas e realização dos grupos focais na fase da pesquisa de campo com a devida observância das diretrizes e normas éticas, tais como: garantia de total respeito ao anonimato dos entrevistados e confidencialidade dos dados, proteção da imagem e a não estigmatização dos sujeitos envolvidos, o seu consentimento para a participação da pesquisa, além da ponderação dos riscos e benefícios, a relevância social da pesquisa para os participantes, sempre observando o disposto na resolução n.º 196 de 16.10.96, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério de Saúde (CNS/MS) do Brasil (Brasil, 1996).

Precedendo todas as entrevistas e práticas observadas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado, de maneira que o objeto da pesquisa foi exposto e o anonimato dos participantes, afeiçoado. Uma cópia permaneceu com os participantes, firmando o compromisso ético entre estes e o pesquisador. O material gravado durante as entrevistas ficará em guarda exclusiva do pesquisador por dois anos, sendo então destruído. Finda a pesquisa, este pesquisador compromete-se a

4 – FUNDAÇÃO ESTATAL EM SERGIPE – O CONTEXTO LOCAL DE IMPLANTAÇÃO

Com base no modelo contextualista, neste capítulo, farei uma breve descrição das características da rede hospitalar de saúde do estado de Sergipe e o contexto histórico em que nasce a proposta de Fundação Estatal de direito privado, num recorte de tempo passado recente, delimitando o contexto interno e o contexto externo. Cabe pontuar que serão considerados os dados analisados nos documentos selecionados e as entrevistas realizadas, tendo como eixos de análise o contexto histórico do SUS no Estado de Sergipe, o contexto da assistência hospitalar com a caracterização da FHS e do HUSE, com um recorte de tempo a partir do ano de 2007.

4.1 – O contexto da assistência hospitalar em Sergipe a partir do ano de 2007

A situação dos estabelecimentos hospitalares no início de 2007 em Sergipe era crítica, caracterizada por estabelecimentos sucateados e subutilizados ou mesmo fechados⁷³.

O gestor 2 entrevistado delineou o quadro em que se encontrava a assistência hospitalar no estado:

“Os hospitais do interior ficaram fechados até outubro de 2006. Eles só vieram a ser reativados no final da gestão de 2006, no governo anterior. Só para você ter idéia do sucateamento da rede hospitalar, a ponto de você ter praticamente o Hospital João Alves como quase um hospital sistema. Então tirando a Atenção Básica do município de Aracaju que estava bem estruturada, praticamente os hospitais regionais não funcionavam, e os hospitais locais só vieram a funcionar recentemente. Então, quando se colocou para funcionar foi feita licitação pública e entregue a empresas privadas. Então foi feita uma privatização desses hospitais. [...] a gente propôs em primeira instância uma desprivatização no momento em que a gente tirou as empresas privadas e entregamos, passamos, modificamos o contrato com as empresas privadas para o contrato com o Santa Isabel que é filantrópico. Então, saímos do privado para o filantrópico e agora com a Fundação vamos passar para 100% público. O privado tinha contratos muito mais elevados que o contrato atual, duas vezes mais, três vezes mais, eram valores exorbitantes e uma produção muito baixa, porque como a empresa tinha fins lucrativos ela tinha interesse em fechar porta, em atender só a demanda referenciada, manter uma subprodução e deixar o hospital funcionando relativamente numa estrutura boa, razoável, mas sem resolver o problema do sistema. Não tinha compromisso nenhum com o Sistema, com a política de saúde. Tanto é que não tinha contrato de gestão, as relações não estavam consonantes com o SUS, ou seja, eram empresas que entravam nos hospitais e cada uma definia o seu modelo de gestão, de atenção, como iria se relacionar com o Sistema Único de Saúde. Não se tinha uma diretriz

⁷³

Santos, op cit 2008b.

contratual com essas empresas. [...] Quando migrou para o Santa Isabel a gente estabeleceu um contrato [...] com algumas metas claras e uma relação mais estreita com o Sistema Único de Saúde, entretanto num modelo ainda filantrópico, onde os profissionais são contratados pela filantrópica, através do regime CLT e esses profissionais são mais alinhados com a diretriz que a filantrópica coloca.”

A política de assistência hospitalar adotada pelo estado de Sergipe traz como objetivos⁷⁴ a implantação do conceito de rede hospitalar e de um modelo de atenção com incorporação de novas tecnologias assistenciais - classificação de risco, cuidado integral e equipes horizontais –, definição de uma nova classificação hospitalar, implantação da fundação estatal para o gerenciamento dos hospitais próprios a partir de contrato estatal de serviços e baseado em metas, elaboração e implantação de normas, rotinas e protocolos, e, capacitação e regularização de vínculo de pessoal.

Em 02 de janeiro de 2008 foi criada a Fundação Hospitalar de Saúde com a missão⁷⁵ de “produzir saúde ao cidadão no âmbito hospitalar e na assistência de urgência de forma humanizada com eficiência e qualidade” (Sergipe, 2009).

“A Fundação Hospitalar de Saúde é uma instituição pública de direito privado que tem como objetivo a prestação de serviços hospitalares e de urgência e emergência no Estado de Sergipe, seguindo as diretrizes definidas pela Secretaria de Estado da Saúde”. Assim é definida a FHS para os novos trabalhadores na Revista do Trabalhador⁷⁶.

A FHS é uma entidade pública descentralizada, integrante da Administração indireta e, portanto, submetida à fiscalização e controle interno e externo.

Na sua estrutura conta com uma Diretoria Executiva – composta por uma Diretoria Geral, uma Diretoria Operacional e uma Diretoria Administrativo-financeira - e uma instância colegiada – o Conselho Curador⁷⁷. Tem ainda em seu quadro uma procuradoria jurídica e assessorias técnicas nas áreas de Planejamento, Tecnologia da Informação, Educação Permanente e Comunicação⁷⁸.

⁷⁴ Sergipe, op cit 2007a

⁷⁵ Revista do trabalhador produzida pela equipe de gestão do trabalho da Fundação Hospitalar de Saúde, 2009.

⁷⁶ Sergipe, op cit 2009.

⁷⁷ “O Conselho Curador é responsável pelo estabelecimento das metas da FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE - FHS, pela forma de sua execução, transparência de gestão e pelo controle do seu desempenho, objetivando a garantia de serviços públicos de qualidade à coletividade destinatária”. - Sergipe, op cit 2008d.

⁷⁸ Sergipe, op cit 2008d.

As unidades assistenciais hospitalares do Estado que são administradas pela Fundação Hospitalar de Saúde estão distribuídas conforme o quadro abaixo:

QUADRO 2 - Distribuição de hospitais estaduais públicos administrados pela FHS por tipo e município

Tipo de unidades hospitalares	Hospitais por tipo	Município
Hospitais Locais	Hospital São Vicente de Paula	TOBIAS BARRETO
	Fundação de Beneficência São Francisco	NEÓPOLIS
Hospitais Regionais	Hospital Regional Dr. Pedro Garcia Moreno	ITABAIANA
	Hospital Regional José Franco Sobrinho	NOSSA SENHORA DO SOCORRO
	Hospital em construção	LAGARTO
	Hospital em construção	ESTÂNCIA
	Hospital Regional Governador João Alves Filho	NOSSA SENHORA DA GLÓRIA
	Hospital Regional São Vicente de Paula.	PROPRIÁ
Hospitais Especializados	Hospital de Urgências de Sergipe Governador João Alves Filho – HUSE;	ARACAJU
	Maternidade Nossa Senhora de Lourdes-MNSL.	
Maternidades de baixo risco	Maternidade Hildete Falcão Batista	ARACAJU
	Maternidade Leonor Barreto Franco	CAPELA

Fonte: Quadro de elaboração própria a partir de dados extraídos da Revista do Trabalhador – FHS (Sergipe, 2009)⁷⁹.

Além das unidades descritas no quadro acima, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 – integra o quadro dos serviços sob administração da FHS. O serviço funciona 24 horas por dia, e tem como missão a prestação de atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar à população, tendo como diretriz a

⁷⁹ Sergipe, op cit 2009.

prevenção dos agravos e a proteção da vida. Realiza, também, remoções inter-hospitalares. Para o cumprimento de sua missão, o SAMU 192 conta com uma Central de Regulação e com equipes de profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas. – além de transporte terrestre – Unidades de Suporte Avançado (USA's) e Unidades de Suporte Básico (USB's) – através de ambulâncias e motolâncias. Foi pensado um novo modelo de reorganização geocêntrica das bases descentralizadas e a perspectiva de resposta às emergências em todo o território estadual em até 30 minutos. Para isso foram projetadas para serem implantadas até o final de 2009, 36 bases descentralizadas⁸⁰.

A classificação⁸¹ utilizada pelo estado para a identificação da missão das unidades assistenciais hospitalares, considera os seguintes aspectos:

- Os Hospitais Locais estão situados em municípios acima de 19 mil habitantes e realizam o primeiro atendimento clínico às urgências e emergências, fazendo a estabilização dos pacientes críticos. A abrangência territorial atinge entre 3 a 5 municípios e essas unidades estão em permanente articulação com a rede de assistência.
- Os Hospitais Regionais prestam atendimento em Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Obstetrícia e Ortopedia nas urgências e emergências, fazendo a estabilização dos pacientes críticos. Para desenvolver suas atividades precisam manter articulação com a rede de assistência. Oferecem suporte para a Atenção Especializada. O Hospital de Própria realiza Terapia Semi-Intensiva e os hospitais de Itabaiana, Lagarto, Estância e Nossa Senhora da Glória realizam Terapia Intensiva, Suporte em Hemoterapia e possuem sala de recuperação pós-anestésica
- As Maternidades de baixo risco realizam assistência ao parto normal e cirúrgico em gestantes com gravidez de baixo risco. No entanto, essas unidades estão equipadas para atender urgências à gestante de alto risco, realizando a estabilização até a chegada da mesma a uma unidade de maior complexidade. Têm ainda capacidade para a realização de cirurgias eletivas. Assim como as outras unidades assistenciais deve atuar articuladamente com os demais equipamentos de saúde da rede hospitalar e demais redes especializadas.

⁸⁰ Santos, op cit 2008b.

⁸¹ Informações retiradas da Revista do Trabalhador, 2009 – FHS e do documento intitulado Diretrizes da Atenção Hospitalar no Estado de Sergipe, (Sergipe, 2009b).

- As Maternidade de alto risco realizam atendimento hospitalar ao parto de alto risco, atenção ginecológica e cuidados intensivos em neonatologia. A sua articulação se dá com os demais equipamentos de saúde materno-infantil, oferecendo suporte às demais maternidades do estado para maior resolutividade na sua especialidade.
- Os Hospitais Especializados têm como missão o atendimento médico nas diversas especialidades em regime de internação, tratamento intensivo em pediatria e adulto, com atendimento às urgências e emergência clínicas e cirúrgicas, traumatologia e ortopedia, buco – maxilo – facial, ginecologia e obstetrícia – maternidades. São unidades que possuem capacidade resolutiva para o atendimento de urgência e emergência, gestação de alto risco, doenças cardiovasculares, oncologia, gastroenterologia, cirurgia plástica, nefrologia, urologia, otorrinolaringologia, cirurgia torácica, infectologia, pneumologia, neurologia clínica, neurocirurgia, unidades de terapia semi-intensiva e intensiva e na atenção ao paciente grave. Para tanto, disponibiliza ou garante acesso aos serviços terciários de alto custo, tais como quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, transplante de órgãos, exames hemodinâmicos, medicina nuclear, radiologia intervencionista e exames de diagnose de maior complexidade, além de suporte em hemoterapia e sala de recuperação pós-anestésica. Estes hospitais servem de referência para os encaminhamentos de pacientes dos estabelecimentos de menor complexidade, funcionando como “hospital de base” nas suas especialidades.

O HUSE, lócus onde se desenvolve o presente estudo, é um hospital especializado e tem como finalidade realizar atendimento de urgência e emergência especializada em oftalmologia, gastroenterologia, cardiologia clínica e cirúrgica, oncologia, cirurgia plástica, neurologia clínica e cirúrgica, queimados, cirurgia geral, ortopedia e traumatologia, nefrologia, urologia, clínica geral, pediatria, vascular, cirurgia de cabeça e pescoço, buco-maxilo-facial, otorrinolaringologia, cirurgia torácica, UTI pediátrica e de adultos, e realiza endoscopia e diagnóstico por tomografia e ressonância magnética

O Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho foi inaugurado em 7 de novembro de 1986, porém iniciou suas atividades no dia 2 de fevereiro do ano seguinte. Inicialmente, a equipe era composta por cerca de 500

(quinhentos) profissionais, entre os quais 112 (cento e doze) médicos, 30 (trinta) enfermeiros, 96 (noventa e seis) auxiliares de enfermagem e 200 (duzentos) funcionários de apoio⁸². Atualmente o Hospital tem cerca de 2.800 (dois mil e oitocentos) servidores, entre efetivos, terceirizados e contratados. Deste total, 636 (seiscentos e trinta e seis) são médicos – e destes, 416 (quatrocentos e dezesseis) são do quadro efetivo – distribuídos em diversas especialidades, 1.228 (mil duzentos e vinte e oito) são profissionais de enfermagem – entre enfermeiros, técnicos e auxiliares. Outros profissionais – nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, biomédicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, radioterapeutas, técnicos de radiologia, técnicos de laboratório, auxiliares laboratoristas, ajudantes-laboratoristas de Saúde, anesthesiologistas, agentes de serviço de saúde, e físico-médicos – compõem a equipe de assistência do hospital.

O HUSE possui o maior pronto-socorro público do Estado e tem uma capacidade física instalada de 421 (quatrocentos e vinte e um leitos). Possui uma média de atendimento mensal de 14 mil pacientes somente nos setores de Urgência/Emergência. Na sua estrutura física o HUSE é composto de 13 alas de internação. Conta ainda com Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CTI Pediátrica), Tomografia Computadorizada, Centro Cirúrgico e Pronto-Socorro Infantil.

Os serviços do pronto-socorro e do antigo Centro de Trauma foram transferidos para o prédio do novo bloco pediátrico, para possibilitar as obras já iniciadas de reforma de adequação ambiental.

Essa descrição mostra a importância do HUSE na rede de assistência hospitalar do estado. Assim, torna-se foco constante de preocupação dos gestores, que investem em proporcionar a sua reestruturação, considerando que suas instalações físicas e o modelo de assistência, já não correspondem às necessidades laborais que ali se constituem. Na entrevista do ator-chave 4, este fez referência a esse tema:

(...) a gente tá falando de 70% de recursos da Secretaria de Estado, nós estamos falando de um volume de recursos significativo.

Segundo informações constantes do site da SES⁸³, os investimentos iniciais para ampliação e reestruturação são da ordem de R\$ 14 (quatorze) milhões para ampliar

⁸² Dados retirados do site da Secretaria de Estado da Saúde: www.saude.se.gov.br

⁸³ Dados retirados do site da Secretaria de Estado da Saúde: www.saude.se.gov.br

e reestruturar o HUSE. Para a aquisição de novos equipamentos, instrumentais cirúrgicos, móveis e roupas hospitalares estão sendo investidos cerca de R\$ 9,5 (nove e meio) milhões. Para a ampliação e adequação do Pronto-Socorro estão sendo investidos R\$ 4,5 (quatro e meio).

Diante desse quadro de investimentos financeiros podemos indagar: porquê há a necessidade de investimentos na sua reestruturação? No início de 2007, o grupo de gestores identificou uma série de problemas cotidianos no hospital. A partir daí contratou um grupo de consultores da UNIFESP – Universidade de São Paulo a partir de um convênio⁸⁴ celebrado entre a SES e a referida Universidade para o aprimoramento da assistência e da gestão dos hospitais. Segundo alguns dos entrevistados o quadro em que se encontrava aquele hospital, do ponto de vista da estrutura física, condições de trabalho e assistência, e do ponto de vista da gestão, era caótico, como desenhou o ator-chave 4:

O HUSE é emblemático pra questão da saúde de Sergipe, porque todos os problemas, conseqüências do modelo, ele expressa isso. Todas as distorções ele é a grande expressão disso. E agregado a isso o HUSE teve uma autonomia que foi danosa, tem autonomia que é boa e tem autonomia que é danosa. É uma autonomia/abandono. A Secretaria abandonou o HUSE, na história do HUSE. Eles começaram a operar e ficaram maior do que a própria Secretaria. O HUSE tem mais significado no imaginário da população e como espaço de poder das corporações e dos interesses econômicos maior que a Secretaria [...] enquanto espaço influenciado por esses interesses e que você tem que reordenar esses interesses em função de um projeto político e de um modelo assistencial, a dificuldade pra você operar essas funções são imensas. [...] Os pacientes, a maneira que eles ficavam no começo da gestão, internado no chão, comendo no chão, urina, os funcionários trabalhavam de máscara porque o cheiro era insuportável. [...] Eu fiz o caminho pelo porão, pelo fundo do hospital, que era onde os funcionários entravam pelo fundo do hospital. Era absolutamente escuro, cheio de poça d'água, os armários todos, enferrujados de roupa, banheiro sem porta, vaso sanitário sem tampa, era uma condição absolutamente horrível. [...] o HUSE, acho que tava nas páginas dos jornais frequentemente.”[...] No levantamento de problemas pra você transitar pra outro modelo, você tem que identificar os problemas e ver como lida com isso no processo de transição. E aí problemas emergem dentro de uma organização que tem essa característica: criou um corpo próprio, uma vida própria, regramento próprio, pagamentos próprios. Isso interfere na assistência, interfere na gestão e interfere no momento em que você vai mudar. Você vai mexer com interesses. Interesses que estão dentro, interesses econômicos, interesses políticos e interesses corporativos. Todas as entidades de representação dos trabalhadores do Estado estão lá dentro, conselhos, sindicatos, todos. São funcionários, ex-funcionários. É um espaço de fato de tensão. Eu chamo ali o castelo do modelo anterior, é a fortaleza do modelo. Tem um embate permanentemente com esse espaço. [...] Esses interesses internos se aliam com interesses externos, partidários, políticos, também de corporação pra fora, de interesses econômicos que transitam ali

84

Sergipe, op cit 2007b.

dentro de comercialização. Partidários porque partidos políticos tem interesse no espaço para fazer oposição ao atual governo, defender o interesse de determinado agrupamento político. [...] No HUSE os seus processos de transição de direção sempre implicou também em reorganização desses interesses, mas sempre pra dentro, sempre tentando proteger esses interesses.

A consultoria da UNIFESP acompanhou a discussão de criação da FHS junto com outro grupo de consultores ligados a uma instituição espanhola – Consórcio Hospitalar da Catalunya (CHC)⁸⁵ – e dentre as suas principais estratégias promoveu um curso de aperfeiçoamento para 100 (cem) gestores da rede de assistência hospitalar e educação permanente da SES, o que gerou mais de 40 (quarenta) projetos⁸⁶ de intervenção para os hospitais da rede – 22 (vinte e dois) para o HUSE – com propostas elaboradas a partir do diagnóstico realizado como atividade do curso sobre os problemas apresentados no cotidiano dos hospitais. .

Ainda como ação da consultoria da UNIFESP, foram implantados colegiados de gestão em todas as unidades hospitalares do estado. No HUSE, os colegiados se multiplicaram para as unidades de produção, como nos informou o gestor 3:

“Hoje existe um colegiado e todos os coordenadores e gerentes participam e tem voz e discutem e debatem e a decisão é colegiada. Os coordenadores junto com o superintendente tomam as decisões. Isso fez com que profissionalizasse, aproximasse mais o trabalhador do poder de decisão. Existe também espaço de gestão colegiado dentro das unidades e que o próprio trabalhador participa”.

4.2 – A proposta da FHS inserida em um projeto da reforma do SUS de Sergipe

O governo do estado de Sergipe iniciando seu governo em 2007 desenvolveu um diagnóstico da rede de assistência de Saúde do Estado, identificando uma situação que destoava da proposta do SUS, e que não consegue garantir os seus princípios, e em

⁸⁵ A parceria firmada com a SES teve como objetivo trazer para o contexto de Sergipe as características do modelo de oferta dos serviços de saúde implantado na Catalunya, a partir da implantação da FHS. Tal modelo, baseado no fortalecimento da contratualização, separa as funções de compra e prestação de serviços. Dados retirados de notícia veiculada no site da SES – www.saude.se.gov.br – no dia 27 de novembro de 2008.

⁸⁶ Como exemplo foi implantado o ‘Projeto de Intervenção no Pronto-Socorro (PS) do HUSE. A partir dele foram implementados no Pronto-Socorro do hospital o Acolhimento e Classificação de Risco, escalas de cuidado integral ao paciente, grupo gestor de leitos e vagas, com monitoramento do tempo de permanência dos pacientes e intensificação das transferências para hospitais da capital e do interior. Dados retirados de notícia veiculada no site da SES – www.saude.se.gov.br – nos dias 10 de abril e 29 de maio de 2008.

que os municípios têm oferta de serviços insuficiente para a população⁸⁷. Falando da situação encontrada, o próprio Secretário de Saúde aponta:

“Nenhuma região isolada (por conseguinte nenhum município) é capaz de garantir acesso universal nem atenção integral às suas populações. Não há diversidade nem quantidade de ações e serviços suficientes. Nos municípios a regra é: insuficiência de oferta e baixa capacidade de planejamento e técnica para produzir e distribuir ações e serviços de saúde que garantam os princípios constitucionais.”⁸⁸

Reconhecendo as dificuldades de alguns municípios e regiões de implantar e manter os seus serviços, o governo do estado começou a trabalhar com o conceito de padrão de integralidade⁸⁹, *“que é historicamente definido a partir das condições sócio-econômicas de cada região”⁹⁰*.

Nesse contexto, o governo do Estado de Sergipe definiu como eixos para o seu projeto de reforma, a conformação de redes assistenciais regionais e municipais tendo como parâmetro a escala - base populacional, conformação de novos mecanismos e instâncias de governança sistêmica, reorganização do controle social, reorganização da carreira dos atuais servidores e desenvolvimento de novas carreiras para garantir a sustentabilidade da política, organização da política de qualificação e educação permanente de todos os trabalhadores do SUS e reforma administrativa da SES e gerencial do Estado com a criação das fundações de direito privado⁹¹.

Para a conformação das redes regionais de assistência o Estado de Sergipe, que possui uma população de mais de dois milhões de habitantes, foi subdividido em sete regionais, conforme o quadro abaixo:

TABELA 1 – Divisão regional de Sergipe

REGIÕES	QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS POR REGIÃO	POPULAÇÃO ESTIMATIVA 2009
ARACAJU	8 MUNICÍPIOS	711.121

⁸⁷ Santos, op cit 2008b.

⁸⁸ Ibidem, p.3.

⁸⁹ É definido como o máximo que o Estado entrega ou pode entregar e que é historicamente definido a partir das condições sócio-econômicas de cada região, da civilidade da disputa política refletida na compreensão de estado e sociedade, da disponibilidade de profissionais, tecnologias e equipamentos de saúde, do poder de compra e financiamento da União, Estado e de Municípios, e do grau de integração na organização produtiva da cura, reabilitação, promoção, prevenção e proteção (ibidem p.3).

⁹⁰ Santos, op cit 2008b.

⁹¹ Ibidem.

NOSSA SENHORA DO SOCORRO	12 MUNICÍPIOS	297.738
ESTÂNCIA	10 MUNICÍPIOS	231.333
ITABAIANA	14 MUNICÍPIOS	230.879
LAGARTO	6 MUNICÍPIOS	240.640
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA	9 MUNICÍPIOS	153.754
PROPRIÁ	16 MUNICÍPIOS	154.290

Fonte: Revista do trabalhador –FHS (Sergipe, 2009a)⁹²

A região de Aracaju como demonstra o quadro acima tem a maior concentração populacional, mas sabemos que é também onde há a concentração de maior volume de recursos.

A organização do Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe é conformada por uma rede inter-federativa⁹³ de serviços públicos de saúde que obedece a dois critérios principais: a conformação das redes assistenciais a partir de um arranjo territorial e a sua organização a partir do conceito de adensamento tecnológico. O primeiro define o seu formato horizontal, em que as redes especializadas – compostas por serviços com as mesmas características tecnológicas e a missão de atender um elenco de necessidades semelhantes –complementam-se na perspectiva de atender uma determinada população num território definido. Quanto ao segundo define o desenho vertical da rede, onde as redes especializadas, embora constituídas de serviços com as mesmas características e missão, são também formadas por serviços de complexidades diferentes e que se complementam tecnologicamente na perspectiva de garantir o atendimento integral a populações num determinado território.

A edição de leis foi estratégia utilizada no início da atual gestão para garantir o arcabouço jurídico para esse processo. A lei nº. 6345/08 (Sergipe, 2008g) que rege a

⁹² Sergipe, op cit 2009a.

⁹³ “Rede inter-federativa consiste em um conjunto de estabelecimentos de saúde criados para cumprir um planejamento sanitário construído consensualmente entre entes federados, que se articulam e se complementam na perspectiva de garantir acesso universal e integral às necessidades de saúde de cada cidadão” (Santos, 2006).

organização e funcionamento do sistema no Estado aponta para o delineamento do papel da SES como ente coordenador e orientador nas relações de parceria com os municípios e outros agentes privados e sociais, e na promoção do desenvolvimento do Estado de Sergipe, assentado sobre os princípios da Universalidade, Descentralização e Integralidade⁹⁴.

“Começamos a substituir o DNA INAMPIANO⁹⁵, aquele que define sistema como o somatório de contratos de prestadores para atender as demandas para a qual havia capacidade instalada disponível. Quando definimos que o Sistema Único de Saúde é a articulação das capacidades de produção, gestão e normativas dos entes federados mobilizadas a partir de um planejamento único e com divisão de responsabilidades, estamos construindo um “DNA” interfederativo para o SUS. E, criando o papel do Ente federado Estado de produtor complementar”⁹⁶.

Frente aos entraves e obstáculos encontrados de natureza operacional e burocrática para operar as ações necessárias à organização do cuidado ao usuário no Estado, e, tendo como farol os eixos acima descritos, o gestor propôs, após discussão com consultores externos contratados e equipe gestora, um projeto de reforma gerencial na SES, definindo como estratégia central a criação de Fundações Estatais de direito privado, para áreas consideradas críticas e ao mesmo tempo prioritárias para a organização do sistema de saúde. Seu principal argumento foi “a necessidade de ampliação da capacidade operacional do Estado nas áreas escolhidas e de melhoria da assistência ao usuário, entendendo que as Fundações representam um novo modelo jurídico-institucional que possibilita a mudança do padrão de gestão existente na administração pública para uma alternativa mais ágil, transparente e participativa”⁹⁷.

⁹⁴ Informações constantes da apresentação utilizada na aula do curso de gestão hospitalar com o tema: A Reforma Sanitária e Gerencial do SUS em Sergipe, ministrada por Rogério Carvalho Santos, Secretário de Estado da Saúde (Santos, 2008a).

⁹⁵

Santos, Rogério Carvalho explica em seu texto A Reforma Sanitária do SUS Sergipe que “o sistema INAMPIANO se caracterizava por uma rede de prestadores de serviços e o controle se dava, sempre, pela capacidade de financiamento, daí surgem os conceitos de regulação, auditoria e gestão que o SUS, ao recebê-lo, incorporou. Ao analisar as secretarias estaduais de saúde de todo o Brasil, percebemos o “DNA” do INAMPS conformando seus modos operacionais” (Santos, op cit 2008b:1-2).

⁹⁶ ⁱ Ibidem p.8.

⁹⁷ Depoimento do Secretário de Estado da Saúde em matéria veiculada no dia 16 de outubro de 2008 no site da SES: www.saude.se.gov.br

Nesse contexto de reforma mais geral do SUS em Sergipe, no ano de 2008 foram criadas por lei, três fundações⁹⁸: Fundação Estadual de Saúde (FUNESA), Fundação de Saúde “Parreiras Horta” (FSPH) e Fundação Hospitalar de Sergipe (FHS), conforme já foi detalhado na nossa introdução.

Assim como a discussão no âmbito nacional, a discussão local encontrou resistências por parte de grupos corporativos a exemplo do sindicato dos médicos e do Conselho Regional de Assistência Social. A articulação do governo com os Conselhos de Saúde, porém foi determinante para que o projeto fosse aprovado na última Conferência Estadual, ocorrida em outubro de 2007.

No momento de criação das Fundações e publicação do edital para abertura do concurso público para provimento das vagas em substituição aos contratos temporários que caracterizavam a precarização dos vínculos empregatícios, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Seccional de Sergipe promoveu uma Ação Civil Pública em face do Estado de Sergipe, arguindo a inconstitucionalidade das leis estaduais que criaram as fundações estatais e com pedido de liminar para suspensão dos editais do concurso tendo como principal argumento ser a saúde atividade que só poderia ser assumida pelo Poder Público. O juiz federal que analisou o caso indeferiu o pedido liminar, mantendo o edital e o concurso, e, mandou citar o Estado para responder as acusações da OAB. O mérito da questão – a inconstitucionalidade das leis – ainda não foi apreciado.

A OAB do Brasil também entrou no Supremo Tribunal Federal com Ação Direta de Inconstitucionalidade em face da Assembléia Legislativa do estado de Sergipe arguindo a inconstitucionalidade das leis estaduais que criaram as fundações estatais e com pedido de liminar para suspensão dos editais do concurso. Até agora o STF não julgou o pedido de liminar.

Retomando a discussão do capítulo 1, no item 1.2, que traz a questão da base legal para a criação das fundações instituídas pelo Poder Público, sob o regime do direito privado, lembramos que estas têm o seu campo de atuação previsto e regulamentado pelo Decreto-lei 200/67, art. 5º, IV – com as alterações da Lei n. 7.596/87 – que foi recepcionado pela Emenda Constitucional 19/98, e somente após a edição de lei complementar de âmbito nacional dispendo sobre o campo de atuação das fundações, estará revogado.

⁹⁸ As três fundações estatais – FUNESA, FSPH e FHS foram criadas respectivamente pelas seguintes leis: lei estadual 6348/08, lei estadual 6346/08, lei estadual 6347/08.

Nesse contexto, muitos foram os obstáculos enfrentados para a implantação das Fundações Estatais no Estado, sendo que no âmbito da gestão do trabalho, o maior desafio é enfrentar os problemas levantados no HUSE pela auditoria interna, e, que se refletem em toda a rede hospitalar do Estado.

A Fundação Hospitalar de Saúde (FHS) do Estado de Sergipe constitui-se na principal estratégia de resposta a problemas concretos da gestão e da assistência à saúde no âmbito da atenção hospitalar do Estado. Agregando-se a essa, outras estratégias constituem o conjunto da política estadual da atenção hospitalar, a exemplo da contratação de consultoria da UNIFESP, já referida anteriormente.

Finalizando o desenho do contexto local, é mister observar que o cenário apresentado retrata um momento no passado recente – 2007 - de início da atual gestão. O grupo vencedor das eleições de 2006, representando o Partido dos Trabalhadores (PT) trouxe um componente político ideológico divergente do grupo anterior de orientação mais conservadora.

O grupo que assumiu o governo é do mesmo partido do governo federal o que deve ser considerado na análise do contexto já que pode ser um componente favorecedor para a implantação de novas políticas.

O quadro abaixo resume os aspectos centrais do contexto capturado na análise do que constituiu o cenário de reformas em que se coloca o nosso objeto de análise.

Quadro 3 – Síntese do contexto local de implantação da FHS

Área	Contexto interno	Contexto externo
SES	Projeto de reforma; Criação e implantação de modelo gerencial de fundação estatal de direito privado;	Resistências de entidades organizadas; Aprovação de leis como aspecto favorável à implantação do projeto de mudanças no SUS; Grande volume de investimentos financeiros do governo. Projeto político ideológico favorável com o novo

		governo
Rede hospitalar	Hospitais sucateados e privatizados; Presença de consultoria externa (UNIFESP e CHC)	Falta de controle sobre o modelo de assistência; Gestão dos hospitais nas mãos de outras entidades privadas ou filantrópicas
HUSE	Quadro de caos do ponto de vista da estrutura e condições de trabalho e na assistência ao usuário, e do ponto de vista da gestão	Interesses corporativos e partidários interferindo na assistência

Quadro de elaboração própria

5- A FHS E AS PROPOSTAS NO ÂMBITO DA GESTÃO DO TRABALHO NO HUSE

Neste capítulo, após a descrição do contexto em que surgiu o projeto de Fundação Estatal no Estado de Sergipe, será delineada uma breve caracterização da Fundação Hospitalar de Saúde, tendo como eixos de análise os problemas da gestão do trabalho no HUSE, e, a proposta de implantação da Fundação Estatal com foco na gestão do trabalho, assumo a tarefa de responder duas questões:

- Quais os problemas de gestão do trabalho no HUSE?
- Quais as propostas de solução e inovações trazidas pela FHS?

Para as respostas será realizada uma análise dos aspectos objetivos da proposta, considerando os documentos estudados e as entrevistas considerados à luz do modelo contextualista, particularmente enquanto conteúdo da mudança.

Para esse fim, foram definidos núcleos temáticos relacionados à gestão do trabalho, a partir dos documentos estudados⁹⁹, conforme descrição no quadro abaixo:

QUADRO 4 – Problemas da gestão do trabalho no HUSE e propostas da FHS

CATEGORIAS	PROBLEMAS/INDICADORES LEVANTADOS PELA AUDITORIA INTERNA REALIZADA NO HUSE - 2007/2008 – Passado	POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO NA FHS - 2009 Presente
NATUREZA DO VÍNCULO DE TRABALHO	<ul style="list-style-type: none">• 40 % de trabalhadores com contratos temporários	<ul style="list-style-type: none">• Reenquadramento do quadro estatutário do Estado para a FHS• Substituição dos contratos temporários por contratação de empregados públicos concursados com vínculo celetista;
POLÍTICA SALARIAL	<ul style="list-style-type: none">• Política de complemento salarial com base em benefícios e gratificações irregulares norteados por critérios pouco objetivos;• Diferenciação salarial entre os médicos estatutários e os contratados – os primeiros tem o valor médio da hora em R\$ 41,00 e o valor médio da hora do contratado é de R\$	<ul style="list-style-type: none">• Sistema de remuneração com ganhos fixos e variáveis inseridos em um Sistema de carreira para o quadro efetivo celetista.• Criação de quadro especial para adesão dos servidores estatutários com novas normas

⁹⁹ Os documentos utilizados na elaboração desse quadro foram: Relatório de Auditoria Interna – Levantamento de problemas da gestão do trabalho no HUSE; Lei de nº. 6613 de 18 de junho de 2009 do quadro estatutário em extinção; Regulamento da lei do quadro em extinção, edital de concurso público para provimento de vagas da FHS; Sistema de carreiras da FHS – Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos. Algumas falas dos entrevistados também fundamentaram a elaboração do quadro

	<p>30,00.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remuneração diferenciada para a execução de tarefas idênticas; 	<p>estabelecidas para as relações de trabalho.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nova política remuneratória e de carreira com regulamentação de padrão salarial, ajuste de jornadas e definição de critérios para gratificações e benefícios para os servidores públicos estatutários lotados nas unidades assistenciais hospitalares administradas pela FHS. • Instituição de gratificações variáveis e prêmio anual por cumprimento das metas estabelecidas no Contrato Estatal de Serviços • Mesmo padrão de remuneração de estatutários e celetistas;
POLÍTICA DE CARREIRA	<ul style="list-style-type: none"> • Política de carreira do quadro geral do Estado previsto em estatuto datado de 1977 e complementado por uma série de leis posteriores. • Previsão no estatuto de promoção por letra a cada 3 anos; • Licença-prêmio a cada 10 anos; • Possibilidade de licença sem vencimento para tratar de assuntos particulares pelo prazo máximo de 2 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição de Plano de empregos, carreira e salários da Fundação com definição dos “recursos humanos” necessários, as atribuições que lhes são relacionadas, e, estratégias para propiciar seu desenvolvimento. • Utilização do conceito de emprego amplo • Preenchimento dos cargos de livre provimento para as funções previstas na estrutura organizacional em no mínimo 60% (sessenta por cento) serão destinadas aos empregados do quadro funcional da Fundação, no prazo máximo de 03 anos; • O Plano de cargos, carreiras e salários prevê formas de evolução funcional e pecuniária por progressão por mérito, recebimento de adicional por titulação e promoção por qualificação profissional;
PROCESSOS DE GESTÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de prover e fechar escalas; • Estrutura hierárquica confusa com ausência de organograma claro e descrição de atribuições • Gerenciamento do trabalho caracterizado por arranjos e acordos informais e não transparentes; • Elevado número de atestados e licenças médicas; • Desatualização dos dados cadastrais dos 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura hierárquica da Fundação Hospitalar aprovada pelo Conselho Curador; • Redefinição do organograma (em fase de elaboração); • Definição da missão de cada hospital • Manual /revista para o funcionário • Padronização, legalização e

	<p>trabalhadores no Departamento Pessoal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controle de frequência e pontualidade ineficaz e gerador de conflitos internos; • Jornadas de trabalho diversificadas e inconsistentes, contrariando princípios legais e dificultando regulação da própria lógica; • Acordo coletivo entre diretor do HUSE e SINTASA (Sindicato dos trabalhadores da área da Saúde para fixar jornada de trabalho mensal de 120 hs. – Consulta feita à PGE que deu parecer de nulidade do acordo. 	<p>regulação da jornada de trabalho e criação de jornadas parciais com pagamento proporcional;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pactuação de metas de desempenho coletivas – hospital, de equipes e individuais a partir de pactos / contratos de gestão •
PROCESSO DE TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> • Indefinição de papéis, atribuições e responsabilidades; • Inexistência de um processo de comunicação interna e conseqüente impacto negativo na assistência, por falta de ferramentas e informações no que se refere a rotinas e procedimentos anteriores; • Falta de interlocução entre os setores, inclusive aqueles estratégicos para a gestão do trabalho: Departamento Pessoal, Diretoria Clínica, Educação Permanente e SESMT; • Processo de trabalho prejudicado pelas condições de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição de atribuições por categoria profissional e especialidade; • Descrição de fluxos e rotinas por unidade produtiva em cada equipamento hospitalar;
SAÚDE, SEGURANÇA E CONDIÇÕES DE TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de atuação efetiva do SESMT; • Ausência de controle efetivo sobre os exames periódicos e o controle de vacinas; • Ausência de mecanismos de controle sobre a entrada e circulação nas dependências do hospital; • Estrutura física precária 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforma – em andamento – na estrutura física para adequação dos ambientes e melhoria das condições de trabalho • Previsão para implantação de controle de circulação no hospital e controle de frequência por métodos de biometria.

Quadro de elaboração própria

Finalizando a análise dos conteúdos da mudança proposta, parecem questões centrais:

- Natureza do vínculo formal de trabalho: Parece ser essa uma questão central por trazer a possibilidade de desprecarização dos vínculos nos hospitais do estado a partir da substituição dos trabalhadores temporários por empregados públicos o que traz para esses as garantias de proteção no trabalho, e agregação de encargos patronais para a FHS. Essa compreensão está presente na fala abaixo do gestor 1:

“Por exemplo, no hospital hoje eu tenho em torno de 35 a 40 por cento de toda força de trabalho fixada por contrato temporário, um contrato frágil, um contrato que eu considero não muito bem elaborado que foi desenvolvido de forma emergencial [...] ele não dá garantia ao trabalhador, ele só pode

ser renovado por um ano. Quem atua na área de saúde sabe disso que o trabalhador precisa estar em constante desenvolvimento e atualização, então dois anos seria o tempo que eu poderia investir pra ter um profissional bom naquela função e aí ele tem que ser desligado. Então a fundação também resolve essa questão do vínculo porque ele vai ser contratado por concurso público. [...] ajuda a resolver a questão do vínculo e desprecariza a relação do trabalho. Você tem o profissional vinculado.”

- Plano de cargos e salários e política remuneratória diferenciada – Essa questão pode favorecer a adesão do profissional ao projeto, caso possibilite ganhos em termos de carreira, de futuro, de reconhecimento, de progressão. Essa adesão de forma mais objetiva começa quando o trabalhador opta por pertencer ao quadro especial para a FHS, criado pela lei de nº. 6613 (Sergipe, 2009e). Os entrevistados falaram particularmente das jornadas de trabalho e questões remuneratórias:

Do ponto de vista de ofertas que a lei do quadro especial explicita, [...] a gratificação de função e a de nível universitário, você incorporar elas como vantagem pessoal e sobre elas incidir todos os aumentos daqui pra frente, essa é uma vantagem porque hoje uma delas está congelada, a de função, então passa a incidir sobre ela todos os aumentos e fica como vantagem pessoal do trabalhador. [...] A outra, [...] a lei prevê que a carga de referência para os médicos que é 30 horas hoje passa a ser 20 horas com o mesmo valor. A gratificação que ganha hoje fica o mesmo valor, essas gratificações que vão ser incorporadas como vantagem pessoal, e se ele ampliar a jornada pra mais tem ganho proporcional sobre a gratificação e sobre o vencimento básico[...] Pra o pessoal enfermeiro é 24. Sai de 30 que é hoje o contrato, trago o vencimento básico e a gratificação para 24, proporcionalizo se ele quiser fazer 30 horas. Cria opção que hoje é feita por portaria de extensão de jornada, ele fazendo a escolha até 36 horas.”(ator-chave 4)

“Há exceções, onde o ganho vais ser menor. Porque? Não é genérico por categoria. É específico da pessoa [...] as gratificações eram dadas aleatoriamente, sem critério nenhum então um ganha 200 e o outro ganha 1000. É óbvio que quando você traz um critério de justiça, aquele que ganhava 200 tem um ganho maior e aquele que ganhava 1000 tem um ganho menor. Mas em regra esses ganhos são significativos. Você pode dizer “porque esse ganho, porque a fundação chegou pra ser boazinha?” Não. Porque esse ganho está linkado a esse compromisso e esse comprometimento com o trabalho.”(Gestor 1)

“O problema é que ao querer mudar pra a Fundação mexeu com o salário de todo mundo [...] foi mexer com carga horária e com salário de todo mundo. [...] A gente tem que optar. Quem não optar cai automaticamente pra 30 horas. Aí você vai quando faz suas contas você vai ganhar o mesmo que você ganha hoje e trabalhando mais”. (Grupo focal 2)

“Além de atingir o funcionário, atingiu também suas famílias, porque muita gente tem dois, três empregos porque necessita, porque não ganha muito em um só. Pra eles criarem isso, pra poder fazer com que o funcionário dissesse: não com um emprego só eu vou ter mais qualidade de vida, eu vou ter condições de dar assistência à família e vou ganhar bem.[...] Então

mexeu com o seu funcionário e mexeu com a família do funcionário também, porque você vai pegar 36 horas pra morar dentro do hospital.” (Grupo focal 2)

“[...]na classe médica [...] o pessoal vai optar por 12 horas porque é a única faixa que paga justo. Quando passa pra 24 tá injusto, 30 piorou e 36 nem se fala, porque não acompanha. Eles não fizeram uma relação proporcional que se 12 é x isso aqui vai ser proporcional a 12 [...] O que vai acontecer? Não vai fechar as escalas. Se hoje a gente dá 20 e todo mundo diminuir pra 12 não vai fechar, vai ter de chamar mais gente”.’ (Grupo focal 2)

“A Fundação será boa pra quem tá chegando agora, porque daqui há dois anos você tem melhoria no seu salário, entendeu. E aí mais 5 anos, você tem como crescer na Fundação. Mas pra quem tá saindo, como eu, não tem.”(Grupo focal 1)

“Veja, a política de gestão do trabalho ela pensou nos dois âmbitos[...] A CLT ela é clara enquanto documento regulador das questões do trabalho e o estatuto do servidor tem outras diretrizes. Por exemplo, nós temos na CLT o FGTS ao passo que a gente não tem, no estatutário eu tenho licença-prêmio, tenha triênio e a CLT não tem, mas a gente tentou aproximar e enquadrar na mesma regra de gestão, ou seja, os dois vão ter avaliação de desempenho, os dois vão ter parte variável da remuneração a partir da avaliação de desempenho. A única diferença é que as carreiras são diferentes. Para o empregado celetista tem o plano de carreira, de ascensão na carreira ao passo que teoricamente a carreira do servidor estatutário já está direcionada a partir da lei 6613 a partir do momento que ele faz incorporação de todas as gratificações.”(Gestor 1)

A avaliação sobre as estratégias referentes ao Plano de Empregos Carreiras e Salários (PECS), no que diz respeito a ganhos não tem a mesma ressonância na fala dos dois grupos – gestores e trabalhadores. A compreensão sobre a proposta, ao contrário, evidencia conflitos e visões distintas.

Paralelamente à construção do Plano de Empregos Carreiras e Salários (PECS) para o seu quadro de empregados público, a FHS fez um processo de transição dos servidores estatutários ao qual chamou de reenquadramento, a partir da criação de uma lei que criou o quadro especial da saúde para lotação do pessoal nas fundações. Os servidores faziam parte do quadro geral do estado e, portanto, não seria possível definir regras diferenciadas. Assim, essa lei criou uma nova política de remuneração com uma gratificação de isonomia ao salário ofertado aos trabalhadores celetistas concursados para a Fundação e com ofertas de jornadas para opção dos trabalhadores estatutários a partir de uma tabela de proporcionalidade. Os servidores estatutários, a partir da adesão ao quadro especial das fundações, continuavam sendo regidos pelo estatuto, mas com novas gratificações e regras de incorporação das mesmas. Fica claro esse momento na fala de um dos entrevistados:

Esse momento agora é de transição[...] de reenquadramento dos servidores estatutários para esse quadro e agora estruturando a sua remuneração. [...] ou seja, nós estamos na fase de organização das jornadas de trabalho e das respectivas remunerações por jornada e por categoria[...]1 É o que vem sendo pago é o que tá de fato. E no mesmo formulário ele recebe as simulações pelas jornadas que ele pode entrar com as devidas remunerações e no verso desse documento vem explicando porque ele recebe aquela remuneração. As gratificações agora tem sentido de fato e de direito. (Gestor1)

Para se chegar ao cálculo final, o trabalhador receberá o salário-base acrescido das gratificações reconhecidas como vantagens pessoais – o adicional de nível superior (ANUV) e a gratificação de atividade funcional (GAF) – até um teto definido por decreto do Governador para cada categoria profissional e igual ao salário-base do empregado celetista concursado. Esse valor é acrescido de outras vantagens se for o caso que o profissional possa ter – a exemplo de triênios, titulações, dentre outras.

A proposta inicial não previa a incorporação da gratificação hospitalar (GHOSP). A partir de negociação do Secretário com os sindicatos, essa gratificação foi incluída na incorporação ao salário. As jornadas de trabalho para os médicos de 18 e 12 também não estavam previstas. São decorrentes de acordos no processo:

“Aí é por opção proporcional. É opção da pessoa, não é um ato impositivo. A jornada de 12 e 18 foi colocada por solicitação do sindicato dos médicos. No texto original não tinha. Tá na lei, mas a lei foi construída, negociada com as corporações. O Secretário pessoalmente fez as negociações com as categorias. Então foi solicitação do Sindicato dos médicos que tivesse a jornada de 18 e 12. Não tinha originalmente na lei“ (ator-chave 4)

Com relação aos ganhos remuneratórios para os trabalhadores estatutários do reenquadramento promovido pela adesão ao quadro específico criado por lei nós analisamos o relatório referente à simulação realizada pela FHS e encontramos os seguintes dados:

TABELA 2 – Exemplo de ganhos remuneratórios dos estatutários após à adesão ao quadro específico das Fundações – a partir de um caso que se encontra na média

Categoria	Valor bruto atual	Jornada de trabalho	Valor bruto simulado
Médico	R\$ 3.653,46 por jornada de 20 horas	12 Horas	R\$ 2.989,04
		18 Horas	R\$ 3.658,88
		24 Horas	R\$ 4.878,51
		30 Horas	R\$ 6.098,13
		36 Horas	R\$ 7.317,76
Enfermeiro	R\$ 3.050,00	24 Horas	R\$ 3.100,00
		30 Horas	R\$ 3.875,00

		36 Horas	R\$ 4650,00
Auxiliar de enfermagem	R\$ 961,76 por jornada de 30 horas	24 Horas	R\$ 927,06
		30 Horas	R\$ 1.123,76
		36 Horas	R\$ 1.320,45
Técnico de enfermagem	R\$ 1.125,63	24 Horas	R\$ 1.105,82
		30 Horas	R\$ 1.347,63
		36 Horas	R\$ 1.589,44

Fonte: Demonstrativo Base para Opção do Servidor – simulação (Sergipe, 2009c).

Essa simulação representa um exemplo de remuneração de servidores estatutários. Nela, estão presentes os vencimentos efetivos, as duas gratificações incorporadas como vantagem pessoal do servidor – gratificação de nível universitário e de atividade funcional – e as gratificações variáveis por criticidade – nesse caso está embutida a gratificação para trabalhar no HUSE por categoria e por jornada – e de desempenho.

No resumo geral da situação de adesão ao quadro especial das fundações pelos trabalhadores do HUSE encontramos três situações distintas: adesão, adesão automática e não adesão. A primeira e a última são decorrentes de expressa manifestação dos sujeitos. Para fazer a adesão o servidor faz a sua opção de jornada, caso deseje mudar a sua jornada atual. As pessoas que querem aderir, mas não querem mudar de jornada não precisam se manifestar. Nesse caso, a adesão é tácita, automática. Com relação às situações, encontramos o seguinte quadro:

TABELA 3 – Resumo geral das adesões dos profissionais do HUSE

Situação	Quantidade de profissionais	%
ADESÃO	755	33%
ADESÃO AUTOMÁTICA	1171	51%
NÃO ADESÃO	368	16%
Total	2294	100%

Fonte: Resumo do processo de Adesões do Hospital de Urgência de Sergipe (Sergipe, 2009d).

6 – O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA FHS NO HUSE E OS SENTIDOS DA MUDANÇA PARA OS ATORES/ SUJEITOS.

Fazendo a análise no nível horizontal apontado por Pettigrew o estudo incluiu como pergunta: Como se dá o processo de implantação do projeto no HUSE?

Uma abordagem no nível horizontal vai buscar capturar a interdependência dos fenômenos numa sequência de tempo. Após, observando de um ponto de vista da abordagem vertical, o estudo irá buscar o impacto de um contexto de mudanças sobre o contexto organizacional e o comportamento dos grupos envolvidos tendo como pano de fundo a perspectiva psicossociológica francesa, buscando a compreensão dos sentidos do processo de mudança para os sujeitos, considerando as suas ações, reações e interações com a condução da mudança. Para tanto foi incluída no estudo a seguinte pergunta: O projeto é fomentador de um imaginário de mudança?

Tendo como eixos os dois níveis de análise procurei compreender o processo de implantação a partir da interpretação dos entrevistados, dos sentidos atribuídos por eles. Expressando uma visão otimista sobre o andamento do processo, os depoimentos dos atores-chave apontam aspectos semelhantes:

Eu avalio positivamente, e eu acho que é o início de uma abertura, de um horizonte que faz aproximar o trabalhador da gestão porque vamos poder através do perfil jurídico da fundação ter uma relação menos amadora e mais profissional com o trabalhador. Tentar tirar um pouco aquele estigma de funcionalismo público, de que o funcionalismo público não funciona, não tem eficiência e eficácia. É dar um pouquinho a cara do privado dentro do público sem estar privatizando. (Gestor 3).

A Fundação é um importante dispositivo pra esse processo de mudança. Sem a Fundação a gente não conseguiria instituir mudanças tão importantes, tão radicais, no sentido de ir na radicalidade, de mudar de paradigma, de trazer soluções inovadoras pro campo da gestão pública [...] pelo caráter, pela estrutura, pela personalidade jurídica e administrativa, mas também por permitir ao Estado através de uma relação contratual mais clara, mais transparente entre Estado e Fundação que se replica com as Superintendências nos hospitais, que se replica pra dentro dos trabalhadores, permitir que as relações sejam mais objetivas, [...] ir mudando o paradigma de que eu, na relação do trabalhador com o seu trabalho e que aquele local de trabalho, o setor público é um lugar apenas de cumprir uma relação de emprego e não de trabalho, de cumprir uma relação empregatícia. (Gestor 2)

As mudanças na área de gestão do trabalho, eu considero um marco e uma quebra de diversos paradigmas, sobretudo pra área pública. (Gestor 1)

Há um entendimento por parte dos atores-chave da complexidade do processo de implantação da proposta. Essa compreensão está presente nas falas dos entrevistados:

Mudar uma etapa do processo de trabalho, não é tão difícil. Mudar o comportamento das pessoas que enfrentam um novo modelo de assistência, isso não é da noite pro dia. Estamos falando de mudança de cultura, de comportamento e a gente criar a expectativa de que isso vai ocorrer de uma hora pra outra e isso não ocorre [...]O hospital está em amplo processo de reforma [...] nós estamos num processo de mudança do processo de trabalho, mudança do modelo de gestão e mudança de ambiência física. Então assim, nós estamos no meio da turbulência. (Gestor 1)

“Ele é um processo instituinte muito forte, é um dispositivo instituinte muito forte que com certeza contraria interesses porque se tem principalmente na estrutura da rede hospitalar do nosso Estado e do Brasil como um todo, uma estrutura onde o instituído é muito pesado, uma estrutura onde as corporações elas são muito fortes, muito mais fortes do que a saúde da família [...]E aí vem atrelado à estrutura da fundação, atrela-se toda a concepção de modelo de gestão, de modelo assistencial que está se propondo. Então as dificuldades são de diversas naturezas: políticas, e aí na macro política se tem uma disputa muito grande no cenário de Sergipe e no cenário do Brasil. [...] dificuldades de tudo praticamente ser novo. O instrumento jurídico ser novo, a forma como você se relaciona, os processos que são iniciais de estruturação e de levantar essa empresa, ou seja, é uma construção do zero de uma empresa pública onde todos nós estamos aprendendo ferramentas também da gestão dos negócios, tendo que os gestores desse processo se modernizarem e trazerem informações e buscarem informações do campo privado sem privatizar. Ou seja, compreender as coisas que foram desenvolvidas no mundo dos negócios e trazer pra dentro da máquina pública pra modernizar a máquina pública e não pra privatizar a máquina pública. Também é difícil porque requer formação de gestores e requer conhecimento de coisas novas, de como lidar com essa figura jurídica.[...]A gente já vem fazendo processos de mudança, processos instituintes, processos potentes, mas insuficientes porque se precisa de um mecanismo gerencial mais forte, mais potente. Por exemplo, nós tivemos um processo de Educação Permanente potente, mas foi pontual. Nós tivemos todo um apoio de consultoria que nos ajuda a pensar, a refletir sobre os processos de trabalho, mudar o modelo assistencial, o processo de trabalho das equipes, mas de uma certa forma a dificuldade que está posta da Administração direta, por exemplo, a forma como você gratifica esses gerentes, em que grau de compromisso esses gerentes também vão ter que reproduzir para dentro das equipes, a impotência dos gerentes em fazer com que o trabalhador cumpra as diretrizes dos trabalho.(Gestor 2)

A gente horizontalizou mais o poder. Isso não foi automático – a gente tentou implantar o organograma e da noite pro dia o poder não descentralizou, até porque existe uma cultura de mais de cem anos das instituições médicas aqui do Estado serem... É um organograma novo é um modelo de gestão novo pra realidade do Estado. O organograma pra se implantar realmente ele demora muito tempo.(Gestor 3)

“Uma é convencer os órgãos do governo, jurídico [...] que a Fundação tem especificidade, ela é regida pelo direito privado e ela tem autonomia sobre esses campos. Mesmo isso estando explicitado na lei. E algumas questões que estão explicitadas na lei que cria a Fundação, tipo a questão do seu próprio estatuto, o primeiro é decreto do governador, depois não é. É um ato

do Conselho Curador. Então se a Fundação pode alterar o seu estatuto que é a coisa mais importante de uma Fundação, o restante das coisas, por exemplo, o regimento de compras, o primeiro vai passar pela avaliação da PGE, depois, os ajustes do regimento é um ato interno da Fundação. A lei fala isso. Você traz autonomia pra fazer. Se eu posso mudar o estatuto, lógico que eu vou ter que fazer as alterações, encaminhar uma cópia pro Ministério Público e registrar no cartório. Tem o regramento pra Fundação que eu tenho que aplicar, alterando o estatuto. A outra coisa é, as pessoas que vem pro espaço de gestão, vem pros espaços jurídicos da Fundação, vem pros espaços técnicos da Fundação e que originalmente são do Estado, é meio que abrir a cabeça, eu falo assim tem que dar uma resetada na cabeça e você recolocar. Você vai ter que construir suas regras. Tem que procurar lei, decreto, instrução, você tem que construir as suas e publicizar. [...] Então uma dificuldade é as pessoas trabalharem esse espaço novo, essa estrutura nova e trabalhar com a autonomia que é dada, entender que essa autonomia tem responsabilidade, mas eu tenho que executá-la, porque se eu reproduzir tudo que é do Estado pra cá, matei a Fundação. Matei minha autonomia. Então esse é um cuidado, uma delicadeza do ponto de vista da condução [...] A outra questão é que eu sou vinculado à Secretaria mediada por um contrato estatal de serviços que é o caso aqui de Aracaju e quem ta me contratando ao serviço que é a Secretaria, ela tem que explicitar no contrato o que ela quer e eu tenho que me planejar dentro desse comprador, porque ele é o meu grande, a princípio quase único, ele é o meu grande contratador [...] no momento de contratar não pode ser uma relação de subserviência. Se eu tenho uma relação de subserviência no contrato, não me posiciono no momento do contrato sobre os meus limites, as minhas dificuldades, estabeleço os meus tempos, eu conforme ao que quem tá contratando me põe, cria uma relação desequilibrada4” (Ator-chave)

Há um reconhecimento do grupo gestor quanto à complexidade e ambição da proposta, tanto do ponto de vista da abrangência do projeto quanto da profundidade das mudanças desejadas. Essa complexidade está relacionada à busca de introdução de mudanças na cultura organizacional e da própria administração pública – quanto à responsabilidade, prestação de contas, nível de autonomia, capacidade de regulação quanto até mesmo no plano do imaginário dominante na própria sociedade sobre o estado – paternalista – protetor, privatizado.

A cultura de baixa responsabilidade é confrontada com a nova proposta sendo esperado pelos próprios gestores a emergência de conflitos. A dimensão político-partidária, a luta política também se expressa.

São muitas as dificuldades. Desde a disputa política de cunho político-partidário de interesses internos eleitoreiros, a disputa do modelo gerencial, a forma como as pessoas se posicionam pra defender os seus interesses as disputas corporativas porque é um modelo que não reforça a corporação, não fortalece a corporação, muito pelo contrário ele traz à tona a necessidade do trabalho em equipe. E aí vem atrelado à estrutura da fundação, atrela-se toda a concepção de modelo de gestão, de modelo assistencial que está se propondo. Então as dificuldades são de diversas naturezas [...] Desde uma disputa também interna de interesses partidários, de interesses eleitoreiros que vem à tona e de uma certa forma as pessoas entram de carona nesse processo, as corporações aliadas a esses interesses eleitoreiros e acabam de uma certa forma fazendo uma disputa no sentido de

dificultar o processo e o andamento desse processo. Atrelado a isso as dificuldades de tudo praticamente ser novo. O instrumento jurídico ser novo, a forma como você se relaciona, os processos que são iniciais de estruturação e de levantar essa empresa, ou seja, é uma construção do zero de uma empresa pública onde todos nós estamos aprendendo ferramentas também da gestão dos negócios, tendo que os gestores desse processo se modernizarem e trazerem informações e buscarem informações do campo privado sem privatizar. Ou seja, compreender as coisas que foram desenvolvidas no mundo dos negócios e trazer pra dentro da máquina pública pra modernizar a máquina pública e não pra privatizar a máquina pública. Também é difícil porque requer formação de gestores e requer conhecimento de coisas novas, de como lidar com essa figura jurídica. (Gestor 2)

Além das questões políticas presentes na fala dos gestores, a fala acima também reflete os desafios ligados ao desenvolvimento gerencial necessário para implantar a proposta, envolvendo tanto a profissionalização da gestão quanto à necessidade de desenvolvimento de novas ferramentas gerenciais.

A mudança no âmbito da gestão do trabalho confronta os interesses cristalizados em processos de baixa regulação ou de “auto gerenciamento”. A proposta é reconhecida, também, pelos valores que a norteiam e que devem ser fortalecidos no processo em curso. A mudança é reconhecida pelos gestores como fonte de ansiedade pela ruptura que procura produzir:

A primeira dificuldade são as quebras de paradigmas, ou seja, todo processo de mudança enche as pessoas de ansiedade, o confronto com essa cultura de autogerenciamento de acordo com a sua conveniência. Então por exemplo, é preciso trazer nessa nova lógica da fundação o interesse do serviço em primeiro lugar [...] Nós existimos enquanto profissionais naquela posição de trabalho porque existe aquela demanda da população em ser atendida. [...] confrontar essa cultura que vem se desenvolvendo de reduzir jornadas, de permitir jornadas de sobreaviso, onde os médicos muitas vezes não comparecem ao serviço. A segunda realmente é o processo de mudança [...] isso provoca ansiedade, isso provoca dúvidas nos trabalhadores, muitas vezes legítimas outras vezes nem tanto porque nós estamos falando da área pública e toda área pública tem as intervenções políticas. Nós temos alguns grupos com outros interesses que na verdade esses grupos tem certeza, mas promovem a dúvida porque é interessante não ver a Fundação estabelecida. Isso a gente não pode negar. A gente tenta derrubar as questões políticas com a técnica, então assim fatos e evidências técnicas, nós temos uma equipe muito boa, mas há sempre um tensionamento nessa área. (Gestor1)

Compreendendo a luta política em curso e particularmente a dificuldade de envolvimento dos médicos, ainda se apresenta como preocupação da gestão outros aspectos e desafios, tais como: as melhorias remuneratórias – dificuldades em algumas especialidades perante o mercado de trabalho.

Acho que um dos principais é o fator político. A contaminação política dos sindicatos [...] até mesmo partidária, a contaminação política das corporações. Existe uma tentativa de deturpar o motivo da Fundação, isso aí a gente vê veiculado na imprensa que é cabide de emprego, que o vínculo estatutário vai virar vínculo celetista, então existem várias tentativas aí de confundir a cabeça do servidor público pra que haja dificuldade de

implantar. Outro fator que eu identifico dentre os trabalhadores está na corporação médica. A fundação vem pra melhorar, mesmo assim em algumas categorias a gente não consegue competir ainda com o privado, em algumas especialidades como oftalmo, como otorrino. Então assim a gente tem dificuldade de competir em relação a mercado em faixa remuneratória com o privado. [...] O próprio perfil do trabalhador médico ele não se enxerga servidor, trabalhador daquela instituição. Ele se enxerga um profissional liberal como advogado e que aquele espaço ali é mais um espaço de trabalho dele e que muitas vezes é o espaço que ele tem o menor ganho salarial. Isso não é a regra. A corporação médica é a corporação que a gente tem mais dificuldade pra engajar esse trabalhador na causa do serviço público é o trabalhador menos envolvido nas causas médico (Gestor 3)

A dificuldade na gestão do HUSE também aparece na fala do gestor 2:

“A gente tá na 3ª gestão do HUSE. Na 1ª a gente fez uma certa aliança com a corporação, achando que com esse processo de aliança a gente ia conseguir se aproximar mais da corporação pra instituir os processos de mudança. Foi bom, a gente conseguiu alguns avanços nesse processo, mas precisava fazer uma 2ª. ruptura que eram algumas rupturas que a corporação, a visão corporativa não o faria. Então trouxemos uma pessoa jovem que topou fazer essa ruptura com a visão corporativa e conseguiu fazer até um certo limite porque os processos não estavam claros, a organização dos processos, há também formação desses gestores novos que estão aí[...].Então, a visão da 2ª. geração da gestão do HUSE é uma visão mais operacional do que estratégica e tática. De uma certa forma mudou, o HUSE teve muitos avanços nesse processo no que diz respeito às equipes horizontais que foram consolidadas, as próprias comissões foram organizadas, os próprios absurdos que tinham em termos de estruturação dos espaços foram resolvidos, saneados. Agora, não se conseguiu organizar de uma forma mais planejada e mais estratégica alguns processos que seriam estruturantes dentro do hospital. E vem uma 3ª. geração que é uma geração que tem uma experiência acumulada num determinado local que é o SAMU, um pouco militarizada, mas que tem uma visão estratégica e uma visão tática, e que tem visão de hierarquia. Então, esta hierarquia que precisa ter, esse resgate de liderança da instituição, do comando que precisa ter. A gente tá fazendo uma aposta de se conseguir agora com essa 3ª. geração. ”(Gestor 2)

No final de setembro desse ano, o grupo do SAMU deixou a linha de frente do HUSE que passou a ser gerenciado de forma interina pelo Diretor Operacional da FHS. Esse processo nos fala de uma transição que não se conclui. Isso pode estar apontando problemas de condução cotidiana do projeto de mudança no hospital, que parecem estar relacionadas a dificuldades de estabelecer liderança interna do processo em curso.

Diante do processo de implantação da FHS os trabalhadores apresentam uma certa desconfiança, o que ressoa através de suas falas:

A Fundação será boa pra quem tá chegando agora, porque daqui há dois anos você tem melhoria no seu salário, entendeu. E aí mais 5 anos, você tem como crescer na Fundação. Mas pra quem tá saindo, como eu, não tem

[...]No vínculo mais recente eu tenho 7 anos e até agora eu não vi a mínima vantagem, nem financeira nem com relação à carga horária. Então eu sou uma pessoa que não adesão à Fundação nos dois vínculos. Os meus dois vínculos são estatutários. Então é não adesão à Fundação. Não vi vantagem nenhuma por mínima que seja [...]E a desvantagem que eu vi é que quem vai entrar agora vai ter os mesmos direitos e ganhar os mesmos salários igual a gente que já tá aqui há 22 anos, eu tenho 22 anos no hospital, já vai entrar pra 23 anos, e vai ganhar o mesmo que a gente tá ganhando hoje, quem tá entrando agora. [...] A Fundação não traz melhora para os funcionários antigos que estão próximos de se aposentar. [...]Eu fiz adesão por 36 hs porque eu tenho dois vínculos, eu não tenho o que fazer em casa. os filhos tão grandes [...] nós vamos completar 23 anos. Não tivemos gestão de trabalho com carreiras e aumento de salários. [...], já vou completar 30 em 2010, eu continuo com a mesma coisa. O meu salário-base é o salário mínimo como técnica de enfermagem.[...] trabalho, já estou me aposentando, mas até agora ninguém me deu garantia que eu vou continuar fazendo o meu trabalho, certo, e eu não gostaria de sair do HUSE [...] antigamente o pessoal trabalhava com mais vontade, mais entusiasmo. Não tinha tanta mudança, toda hora mudança e só cobrança sem dar a garantia, sem dar condições. E hoje tá assim toda hora muda uma coisa e muda outra, e não espera acontecer pra ver se tá dando resultado, aí só faz cobrança, cobrança, implantar coisa sem dar o recurso necessário pra gente trabalhar, entendeu. [...] E muda setor de lugar e muda chefia e muda gerente e muda tudo e a gente não sabe a quem se dirigir às vezes, porque muda tudo e ninguém dá satisfação. (Grupo 1)

Uma outra questão que aparece nas falas dos trabalhadores é a desinformação que acompanha o processo. Os trabalhadores não conseguem visualizar ou expressar as propostas apresentadas pela gestão. Isso está demonstrado nas falas abaixo:

A transição aqui pra Fundação pra gente nunca se chegou pra passar todas as informações de o que é a Fundação. Ao contrário se iludia os funcionários aqui há muitos anos dizendo que se conseguisse transformar o hospital em Fundação o salário do funcionário ia lá pra cima, ia se ganhar muito bem, ia ser isso ia ser aquilo. [...] E ninguém vê essa fundação, nem aonde ela funciona, nem o que é que ela tá fazendo, nem qual é a gestão dela. O que a gente sente aqui é que eles estão num regime de Fundação, ou seja, pessoas que são da Fundação, e não são do hospital e outros que também são do hospital, mas que estão fazendo parte da Fundação, apenas com repressões, com imposições, com um regime de trabalho e gestão do trabalho que eles não passam qual é, mas que querem cobrar como se fosse alguma coisa já posta e que eles nunca quiseram essa exposição de como é que você tem que trabalhar [...]Melhora pro hospital nenhuma.[...]A gente consegue ouvir eles dizerem só vantagem, mas a gente não consegue ver. Na minha opinião, não que eles tenham dito isso pra gente, porque até agora a gente não sabe absolutamente nada, eles nunca chamaram a gente pra dizer nada. Na minha opinião o que eu sei de Fundação é que funcionaria e resolveria muitos problemas que o João Alves tinha e ficava emperrado, não conseguia avançar muito em algumas coisas, porque não tinha flexibilidade pra resolver as coisas, dependia de uma burocracia muito grande [...] O problema é que ele ao querer mudar pra a Fundação mexeu com o salário de todo mundo. Porque ele podia mudar pra Fundação simplesmente porque o sistema anterior não dava essa liberdade de compra, de agilidade de coisas, de contratar de descontratar, não dava e a Fundação dava. Pronto, ponto final. Mas não, ele foi mexer e foi mexer com carga horária e com salário de todo mundo. Por isso que tá essa confusão. A gente tem que optar. Quem não optar cai automaticamente pra 30 horas. Aí você vai quando faz suas contas

vc vai ganhar o mesmo que você ganha hoje e trabalhando mais. Aí chega corre pro contador, o contador diz que é isso mesmo, que tá errado. Aí vai pra reunião com o secretário, o secretário diz que não, que pode olhar aqui no papel que vocês vão ganhar mais. Então a confusão está nisso. Não é que a gente seja contra o sistema de Fundação. Até porque a gente teve pouco. [...]Acho que está bem esclarecido que não houve esclarecimentos, não houve informações, houve imposições, pressões.[...]O que não houve, o que eles não conseguiram passar pra os funcionários foi a confiança, eles não conseguiram depositar a confiança,

Os trabalhadores expressam sentidos sobre o processo de mudanças: Na fala abaixo percebemos o sentido de ameaça advindo do processo de mudança em curso:

“O nosso maior medo da fundação é isto. Alguém que está lá em cima é querer fazer como ele imagina. Sou eu que tô mandando, sou eu que faço, sou eu que resolvo [...]Aí a dúvida que nós falamos da Fundação: Como é que vamos ficar em questão do trabalho. Nós vamos continuar assim, ou vamos mudar.[...] Ou vai piorar? A gente tem que saber porque a gente continua com as mesmas dúvidas. É como disse a colega, todo mundo está estressado, todo mundo está triste, todo mundo tem dúvidas, porque até agora ninguém explicou nada

Está presente nas falas dos trabalhadores uma interpretação de como são vistos pelos gestores nesse processo:

Então o que eu percebo, assim, nas poucas entrevistas que eu ouvi, deu pra perceber que eles querem passar para a sociedade que o atendimento hoje é precário e que com a Fundação, com a implantação, isso vai mudar. E o que ele quer dizer com isso? Que nós estatutários, pra um bom entendedor, não servimos pra esse atendimento de alta qualidade que ele quer dar à sociedade. Então é como se nós, assim, tratasse mal os pacientes, não desse o atendimento que os pacientes, e que a sociedade necessita e com esse novo regime celetista vigorando nas Fundações, aqui dentro desse hospital, o atendimento ia ser de primeira qualidade. O que dá pra entender é isso.[...]coloca que o funcionário público é uma classe de último nível de ruindade, não tem nada de bom o funcionário público, ele coloca assim. [...] chega na própria lei e diz que nós somos uma classe em extinção, que ele vai extinguir porque não presta.

Esse sentimento de não reconhecimento pela condição de estatutário e qualidade de seu trabalho acaba por engendrar mais resistência à mudança.

Um outro ponto com relação esse imaginário sobre o vínculo está presente na fala de um trabalhador temporário:

Eu fiz o concurso [...] Mas eu não tinha vontade de fazer porque era fundação. Na minha concepção eu queria ser estatutária e que não fosse Fundação. (Grupo 1)

A proposta e o não saber que a cerca tem sido fonte de sofrimento para os profissionais do HUSE. São falas dos grupos focais:

“Na verdade a Fundação pra mim eu não tenho visto benefícios pelos comentários dos funcionários do Estado. Benefício nenhum para eles. Pra mim eu só tô vendo isso. Então assim, o clima tá super, todo mundo tá super ansioso, estressado. Eu tô vendo o sofrimento deles e estou sofrendo junto com eles também [...] Em questão das reuniões já aconteceram várias. O número de participantes é pequeno. [...] não tem oportunidade de você no horário de trabalho participar de uma reunião com discussões. [...] E as reuniões terminam e você sai de lá com as mesmas dúvidas que você entrou. [...]Eu participei de reunião, mas escuto os comentários não tem aquele esclarecimento que eu queria. [...]Por exemplo, até hoje a nossa enfermeira coordenadora chefe geral não sentou com o funcionário, ainda. Ela não teve um momento de discussão pra ela passar na nossa linguagem o que é a Fundação pro nível médio, o que é a Fundação pro nível técnico, o que é a Fundação pro nível superior. Até hoje a gente espera. Cadê a nossa coordenadora geral da enfermagem do HUSE pra falar sobre a Fundação. Nunca chegou. [...]Então eu não tenho medo de trabalho, já estou me aposentando, mas até agora ninguém me deu garantia que eu vou continuar fazendo o meu trabalho, certo, e eu não gostaria de sair do HUSE. Isso aqui começou conosco. Nós entramos aqui. (Grupo 1)

“A transição aqui pra Fundação pra gente nunca se chegou pra passar todas as informações de o que é a Fundação. Ao contrário se iludia os funcionários aqui há muitos anos dizendo que se conseguisse transformar o hospital em Fundação o salário do funcionário ia lá pra cima, ia se ganhar muito bem, ia ser isso ia ser aquilo.” (Grupo2)

“Ou vai piorar? A gente tem que saber porque a gente continua com as mesmas dúvidas. É como o colega diz, todo mundo está estressado, todo mundo está triste, todo mundo tem dúvidas, porque até agora ninguém explicou nada. A gente não sabe o que vai acontecer”. (Grupo 1)

“A gente consegue ouvir eles dizerem só vantagem, mas a gente não consegue ver”.(Grupo 2)

“O que eu percebo no nosso dia a dia desde esse momento que iniciou-se o comentário é Fundação não é Fundação, é que isso atingiu, abalou bastante o psicológico o emocional dos funcionários, não é, que já vivem com suas vidas estabilizadas. [...] nós somos um pouco alienados nessa parte jurídica, tal das leis, no entendimento das leis. Então nós ficamos assim aflitos. Acreditar em quem? Acreditar em quem? Acreditar nas palavras bonitas do secretário e de sua equipe, que se contradiz toda hora.” (Grupo 2)

As falas acima são fortes e mostram um imaginário de mudança carregado de elementos que não favorecem a ligação dos trabalhadores ao projeto, embora se identifiquem com o hospital. A proposta de mudança, para os profissionais, parece carregada de elementos subjetivos com forte valor negativo. Emergem idéias de manipulação e sentimentos de exclusão pela falta de oportunidades para compreender a proposta.

Voltando a perspectiva dos gestores, o conteúdo da mudança na sua dimensão assistencial e para além da gestão do trabalho, também expressa expectativas quanto ao potencial efeito sobre aspectos menos tangíveis, como a cultura organizacional, o que em nossa compreensão poderia apontar para novos sentidos para a organização do processo de trabalho, que precisam ser tecidos, constituídos ao longo do processo.

Já foram implantadas algumas mudanças no HUSE prevendo a chegada da Fundação. Por exemplo, foi implantada a classificação de risco. Isso é uma mudança no processo de trabalho. Foram implantados na área fim alguns novos protocolos de trabalhos, bem afeitos na área técnica houve, também, um curso de qualificação de gestores em parceria com a UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. Nós estamos falando não só esta mudança pontual ela é até mais fácil de perceber [...] Estamos falando de mudança de cultura, de comportamento e a gente criar a expectativa de que isso vai ocorrer de uma hora pra outra e isso não ocorre [...] já tem pessoas que apostam muito no novo modelo

A gente já vem fazendo processos de mudança, processos instituintes, processos potentes, mas insuficientes porque se precisa de um mecanismo gerencial mais forte, mais potente. Por exemplo, nós tivemos um processo de Educação Permanente potente, mas foi pontual. Nós tivemos todo um apoio de consultoria que nos ajuda a pensar, a refletir sobre os processos de trabalho, mudar o modelo assistencial, o processo de trabalho das equipes [...] Houve mudanças, mas muito lentas no meu ponto de vista. Eu acho que com a Fundação a gente vai mais para a radicalidade do processo de mudança e aí a gente pode apostar num avanço maior na estrutura dos hospitais. (Gestor 2)

“A mudança não é automática, mas avançou um pouco, embora a cultura organizacional seja muito forte” (Gestor 3)

A percepção mudanças está presente, mas ainda não é abrangente:

“Então essa situação dramática, de barbárie, essa situação não existe mais. [...] Então você tem uma situação hoje, tenta fazer uma gestão de leitos dentro do hospital, tenta fazer uma gestão de leitos com os hospitais do interior pra você poder intercambiar pacientes, com os hospitais conveniados. Nesse sentido, inegavelmente teve uma melhora e que às vezes até as pessoas que estão lá não conseguem perceber. Mas se você olhar o que era no começo e o que tá hoje tem melhoras significativas em alguns dados.[...] Agora o que eu não consigo perceber, pelo menos no trabalhador, é o grau de compreensão das mudanças, independente de ter a Fundação ou não. Fundação é um elemento nessa situação, poderia nem ter a Fundação. O que é que envolve de esforço pra isso, não é, esforço da Secretaria com recursos financeiros, esforço deles também, porque tem que conviver num espaço, porque tem uma área isolada por causa de obras, poeira, ruído, um conjunto de coisas. O que isso vai significar enquanto resgatar esse equipamento que estava absolutamente sucateado, o que vai significar isso pro Estado de Sergipe. Então, esse significado, quer dizer a construção desse significado, esse significado eu não consigo perceber nos trabalhadores. E às vezes, o que é pior eu não consigo perceber nos gestores, em quem tá lá

fazendo a gestão cotidiana. A alta direção tem essa compreensão, mas quem faz gestão cotidiana pra dentro do hospital não tem essa compreensão também”. (Ator-chave 4)

“ já tem pessoas que apostam muito no novo modelo [...] na minha visão cética do processo é que no todo ainda são pequenas as mudanças de comportamento. Se a gente analisar individualmente algumas pessoas já mudaram significativamente o seu comportamento. Agora, precisa perceber no todo. [...] O hospital está em amplo processo de reforma [...] nós temos um hospital que pela estrutura física dele arcaica não tem armários, tem condições muito ruins de ambiência das áreas de uso comum dos trabalhadores, ou seja, o hospital tá num processo de mudança. E essa mudança visual impacta também no comportamento” (Gestor 1).

QUADRO 5 – Síntese – Processo de implantação

CATEGORIAS	GESTORES	TRABALHADORES
Crenças no Projeto	Guarda um grande potencial de mudança	Não são reconhecidos benefícios significativos para o Trabalhador, principalmente os antigos.
Vivência do processo	Enfrentamento de dificuldades de natureza política e de resistência ao processo de mudança	Processo vivenciado com muito stress, ansiedade, desinformação. Vivências de ameaças.
Relação com o processo	Autoria e pertencimento ao projeto provocador de mudanças	Dúvidas e expectativas negativas e não reconhecem o projeto como um ideal comum.

Quadro de elaboração própria

Enquanto o grupo de gestores faz uma avaliação de que as ações da gestão estão no caminho certo e compartilham as propostas da FE como um projeto comum, constituindo, poderíamos mesmo supor, um imaginário organizacional de mudança, o grupo de trabalhadores traz dúvidas e expectativas negativas e não constituem tal projeto como um ideal comum a ser subjetivamente investido. Ao contrário o projeto provoca ataques, rechaça, Assim, o processo em curso não tem propiciado a partilha do projeto, que não vêm se constituindo como projeto comum.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A nossa análise tem como ponto de partida o desenho do contexto geral da rede hospitalar de saúde do estado e da SES, localizando o HUSE no momento em que o grupo gestor assumiu – 2007. Utilizando o modelo contextualista, tentamos identificar aspectos do contexto externo e do contexto interno.

O contexto geral apresentado mostrou-se favorável à criação de um novo modelo que fizesse enfrentamento aos problemas que se apresentavam, no âmbito da assistência, da gestão do trabalho e da capacidade operacional do estado. Os hospitais, na sua maioria estavam privatizados.

O HUSE, o maior hospital público da rede hospitalar do estado, inserido na estrutura organizacional da SES, revelou-se como um hospital que expressa distorções das relações de trabalho, em maior nível que os demais, com acordos históricos mediados por interesses corporativos e político-partidário. Na assistência se apresentava um quadro caótico de abandono com internações longas e em péssimas condições ambientais. Apresentou-se ainda, problemas nas escalas dos profissionais.

O HUSE constituiu-se historicamente como foco de investimentos econômicos e políticos.

Na análise do conteúdo da proposta em implantação, no âmbito da gestão do trabalho, a pesquisa mostrou como aspectos centrais: natureza do vínculo formal de trabalho, o Plano de emprego carreiras e salários e a política remuneratória. Essas questões mostraram uma linha de direção da proposta para enfrentamento da questão da precariedade dos vínculos, possibilidades de crescimento e reconhecimento no trabalho.

Essas propostas em implantação encontram-se no momento atual numa fase denominada por um dos entrevistados como “*de transição*”, marcada pelo reenquadramento dos servidores estatutários e chegada dos trabalhadores celetistas.

Na análise do processo de implantação das mudanças, numa abordagem horizontal, visualizamos no tempo presente – 2009 – um novo contexto. Esse se apresenta com pequenas mudanças, porém, significativas, mas que não são percebidas no cotidiano nem por trabalhadores, nem pelos gerentes.

Numa abordagem vertical, do impacto para os sujeitos, entrelaçando os elementos teóricos da psicossociologia francesa, a análise mostrou que o processo de implantação expressa para o grupo gestor um imaginário de potência, de abertura de novos horizontes para a mudança, envolvendo certa grandiosidade, como modernização

da administração pública e de suas práticas. Os gestores sentem o projeto como o caminho certo para o enfrentamento de dificuldades de natureza política e de resistência ao processo. Expressam o reconhecimento da complexidade da implantação da mudança, explicando-a pelos aspectos mais objetivos de operacionalização da proposta. Porém não se expressa uma percepção dos aspectos subjetivos e do imaginário presente na vida do hospital sobre o projeto que ainda está distante de favorecer uma afiliação do coletivo de trabalhadores.

O imaginário do grupo trabalhador expressa descrença, falta de idealização, impotência, frustração, dúvidas e expectativas negativas. Não reconhecem o projeto como seu. Não se afiliam à proposta.

A mudança de paradigma do serviço público pretendida pelos gestores, de resgate de um ideal de serviço mostra-se distante do que se manifesta hoje, não é partilhado pelos trabalhadores. Estes não reconhecem a Fundação como emprego público. Há para esse grupo um imaginário sobre o vínculo com a administração pública como um lócus de proteção, onde as ameaças deveriam estar afastadas. Não há, no grupo de trabalhadores, a percepção que essa proteção está produzindo efeitos de baixa responsabilidade, baixa eficiência, descompromisso.

Os trabalhadores expressam seu sofrimento na vivência desse momento e se referem a ansiedade, estresse, atribuindo-os ao medo advindo do desconhecimento da proposta. A escuta dos trabalhadores parece indicar problemas na circulação da proposta, sua difusão ainda é limitada dificultando ainda mais uma aposta coletiva. A incompreensão, o medo e a ansiedade parecem dominantes.

Apresentam-se no processo de implantação analisado o que poderíamos chamar como algumas cegueiras. No imaginário dos gestores, a mudança em curso segue seu rumo. No entanto, parece haver uma minimização dos problemas de adesão ao projeto, o que limita a compreensão da importância da dimensão interativa em suas estratégias de ação.

No grupo de trabalhadores a cegueira é fruto do aprisionamento a certas ameaças reais ou imaginárias, à falta de informações e às pressões de atores oponentes ao projeto como também da cultura dominante na administração pública, na qual o Estado deveria colocar-se como protetor dos interesses dos funcionários.

Os gestores reconhecem que o projeto não caminha no ritmo que eles gostariam, mas parece que eles não conseguem identificar problemas de condução e, portanto, reexaminar as estratégias. Os resultados da pesquisa indicam que eles

parecem ficar capturados pela complexidade do conteúdo da mudança e não conseguem acompanhar a totalidade do processo, muito particularmente aqueles aspectos coletivos, grupais e interativos..

Diante do achado da pesquisa fica uma interrogação: como rever a estratégia de condução?

Certamente para responder essa indagação deve-se considerar a dimensão comunicacional do projeto. Para Chanlat (2007) a palavra é a principal ferramenta do gestor. As estratégias a serem consideradas devem reconhecer a importância da dimensão de liderança, de condução dos coletivos, onde a palavra/informação é uma ferramenta valiosa para favorecer aposta e crença no projeto.

O projeto representa uma mudança de paradigma do serviço público e do funcionalismo público. Representa a exigência de uma maior maturidade na sua missão pública de responsabilidade e compromisso.

Pensar no contexto futuro, a partir do modelo contextualista no caso analisado é pensar novas estratégias de condução do projeto na instituição HUSE, considerando o seu plano simbólico e imaginário para poder contribuir para mudanças na cultura organizacional. Trabalhar na construção de novos sentidos, de um imaginário partilhado sobre a mudança que possa ser construído com os grupos e sujeitos. Só assim o projeto poderá vir a ser objeto de aposta coletiva. O projeto não é um plano que está na gaveta, mas sim algo vivo que suscita reações nos indivíduos pelo seu conteúdo, mas pelas ameaças e fantasias que desperta. Considerar mais atentamente tais questões mostra-se fundamental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AZEVEDO, Creuza da Silva. **“Sob o domínio da urgência : o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro”**. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

_____, **“Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde”** *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2):349-361, 2002

_____, **“A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional”**, Abrasco, 2007.

ARAGÃO, Alexandre Santos de, et al. **“Fundações estatais: estudos e parecer”**. Org. SANTOS, Lenir. Campinas, SP. Saberes Editora, 2009.

BARBOSA, Pedro. **“Entrevistas em novembro de 2006 e abril e novembro de 2007”**. Rio de Janeiro: ENSP Notícias-disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/entrevistas>. Acesso em 20 de abril de 2009.

BARBOSA, Pedro. **“Novas perspectivas para a gestão do SUS”**. 26 de março de 2009. *Jornal do Brasil/RJ*

BARUS-MICHEL, Jacqueline. **“O sujeito social”**. Tradução de GALERY, Eunice e MACHADO, Virgínia Mata. Belo Horizonte, MG. Editora PUC Minas, 2004).

BRAGA NETO, Francisco Campos; BARBOSA, Pedro Ribeiro e SANTOS, Isabela Soares. **“Atenção hospitalar: Evolução histórica e tendências”**. In *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Giovanella, Lígia et al (Orgs). Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. São Paulo, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), 2008.

BRASIL. **“Agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde”**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde.

Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : MS, 2005. 64p.

_____. **“Constituição da República Federativa do Brasil”**, Brasília, 1988.

Disponível

em<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao_Compilado.htm >.

Acesso em 29 de abril de 2009.

_____. **“Resolução nº 196 - Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos”**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. **“Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos”**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Brasília. MP, 2007.48 p.

BRESSAN, Cyndia Laura. **“Mudança organizacional: uma visão gerencial”**. . In: I Seminário de Gestão de Negócios, 2004, Curitiba. FAE, 2004. Disponível em www.fae.edu/publicacoes/ . Acesso em 25 de novembro de 2009.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **“Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado.”** In Reforma do Estado e administração pública gerencial Orgs. BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos, Spink, Peter Tradução Carolina Andrade. 7^a. edição. Rio de Janeiro, RJ. Editora Fundação Getúlio Vargas, 2005.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **“Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional”**. 1ª edição. São Paulo: Editora 34. Brasília: ENAP. 1998

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **“Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda”**, in Saúde em Debate. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CARVALHO, Mônica Sampaio. **“Gestão de sistemas de saúde, redes assistenciais de saúde e a produção de integralidade no SUS, e, a regulação em saúde”**, apresentação em Power Point, utilizada na aula do curso de gestão hospitalar. 2008.

CELLARD, André. **“A análise documental”**. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

CHANLAT, Jean-François. **“Por uma antropologia da condição humana nas organizações”**. In: CHANLAT, Jean-François (org). O individuo na organização: Dimensões Esquecidas, vol. 1. São Paulo, SP: Atlas, 2007.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes e SILVA, Pedro Luís Barros. **“Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos”**. Ciência & Saúde Coletiva v.5 n.2 Rio de Janeiro 2000. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 17 de março de 2009.

DEJOURS, Christophe. **“Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho”**. Tradução do texto feita por SOUDANT, Franck. LANCMAN, Selma e SZNELWAR, Laerte (orgs.). 2ª. ed. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2008.

ENRIQUEZ, Eugène. **“O Vínculo Grupal”** In: Levy A, Nicolai A, Enriquez E, Dubost J organizadores. Psicossociologia: análise social e intervenção. Petrópolis, RJ:Vozes, 1994. p56-69

_____. **“A organização em análise”**. Tradução: ROCHA FILHO, Francisco. Petrópolis: Vozes, 1997.

FEUERWERKER, Laura. **“Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS”**, in Interface 491 - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

IBAÑEZ E VECINA NETO (2007), **“Modelos de gestão e o SUS”**. In Ciência & Saúde Coletiva, 12(Sup):1831-1840, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 17 de março de 2009.

LEVCOVITZ, Eduardo. LIMA, Luciana Dias de e MACHADO, Cristiani Vieira. **“Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas”** - Ciência & Saúde Coletiva, 2001.

LÉVY, André. **“Psicossociologia: análise social e intervenção”**. Petrópolis, RJ:Vozes, 1994.

LÉVY, André. **“Ciências Clínicas e Organizações Sociais: Sentido e crise do sentido”**. Belo Horizonte: Autêntica. 2001

MACHADO, Kátia. **“Fundações Estatais de Direito Privado: O servidor escolhe seu lado”**, in RADIS – Revista do “Programa Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde” – n°. 86 de outubro 2009. Disponível em www.ensp.fiocruz.br. Acesso em 25 de novembro de 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **“O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde”**. 8ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **“Métodos, técnicas e relações em triangulação”** in **“Avaliação por triangulação de método: Abordagem de Programas Sociais”**. Org. MINAYO, Maria Cecília de Souza, ASSIS, Simone Gonçalves e SOUZA, Edmilsa Ramos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **“Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS”**. Revista Serviço Social e Sociedade n°. 87. São Paulo/SP. Ed. Cortez. 2006.

_____, Roberto Passos. **“Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde”**. Revista Divulgação em Saúde para Debates. n. 14, ago., 1996. Disponível em <http://www.opas.org.br>. Acesso em 20 de abril de 2009.

_____, Roberto Passos. **“A regulação dos vínculos de trabalho no SUS”**. Trabalho elaborado para a Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos

Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica aplicada (IPEA) – Diretoria de Estudos Sociais. Brasília, DF - Brasília, Setembro de 1999.

PEREIRA, Maurício Fernandes. **“Recursos humanos em um contexto de reestruturação: Uma revisão”**. Revista de administração, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 47-55, julho d\setembro 1998.

PETTIGREW, Andrew M. **“Longitudinal field research on change theory and practice in Organization science”**, vol 1, n. 3, august 1990.

_____. **“Contextualist research and the study of organizational change processes”**, in Mumford, E. et al (Editores). Research methods in information systems. Elsevier Science Publisher B. V. (North-Holland), 1985.

PINTO, Hêider Aurélio, FRANCO, Túlio Batista e MERHY, Emerson Elias. **“Fundação Estatal e o Fortalecimento da Capacidade de Ação do Estado”** – www.planejamento.gov.br – Acesso em 15 de abril de 2009.

SÁ, Marilene de Castilho. **“A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde”** In Interface (Botucatu) vol.13 supl.1 Botucatu, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 10 novembro de 2009.

SANTOS, Rogério Carvalho. **“A Reforma Sanitária e Gerencial do SUS em Sergipe”**, apresentação em Power Point em aula no curso de gestão hospitalar, 2008a.

_____, Rogério Carvalho. **“A Reforma Sanitária e Gerencial do SUS em Sergipe”**, Aracaju, 2008b (mimeo).

_____, Rogério Carvalho. **“Saúde todo dia: uma construção coletiva”**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **“Projeto de Organização da Atenção Hospitalar do Estado”**. Aracaju, 2007a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Projeto Básico do Convênio celebrado entre a SES-SE e a UNIFESP**. Aracaju/SE, 2007b.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **“Projeto Básico do curso de gestão hospitalar”**. Aracaju/SE, 2007c.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Assessoria de Comunicação. **“Depoimento do Secretário de Estado da Saúde”**. Matéria veiculada no dia 16 de outubro de 2008 no site da SES: www.saude.se.gov.br

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Assessoria de Comunicação. **“Concurso da Saúde: SE avança na implantação das Fundações Estatais”**. Matéria veiculada no dia 17 de outubro de 2008 no site da SES: www.saude.se.gov.br

_____. **“Lei Estadual de Sergipe Nº 6.348 de 02 de janeiro de 2008”**. Dispõe sobre a criação da Fundação Estadual de Saúde. Aracaju, Diário Oficial do Estado Nº. 25424, 2008a.

_____. **“Lei Estadual de Sergipe Nº 6.346 de 02 de janeiro de 2008”**. Dispõe sobre a criação da Fundação Parreiras Horta. Aracaju, Diário Oficial do Estado Nº. 25424, 2008b.

_____. **“Lei Estadual de Sergipe Nº 6.347 de 02 de janeiro de 2008”**. Dispõe sobre a criação da Fundação Hospitalar de Saúde. Aracaju, Diário Oficial do Estado Nº. 25424, 2008c.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **“Estatuto da Fundação Hospitalar de Saúde”**. Aracaju, 2008d.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **“Ata da reunião de criação da Fundação Hospitalar de Saúde”**. Aracaju, 2008e.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **“Resumo do Relatório de Auditoria na área de Recursos Humanos realizada no HUSE”**. Aracaju, 2008f.

_____. **“Lei Estadual de Sergipe Nº 6.345 de 02 de janeiro de 2008”**. Dispõe sobre a organização e funcionamento do SUS em Sergipe. Aracaju, Diário Oficial do Estado Nº. 25424, 2008g.

_____. **“Revista do trabalhador”**. Fundação Hospitalar de Saúde. Aracaju/SE, 2009a.

_____ **”Diretrizes da Atenção Hospitalar no Estado de Sergipe”**, Secretaria de Estado da Saúde, Aracaju, 2009b.

_____. **“Demonstrativo Base para Opção do Servidor – simulação.”** Fundação Hospitalar de Saúde. Aracaju/SE, 2009c.

_____. **“Resumo do processo de Adesões do Hospital de Urgência de Sergipe”**. Fundação Hospitalar de Saúde. Aracaju/SE, 2009d.

_____ **.”Lei Estadual de Sergipe Nº. 6613 de 18 de junho de 2009”**. Dispõe sobre a constituição de Quadro Específico de Pessoal, de Natureza Provisória e em Extinção, composto pelos servidores titulares de cargo de provimento efetivo ou ocupantes de emprego público, das Unidades Assistenciais da Secretaria de Estado da Saúde – SES, disponibilizados para as Fundações.. Aracaju, Diário Oficial Nº. 25779, 2009e.

TURATO, Egberto Ribeiro. **“Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa”**. Rev. Saúde Pública. 2005. Acesso em 25 de novembro de 2009.

VECINA NETO, Gonzalo e MALIK, Ana Maria. **Tendências na assistência hospitalar**. Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 17 de março de 2009.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler e OLIVEIRA, Eliane dos Santos. **Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: empregos dos enfermeiros nas três últimas décadas.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2001.

ANEXO 1

Roteiro de entrevista semi-estruturada com atores institucionais/gestores da FHS

1. Na sua experiência como você avalia as mudanças na área de gestão do trabalho a partir da implantação da FHS?
2. Na sua avaliação existem mudanças nas práticas de trabalho realizadas no HUSE?
3. Quais as dificuldades encontradas pela gestão no processo de implantação da FHS?
4. No documento da SES, “Resumo do Relatório de Auditoria interna realizada no HUSE, 2007” foram identificados problemas na área de gestão trabalho que expressam aspectos ligados à gestão dos horários, frequências e jornadas de trabalho dos profissionais e outras questões ligadas à remuneração. Como você avalia a situação neste momento, especialmente no HUSE?
5. O que você considera estratégico para o processo de implantação?

Roteiro de entrevista semi-estruturada com atores institucionais/gestores do HUSE

1. Na sua experiência, como você avalia as mudanças na área de gestão do trabalho no HUSE a partir da implantação da FHS?

2. Quais as possibilidades e limites trazidas para a gestão do trabalho nesse processo de implantação da FHS?

3. Quais as dificuldades encontradas pela gestão no HUSE com o processo de implantação da FHS?

4. Qual o nível de participação e quais os espaços destinados à manifestação dos trabalhadores sobre o projeto?

5. No documento da SES, “Resumo do Relatório de Auditoria interna realizada no HUSE, 2007” foram identificados problemas na área de gestão do trabalho que expressam aspectos ligados à gestão dos horários, frequências e jornadas de trabalho dos profissionais e outras questões ligadas à remuneração, como “autogerenciamento do trabalho, de acordo com as conveniências do trabalhador, jornadas de trabalho diversificadas e inconsistentes, remunerações defasadas, elevado número de atestados e licenças médicas; dificuldade de prover e fechar escalas”. Como você avalia a situação neste momento, especialmente no HUSE?

6. O que você considera estratégico para o processo de implantação?

Roteiro de entrevista semi-estruturada com atores externos

1. Como você avalia o processo de implantação da FHS?
2. Como você entende o posicionamento dos profissionais frente à implantação da FHS na SES?
3. Na sua experiência, como você avalia as mudanças na área de gestão do trabalho no HUSE a partir da implantação da FHS?
4. Na sua visão, como os profissionais do HUSE estão recebendo essas mudanças?
5. Como você avalia o sistema de carreiras implantado através da Fundação Estatal?
6. Como você avalia as mudanças no que diz respeito às condições de trabalho dos profissionais no HUSE com o processo de implantação da FHS?
7. Quais as dificuldades percebidas por você no processo de implantação?
8. O que você considera estratégico para o processo de implantação?

ANEXO 2

Roteiro de grupo focal com atores institucionais/trabalhadores do HUSE

Objetivo do Grupo Focal: Promover discussão com os profissionais do HUSE referente ao processo de implementação da FHS e sua influência no processo, gestão e relações de trabalho.

Foco das Discussões:

- 4** O processo de implementação da FHS e o processo de mudança organizacional do HUSE;
- 5** Processo de trabalho e as relações interpessoais entre trabalhadores e com os gestores no cotidiano;
- 6** Gestão do trabalho e relações trabalhistas.

Dinâmica do grupo:

Local: Sala de reunião do HUSE

Horário: A definir

- Técnica de Acolhimento

- Abertura com apresentação dos participantes e dos objetivos da técnica e da pesquisa pelo animador.

- Debate sobre o tema 1 - O processo de implementação da FHS e o processo de mudança organizacional do HUSE – Questões norteadoras:

1. Na sua experiência, como você avalia as mudanças no HUSE a partir da implantação da FHS, especialmente no que concerne às relações de trabalho?
2. Quais as vantagens e desvantagens sentidas pelos trabalhadores nesse processo?
3. Qual o nível de participação e quais os espaços destinados à manifestação dos trabalhadores sobre a implantação?

- Debate sobre o tema 2 - Processo de trabalho e as relações interpessoais no cotidiano – Questões norteadoras:

1. Qual a sua avaliação sobre o processo de trabalho, hoje.
2. Como você vê as relações interpessoais no HUSE na atual conjuntura?
3. Como você avalia a assistência prestada ao usuário no momento atual?

- Debate sobre o tema 3 - Gestão do trabalho e relações trabalhistas – Questões norteadoras:

1. Como você avalia o sistema de carreiras e de remuneração implantado através da Fundação Estatal?
2. Como você avalia as condições de trabalho dos profissionais no HUSE e a atual política de gestão do trabalho?

- Comentários Finais em relação à Técnica e em relação aos Temas.

- Encerramento pelo animador.

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) entrevistado(a):

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “A Fundação Hospitalar de Saúde na SES de Sergipe e as estratégias de gestão do trabalho: examinando o caso do Hospital de Urgência de Sergipe”, a qual tem como pesquisadora principal a mestrandia Katiene da Costa Fontes, sob orientação dos pesquisadores Creuza da Silva Azevedo (orientadora) e Francisco Campos Braga Neto (co-orientador) pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ), onde a pesquisadora cursa o Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

O objetivo geral do estudo é analisar a implementação da Fundação Hospitalar de Saúde (FHS), no âmbito da gestão do trabalho e sua influência no processo de mudança organizacional do Hospital de Urgência de Sergipe Gov. João Alves Filho (HUSE).

A sua participação se dará por meio de entrevista a qual será gravada para posterior transcrição e análise. **Este material, juntamente com o presente termo será guardado pela pesquisadora por um período de 5 cinco anos, após o que deverá ser destruído.** Embora não possa o sigilo ser garantido, devido ao número pequeno de entrevistados, a pesquisadora se compromete a não identificar nominalmente os sujeitos. Suas informações serão utilizadas apenas para o estudo citado. Os dados serão trabalhados de forma a que não sejam identificados os entrevistados. Ressalta-se que, em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos assim como poderá desistir de participar e retirar seu consentimento sem penalidades ou prejuízos. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Os dados só poderão ser divulgados em documentos e eventos científicos.

Esclareço que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ e está em conformidade com a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. O seu investimento para participar será o tempo de duração da entrevista. Benefícios podem resultar dos momentos de reflexão sobre as suas práticas relacionadas ao objeto da presente pesquisa.

Quanto aos dados coletados na pesquisa, o retorno desses aos trabalhadores do hospital será realizado através de apresentação dos resultados da pesquisa em reunião aberta aos profissionais e também à participação das entidades, cujos representantes estão incluídos como atores chaves envolvidos.

Se você estiver suficientemente esclarecido (a) e concordar em participar, por favor, preencha o espaço abaixo com seu nome e assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa após ter sido suficientemente esclarecido (a) e declaro estar ciente do propósito desta pesquisa, sobre o uso dos dados os quais poderão ser divulgados em eventos científicos, e que terei assegurado o sigilo e confidencialidade. Declaro ter recebido uma cópia deste termo.

Assinatura do (a) participante

local e data

Endereços para contato:

Pesquisadora: Katiene da Costa Fontes – RG 4290.783-SSP/SE
Endereço institucional – ETSUS/SE:
Rua Carlos Burlamaque, n.º. 514, Centro – Aracaju-SE
CEP – 49010 – 660
Telefone: (79) 32115005
e-mail – katienefontes@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP:
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Andar Térreo.
Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210
Tel. e Fax - (21) 2598-2863

ANEXO 4

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

À Senhora Monica Sampaio

Diretora da Fundação Hospitalar de Sergipe

Aracaju, ____ de Abril de 2009.

Estou desenvolvendo um projeto de estudo com o Título “A implantação da Fundação Estadual-----”, sob orientação dos professores Professora Doutora Creuza Azevedo (orientadora) e _____ Francisco----- (co-orientador), pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ), onde estou cursando o Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

O objetivo geral do estudo é discutir e analisar o processo de implementação do projeto Fundação Estatal na Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe com foco na Fundação Hospitalar e o caso do Hospital de Urgência de Sergipe Hospital João Alves Filho

Desta forma, venho através desta solicitar autorização para pesquisar documentos referentes à implantação da Fundação Hospitalar (lei de criação e Estatuto); referentes ao desenvolvimento de propostas de gestão do trabalho e outras de desenvolvimento do trabalhador (leis de cargos e carreiras, planos de cursos e oficinas, etc.) bem como realizar entrevistas com o Superintendente e os gerentes do referido Hospital. Esclareço que o projeto será submetido ao Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ.

Havendo necessidade de esclarecimentos, estou à disposição e antecipadamente agradeço. (Cópia do projeto em anexo)

Katiene da Costa Fontes – CRESS – SE ____ – C.I. 420.783

Telefones: (079)32220676/ 88248105

e-mail – katienefontes@ensp.fiocruz.br

Eu, Mônica Sampaio, diretora geral da Fundação Hospitalar de Sergipe, autorizo a realização do estudo acima descrito, de acordo com os esclarecimentos da autora e após a aprovação do Comitê de Ética da ENSP (CEP/ FIOCRUZ), com o compromisso da mesma em apresentar os resultados à Escola.

Mônica Sampaio – Diretora da FHS

Aracaju (SE), ____ de Abril de 2009.