

A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal

The art of improvisation: the working process of administrators at a Federal University Hospital

Denilda Littike¹
Francis Sodré²

Abstract *The scope of this article is to analyze the working process of administrators at a Federal University Hospital (HUF). It includes research with a qualitative approach conducted through interviews with twelve administrators. The work process, the work tools and the human activity per se are understood to be under scrutiny. Work is acknowledged as a category that analyzes the management methods used by professional health workers. The HUFs are responsible for two social policies, namely education and health. The aim of the administrators' work is an organizational issue, and the administration tools used are bureaucratic and out-of-date for the current political context of hospital management. The most significant feature of this hospital administration is improvisation, which reduces the potential of the administrators in such a way that, instead of introducing innovative changes into their work process, they prefer to leave their jobs. Improvisation is caused by the production of sequential obstacles in management decision-making at this teaching hospital. In short, the transfer of administration at the HUF, from direct government administration by the University to the Brazilian Company of Hospital Services (EBSERH), was analyzed on the grounds that this would establish a "new" management model.*

Key words *Work, Health, Administration, Federal university hospital*

Resumo *Este artigo tem por objetivo analisar o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada mediante entrevista com 12 gestores. Entende-se por processo de trabalho o objeto a ser trabalhado, as ferramentas de trabalho e a atividade humana em si. Reconhece o trabalho como categoria analisadora dos modos de gestão dos profissionais de saúde. O HUF é responsável por duas políticas sociais, a educação e a saúde. O objeto de trabalho dos gestores é a questão organizacional, e as ferramentas de gestão utilizadas são burocráticas e antiquadas para o atual contexto político da gestão hospitalar. A característica mais expressiva na gestão desse hospital é o improviso, que degrada a potência dos gestores de tal modo que, ao invés de realizarem mudanças inovadoras no seu processo de trabalho, preferem deixar a função. O improviso resultou em uma produção de empecilhos sequenciais no aspecto decisório na gestão deste hospital escola. Enfim, analisou-se a transferência da gestão do HUF, da administração pública direta pela Universidade, para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, sob a alegação de se instituir um "novo" modelo de gestão.*

Palavras-chave *Trabalho, Saúde, Gestão, Hospital universitário federal*

¹ Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Av. Marechal Campos 1355, Maruípe. 29040-091 Vitória ES Brasil. denildalittike@yahoo.com.br

² Departamento de Serviço Social, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, UFES.

Introdução

O objetivo deste artigo foi analisar o processo de trabalho dos gestores do Hospital Universitário Federal, a fim de desvelar aspectos do modo político de agir na gestão hospitalar e aprofundar um estudo sobre a gestão dos serviços de saúde pública. Optamos por estudar o processo de trabalho porque o reconhecemos como categoria analisadora dos modos de gestão dos trabalhadores nos serviços de saúde.

O processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal retrata aspectos proeminentes do modelo de gestão. Estudar os aspectos políticos do trabalho dos gestores é relevante porque explicita a existência de questões que ainda estão veladas aos olhares de pesquisadores, gestores e demais profissionais de saúde.

Nos serviços de saúde, o processo de trabalho adquire contornos peculiares e a ação do trabalhador demonstra como será realizada a transformação do objeto de trabalho. Marx¹ descreve o trabalho como o propulsor dos modos de organizar e viver dos homens em sociedade, o qual não somente modifica a natureza, mas também opera transformações no próprio homem. Este autor conceitua o processo de trabalho, como a atividade humana em si, ou seja, o próprio trabalho, o objeto a que se aplica o trabalho e as ferramentas utilizadas. Em qualquer setor de produção, sobre o objeto de trabalho incide a ação do trabalhador, que apresenta intencionalidades, a fim de produzir o produto mentalmente idealizado.

Uma característica relevante do modo de produção capitalista é a divisão social e técnica do trabalho. Os modelos de organização do trabalho, sobretudo os que emergiram a partir do fim do século XX, foram engendrados para exercerem maior controle sobre o modo de produção e sobre o trabalhador, com a finalidade de introduzir métodos de gestão que objetivam por aumentar a produtividade². A divisão do trabalho assim organizada também comparece no modelo de hospital moderno e tem influenciado a atuação de gestores e demais profissionais de saúde^{3,4}. Entretanto, o hospital apresenta características peculiares, pois o objeto de trabalho são as necessidades humanas em saúde, assim “o trabalho nos serviços de saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos formam uma intrincada rede de relações a partir da qual

os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo” [...]”⁵.

A concretização do trabalho em saúde requer o uso de tecnologias singulares: tecnologias duras, leve-duras e leves. As primeiras correspondem aos equipamentos e remédios, entre outros; as tecnologias leve-duras dizem respeito aos saberes científicos estruturados da clínica e da epidemiologia; e as tecnologias leves significam as tecnologias relacionais – a escuta, o vínculo entre o profissional e o usuário. O trabalho em saúde depende da relação entre sujeitos e da ação criativa do trabalhador que produz o cuidado em saúde, e que também pode inventar novos arranjos nos processos de trabalho⁶.

O trabalho em saúde não é completamente controlável devido às múltiplas necessidades da vida humana, e para responder por elas requer a iniciativa do trabalhador. Nesse sentido, no hospital, os profissionais não se subordinam a todas as regras emitidas pela diretoria e ou chefia, como prevê o modelo taylorista/fordista.

Jorge⁷, ao analisar a gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo, identificou ruídos na comunicação, falhas no processo de coordenação e gestão do cuidado, mas também identificou a potência dos profissionais para criar novas e diferentes formas de exercer e gerir o trabalho em saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, que teve por finalidade compreender e valorizar o significado atribuído pelos sujeitos da pesquisa ao fato pesquisado⁸. Como técnica de pesquisa utilizou-se a entrevista individual cujo instrumento foi um roteiro semiestruturado⁹, elaborado pelas pesquisadoras. As entrevistas foram realizadas entre setembro e outubro de 2011, e gravadas em gravador de áudio e posteriormente transcritas para o *Word*. Como estratégia metodológica, utilizou-se a análise de conteúdo, mais precisamente a análise temática¹⁰. A análise das entrevistas está ancorada em bases teóricas provenientes da área das ciências sociais em saúde, sobretudo referente ao tema trabalho e gestão em saúde. Os resultados apresentados neste artigo são parte de uma pesquisa de Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, em que foi analisado o processo de trabalho dos gestores de um HUF¹¹. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES.

Os sujeitos deste estudo foram os gestores de Divisão do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM). O critério de escolha para participar da pesquisa foi exercer essa função há pelo menos seis meses, contado no período da realização da entrevista. Do total de dezesseis Divisões havia treze gestores em exercício, 12 deles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitaram participar da pesquisa.

O cenário do estudo: a peculiaridade do Hospital Universitário Federal

O hospital encontra-se entre o setor de serviços de saúde, contudo seu funcionamento é bastante singular porque concentra grande quantidade e diversidade profissional e de usuários, bem como diversos insumos e equipamentos médico-hospitalares; destaca-se pelas intervenções de alta complexidade que realiza na vida das pessoas, em geral quando a saúde delas encontra-se bastante debilitada.

O hospital moderno se propõe a cuidar de pessoas doentes. Muitas delas dependem de cuidados para a própria conservação da vida ou para prolongar a sobrevida. Para tanto, necessitam de um medicamento, um diagnóstico, uma informação, um banho. Trata-se de cuidar de seres humanos cujos corpos carregam desejos e necessidades singulares. Em virtude do alto nível de imprevisibilidade e complexidade da vida humana, é fundamental que nos serviços de saúde haja tempo e espaço para diálogo e negociação coletiva do trabalho e do cuidado que responde pela vida humana^{12,13}.

Dentre outros hospitais, aqui importa destacar um HUF que no Brasil agrega duas importantes políticas sociais: a educação e a saúde, e tem por missão viabilizar o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência à vida humana¹¹. Tal missão, torna o cotidiano de trabalho dos gestores imerso em múltiplas demandas.

O HUF responde pela formação de um elevado número de profissionais de saúde e pela produção de grande parte de pesquisas na área biomédica a nível nacional; bem como, participa na implementação da política de saúde, a qual visa por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) intervir no quadro saúde-doença da população¹⁴. Ao todo existem 46 HUFs vinculados às Universidades Federais e, por conseguinte, submetidos às diretrizes do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS). Por gerir duas políticas, a educação e a saúde, no cotidiano da gestão do HUF, emergem muitas tensões e conflitos de interesses entre esses dois Ministérios¹⁵.

A presente pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), localizado na capital do estado. Trata-se do maior hospital da rede pública do Espírito Santo (ES). O prédio central foi construído na década de 1940, pelo estado, como Sanatório Getúlio Vargas, para tratar exclusivamente pacientes com tuberculose. Em 1967, como resultado de uma greve dos estudantes de medicina da Universidade Federal, esse sanatório foi cedido e transformado em um HUF e Órgão Suplementar da Reitoria da UFES, vinculado ao MEC e regido pela Administração Pública direta¹⁶.

Como plano de produção de assistência a saúde humana, o HUCAM deve cumprir metas quantitativas e qualitativas, a fim de receber recursos financeiros para manter-se em funcionamento. Para tanto, é estabelecido um contrato de metas com o gestor local do SUS (Secretaria Estadual de Saúde - SESA), por meio do Plano Operativo Anual; que repassa os recursos de custeio que advêm da Fundação Nacional de Saúde (FNS), à medida que o hospital comprova o cumprimento das metas^{15,17}.

Este HUF encontra-se integrado à rede de serviços do SUS como referência para média e alta complexidade, sobretudo nas áreas de cirurgia bariátrica, gestação de alto risco e doenças cardiovasculares, terapia renal substitutiva, tratamento de AIDS, oftalmologia, transplantes renal e de córnea, urologia e diagnóstico, bem como para o desenvolvimento de pesquisas e avaliação de tecnologias em saúde. Realiza uma média mensal de 16 mil consultas e 1200 procedimentos cirúrgicos. Anualmente têm sido feitas 10.000 internações, 15.000 atendimentos de urgência e 385.000 exames laboratoriais de análises clínicas. E sua abrangência ultrapassa os limites do estado¹¹.

Quanto à organização do trabalho, no nível mais elevado do organograma do HUCAM identificamos um Conselho de Deliberação Superior e o Diretor Superintendente, abaixo dele, cinco Departamentos: Médico, Enfermagem, Administrativo, Planejamento e Finanças, e de Ensino e pesquisa. Vinculados a estes, de acordo com a especificidade das áreas, dezesseis divisões, cujos gestores são os sujeitos desta pesquisa. Abaixo destes, setenta e dois serviços, nos quais estavam inseridos os demais trabalhadores. Cada divisão era composta por dois ou até doze serviços.

O gestor de divisão deveria ser um servidor da Universidade e designado pelo diretor superintendente. Compete-lhe: coordenar e supervi-

sionar as atividades da divisão; promover a integração dos diversos serviços que a compõe e representá-los junto à diretoria do hospital; bem como realizar reuniões mensais com os chefes dos serviços¹⁸. O gestor de divisão, por estar localizado abaixo da diretoria e acima dos serviços, trata-se de um gestor em nível intermediário.

A divisão parcelar do trabalho, a princípio pensada para a produção industrial, com o tempo adentrou e ainda prepondera no HUCAM. O organograma foi estruturado de modo que há um distanciamento não somente entre as áreas assistencial e administrativa, como também fragmentou os serviços dessas áreas entre si. Por exemplo, o serviço materno-infantil encontra-se separado do serviço de pediatria, e o serviço de nefrologia está disposto de tal modo que se presuppõe que ele independe do serviço de urologia.

Esse distanciamento entre os serviços repercute na qualidade do atendimento ao usuário. Assim “[...] em cada clínica, enfermaria ou ambulatório ‘apertam-se parafusos’ em partes diferentes do corpo humano. A especialidade técnica na saúde pública criou equipes que não interagem. São profissionais compartimentalizados, como se a vida fosse a junção de conhecimentos sobre pedaços do corpo humano”¹⁹.

Com o advento das diversas especializações, no campo da saúde, se por um lado teve aumento no número de disciplinas, por outro, acarretou perda na ampla compreensão das demandas e das necessidades humanas em saúde²⁰. Nos serviços de saúde, o modo de organização do trabalho, sobretudo a sua divisão parcelar, acarretou que cada categoria profissional tem o seu chefe imediato. Todavia nenhum deles é responsável pelo processo de cuidado do paciente como um todo²¹.

Esse modo de organizar o trabalho gera ruídos na comunicação entre os profissionais de saúde. A ausência e ou o pouco diálogo entre os profissionais dificulta produzir atos de cuidado com os usuários, sobretudo no âmbito hospitalar. De acordo com Sodré¹⁹, “o grande hospital traz consigo a gestão do trabalho em um formato semelhante ao concebido dentro da grande fábrica. Atendimentos em massa, cirurgias em massa, internações contabilizadas pelo seu gasto financeiro, leitos em série e atendimentos sequenciais sem tempo de parada”.

Isto revela que a organização do trabalho no hospital ainda tem sido fortemente influenciada pelo modelo taylorista/fordista, e pelo fayolismo em sua forma de gerenciamento. O fayolismo estabeleceu a estruturação hierárquica de uma empresa dividida em seções e agrupada em serviços,

conforme a atividade que realiza, sob a supervisão de uma chefia, com a finalidade de aumentar a produção^{22,23}.

Tais modelos foram forjados para organizar o trabalho no âmbito da produção industrial. Ao adaptá-los à gestão do trabalho nos serviços de saúde, sobretudo no hospital, podemos dizer que trata-se de um modelo de *saúde-fábrica*. Importa ressaltar que o modelo de gestão do trabalho fundamentado na Administração Científica do Trabalho foi pensado para produzir peças e objetos, ou seja, produtos sem vida, e não é adequado para serviços de saúde, sobretudo hospitalares¹⁹.

Em síntese, o modelo de *saúde-fábrica* não condiz com a gestão hospitalar, pois existe um hiato entre este modelo de gestão, o tipo de serviço que o hospital presta e o produto que pretende produzir. No hospital, tal modelo gera ruídos na comunicação entre os trabalhadores, por conseguinte suscita conflitos no trabalho e acarreta morosidade na resolução das demandas.

Todavia, além das estruturas verticais que implicam em exercício do poder, pois a organização verticalizada do trabalho legitima o uso do poder de mando de uns sobre os outros, há ainda fortes estruturas de poder arraigadas nas corporações profissionais que atuam no hospital. E decisões são tomadas no conjunto dessas corporações, assim os trabalhadores tanto promovem resistência às mudanças propostas pela diretoria e chefias, como produzem ações criativas e inusitadas para manter o hospital em funcionamento²⁴. Portanto, há estruturas de poder nas corporações profissionais que minimizam o poder decisório dos gestores do hospital.

Nesse sentido, reconhecemos que “a instituição hospitalar coloca-se como um amplo campo de disputas de grupos profissionais altamente qualificados com grande autonomia de trabalho, os quais não se subordinam às chefias superiores ou a uma direção, como no clássico modelo taylorista/fordista [...]”²⁵.

Nos depoimentos dos sujeitos do presente estudo foi evidenciado que os trabalhadores do HUCAM em muitas decisões não se subordinavam aos gestores de divisão, e isto foi relatado por estes como desrespeito à sua autoridade de gestor. Porém, pelas características da gestão do trabalho neste hospital universitário, bem como devido às qualificações profissionais dos atores que ali atuam, percebemos o uso da criatividade, da experiência e do conhecimento para efetivar a assistência, o ensino e a pesquisa.

Neste HUF, a conexão entre os trabalhadores, o saber, o poder, o conflito e a busca por controle

versus autonomia são características predominantes. “Resta, talvez, uma só opção diante da constatação do campo minado de poder que são os hospitais: o uso que se quer fazer do poder”²⁴. No Hospital Universitário comparecem múltiplos atores (docentes, discentes, demais profissionais de saúde, pessoal dos serviços administrativo e usuários), os quais portam necessidades, intenções, desejos, direitos e interesses. Nesse contexto, os processos de trabalho e as pessoas que os realizam carregam consigo um conjunto de saberes, cujas relações estabelecidas traduzem o modo de exercerem o poder sobre e com a vida humana²⁶.

A singularidade do processo de trabalho dos gestores

A matéria prima sobre a qual incide a ação dos gestores do HUF é a questão organizacional, para viabilizar o ensino, a pesquisa e a assistência em saúde humana¹¹. A eles cabem gerenciar compras de insumos e de equipamentos médico-hospitalares, e conflitos no trabalho; planejar e implementar ações inerentes ao ensino, a pesquisa e a assistência; gerir os trabalhadores para cobrir as escalas de serviço, dentre outras atribuições.

As ferramentas de trabalho adequadas à matéria prima são fundamentais para o exercício da atividade humana em si. O principal instrumento de trabalho utilizado pelos gestores do HUF é o memorando. Trata-se de uma ferramenta da burocracia, a serviço da transparência pública. E em virtude da demora em tramitar o memorando de um setor para o outro, não pela distância entre os setores e sim pela dificuldade na tomada de decisões, de certo modo trata-se de uma dificuldade inerente à administração pública, contribui significativamente para aumentar a morosidade na gestão hospitalar. No HUF importa registrar os atos, a fim de respaldar administrativa e juridicamente os gestores e demais servidores, ainda que o registro feito, na prática, não supra as demandas dos usuários da instituição.

Como ferramenta de gestão, o planejamento estratégico do HUCAM tem sido elaborado para, sobretudo, atender as exigências burocráticas do Ministério da Saúde, pois entre os gestores do hospital não têm sido realizadas reuniões ordinárias, e as decisões têm sido tomadas de modo pontual, a partir do que emerge em ato. O uso de ferramentas burocráticas e antiquadas para a gestão de um hospital escola contribui para aumentar a morosidade nos trâmites administrativos.

O HUF foi retratado pelos sujeitos deste estudo como uma ‘caixinha de surpresas’, no qual

a cada dia emergem várias situações e deles cobram-se respostas ao que foi colocado. Dentre as demandas que comparecem nas suas agendas, identificamos a falta e/ou insuficiência de determinados equipamentos médicos-hospitalares, bem como diversas queixas devido as inadequações na estrutura física, hidráulica e elétrica do hospital. Além disso, a elaboração da escala de serviço, para as vinte e quatro horas dos trezentos e sessenta e cinco dias do ano, tem deixado transparecer a insuficiência do quadro de servidores estatutários, e ou, o adoecimento de um considerável número deles que, em virtude disso, encontra-se em licença para tratamento de saúde, ou com restrição laboral, sobretudo na Divisão de Enfermagem, a qual comporta o maior número de profissionais dessa instituição.

No hospital, a insuficiência de trabalhadores para cumprir as escalas de serviço reverbera em fechamento de leitos e ou serviços. Dados de julho de 2011, referentes ao HUF em estudo, demonstram que, do total de 311 leitos, 192 deles estavam em desuso, o que significa 35% do total²⁷. Para tanto, dois principais motivos foram apontados: a insuficiência de trabalhadores e de equipamentos médicos hospitalares. Cada leito em desuso significa diminuição da capacidade de internação hospitalar. Além de comprometer a assistência e o ensino, em um sentido economicista também interfere no cumprimento do contrato de metas que, por conseguinte, diminui o recurso financeiro que o HUF tem a receber do SUS.

Percebemos que tal situação tenciona o cotidiano de trabalho dos gestores e gera neles sentimentos de incerteza e de impotência, pois nem sempre conseguem resolver as demandas colocadas em suas agendas, tendo em vista o limitado poder decisório.

No HUF emergem conflitos entre os usuários *versus* a instituição, sobretudo devido a serviços não disponibilizados a contento, quer seja na forma de uma consulta médica, uma vaga para internação hospitalar e ou a emissão de um laudo com diagnóstico patológico, por exemplo. E ainda entre os trabalhadores *versus* instituição, neste caso, em geral, devido à organização do trabalho e as inadequadas condições de trabalho. E quando as demandas dos usuários e dos trabalhadores, encaminhadas aos gestores do HUF, demoram em obter respostas, frequentemente elas retornam às suas agendas sob a forma de cobranças.

Colocar um HUF para funcionar requer uma enorme quantidade de insumos, equipamentos e tecnologias adequadas à complexidade dos ser-

viços prestados; além disso, torna-se necessário organizar e aprimorar fluxos de trabalho adequados à gestão hospitalar, que responde por duas políticas sociais – a saúde e a educação. Dentre os elementos indispensáveis para efetivá-las, o trabalhador é o mais importante, pois representa a energia que move a instituição e que promove os atos de gestão e do cuidado^{6,28}.

O gerenciamento do quadro de pessoal deve ser uma das atribuições mais importantes no hospital. Todavia, a composição do quadro de pessoal no HUF encontra-se quantitativamente e qualitativamente defasada. Segundo dados do MEC, somente 51,27% dos trabalhadores dos 46 HUF são servidores estatutários regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU), os demais estão vinculados por outras formas de contratos²⁹. No HUCAM, somente 930 servidores eram regidos pelo RJU, o que equivale a 51,98% do quadro de pessoal em ativa; os demais (48,02%) estão vinculados a diferentes empresas terceirizadas e ou cedidos por órgãos públicos federal, estadual e ou municipal¹¹.

A inserção de empresas terceirizadas para recompor o quadro de pessoal caracteriza-se como um dos aspectos do imprevisto na gestão do HUCAM. E isto tem ocorrido paulatinamente e com a permissão do estado. A terceirização do quadro de pessoal trata-se de um aspecto de um imprevisto proposital por parte do governo federal, tendo por finalidade extinguir o concurso público para admissão de servidores estatutários e, por conseguinte, paulatinamente propiciar um cenário favorável à transferência dessas instituições de ensino e assistência a vida humana para empresa de iniciativa privada.

Contratar empresas terceirizadas gera um enorme ônus financeiro para o próprio hospital, porque ele deve arcar com o pagamento delas. No HUCAM, a maior parte dos recursos de custeio, adquirido mediante o cumprimento de metas com o SUS, e, que deveria ser usado para compra de insumos e materiais necessários ao trabalho hospitalar, tem sido destinada ao pagamento de empresas terceirizadas. Esse “desvio” da finalidade de uso de recursos de custeio representa mais um aspecto do imprevisto no HUF. Devido a isso, os recursos que já são limitados para comprar insumos tornam-se ainda mais reduzidos. Por tratar-se de um hospital escola, alguns tipos de insumos utilizados são quantitativamente elevados, por exemplo, luvas e gorros; e os medicamentos aplicados, em geral, são de alto custo, tendo em vista as patologias ali tratadas e o longo tempo de internação do usuário.

O próprio MEC reconhece que o pagamento das empresas terceirizadas é responsável pelo aumento da dívida dos 46 HUF, que, em 2008, ultrapassava a ordem de 425 milhões de reais²⁹. Tais contratações efetivamente não resolvem a insuficiência do quadro de pessoal. E a terceirização não é a melhor forma para recompor o quadro de servidores, pois na busca por remediar a situação ora descrita, por meio de contratos com empresas terceirizadas, emergem outras nuances do imprevisto e da precarização do HUF.

Os sujeitos deste estudo relataram que os diferentes vínculos empregatícios no HUCAM ocasionam vários conflitos no trabalho, devido à diferença dos direitos trabalhistas (carga horária, remuneração, licenças, entre outros). E dos gestores tem sido esperado que administrem tais conflitos, propiciando um suposto clima de harmonia nas relações de trabalho. Segundo Machado³⁰, esses conflitos interferem no processo de trabalho e afetam a saúde do trabalhador. Além disso, diferentes vínculos empregatícios também contribuem para fragmentar a luta pelos direitos trabalhistas.

Importa ressaltar que a contratação de trabalhadores para as atividades-fim, por meio de empresas terceirizadas para o serviço público, é considerada ilegal pelo Tribunal de Contas da União (TCU). Por tratar-se de um Órgão Público Federal vinculado ao MEC, a realização de concurso público para recompor o quadro de servidores deve ser autorizada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e pelo MEC. Diante das insistentes cobranças do TCU, o HUF assinou um Termo de Ajuste de Condutas que, dentre outros itens, requer a regularização do quadro de pessoal, e no qual a Universidade e o próprio HUF se comprometeram a cumpri-lo até agosto de 2013.

O imprevisto no quadro de pessoal do HUF também compromete a qualidade do ensino, pois identificamos nos relatos dos sujeitos deste estudo que cursos de residência médica corriam o risco de encerrar suas atividades em virtude da insuficiência de profissionais médicos capacitados em nível de mestrado e/ou doutorado para responderem pela formação dos residentes. Embora o HUF várias vezes tenha buscado contratar tais profissionais por meio de empresas terceirizadas, isto não foi viável. Alega-se que não tem sido possível pela inexistência de profissionais com o nível de instrução necessária e que aceitem o salário que as empresas pagam, considerado por eles como aquém do valor de mercado. Isto é mais um fator que tenciona o trabalho dos gesto-

res, dos quais os residentes têm cobrado respostas. Trata-se de uma demanda que transcende ao poder decisório dos gestores, uma vez que para dirimi-la depende de concurso público.

Os dados ora apresentados retratam as características mais expressivas na gestão do HUCAM, o imprevisto, a imprevisibilidade e a impotência. E traduz os percalços com os quais os gestores e demais trabalhadores têm lidado em seu cotidiano de trabalho. O que afeta diretamente o trabalhador-gestor, a qualidade do ensino e do serviço prestado ao usuário do hospital.

As análises realizadas corroboram com a literatura no que tange ao cotidiano de trabalho dos gestores de hospitais públicos de grande porte, no qual comparecem muitos obstáculos que advêm “[...] de toda ordem: políticos, institucionais, materiais, gerenciais, intersubjetivos, exigindo um enorme esforço, de fato, como ‘nadar contra a corrente’ [...]” tendo em vista que “[...] o cenário dominante é de baixa governabilidade, tanto quanto a fatores externos ao hospital, quanto aos internos”³¹.

A experiência na gestão foi retratada pelos sujeitos deste estudo pela desmotivação com o seu processo de trabalho e com o modelo de gestão do HUF, porque apresentava muitos e variados obstáculos, tanto devido aos insuficientes meios de comunicação internos do hospital, que geravam ruídos na comunicação, como devido ao limitado poder decisório que reverbera em baixa governabilidade e resolubilidade das demandas, sobretudo devido às dificuldades inerentes a administração pública.

Para o trabalho na gestão hospitalar, torna-se necessário o uso de uma caixa de ferramentas “[...] que contenha a inteligência já produzida para administrar processos estruturados e que se abra para a incorporação de qualquer saber que possibilite atuar sobre esses processos em produção, que emergem sempre em fluxos de grandes incertezas”⁶. Isso reafirma a importância da experiência dos gestores, bem como dos saberes tecnológicos e administrativos para gerir um HUF.

Merhy⁶ faz uma aposta na aplicação de novos arranjos de gestão, mas reconhece que qualquer que seja o arranjo organizacional não há como extinguir aquele território tenso inerente ao campo dos serviços de saúde. Importa ressaltar que “[...] a instituição hospitalar colocou-se na modernidade como uma máquina de resolver problemas de saúde [...]”¹⁹. Reconhecemos que “resolver problemas” é inerente ao trabalho nos serviços de saúde. E este desafio está colocado aos diversos profissionais: assistentes sociais,

enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, dentre outros que atuam na instituição hospitalar, e não somente para os gestores.

No hospital nem sempre existem respostas prontas e isto implica em lidar constantemente com situações imprecisas, mas que requerem respostas a contento. E as lacunas não cobertas pelo trabalho prescrito no Regimento da Instituição, nas Leis e demais normas, constituem-se como espaços de intervenção criativa e ou improvisada dos gestores³².

Os sujeitos deste estudo relataram que, ao ocupar a função de gestor, emergem duas principais implicações: uma delas diz respeito à responsabilidade com a vida do usuário e, a outra, refere-se a si mesmo como trabalhador. Este se encontra sujeito ao cumprimento de determinados deveres, estabelecidos em lei, quanto ao uso de recursos públicos, cujo descumprimento reverbera-lhe em consequências administrativas e jurídicas.

No que tange ao poder decisório para aquisição de materiais e equipamentos, os gestores devem basear-se na Lei de número 8.666/93 – que institui normas para licitações e contratos da administração pública³³. A Lei criada com a finalidade de dar transparência ao serviço público também contribui para limitar a tomada de decisões por parte dos gestores do HUF. Neste contexto, os sujeitos do estudo relataram que o tempo entre a emergente necessidade do paciente e o processo de licitação para aquisição de equipamentos, insumos e ou medicamentos não correspondem, em virtude dos trâmites burocráticos inerentes ao cumprimento das normas estabelecidas na citada Lei.

Existe uma lacuna entre a demanda emergente do usuário do hospital público e o rigor jurídico dessa Lei. Reconhecemos que ela foi elaborada com a finalidade de proteger o patrimônio público, e nisto cumpre seu desígnio. Contudo, a necessidade emergente do usuário dos serviços públicos de saúde nem sempre é atendida a contento, e os trabalhadores de saúde, sobretudo os gestores, são responsabilizados por isso.

Importa ressaltar que no ambiente hospitalar a repercussão de uma decisão pode salvar a vida de uma pessoa, ou, deixá-la a mercê do sofrimento e até da morte. Caso sejam desrespeitados os preceitos éticos que regem os serviços de saúde e, se comprovado, um ato ilegal implica em processo administrativo e penal para o seu trabalhador. Entendemos que diante de determinadas situações emerge nos gestores um sentimento de insegurança quanto a melhor tomada de decisão,

não somente por causa de um possível processo jurídico, mas porque trata-se de responder pela vida de pessoas, e entendemos que isto o afeta como ser humano.

A gestão hospitalar opera com o fator tempo “[...] um tempo impossível de ser marcado cronologicamente. O tempo em que as decisões devem ser tomadas. O instante em que se perde uma vida ou o instante em que nasce uma vida [...]”³⁴. Evidencia-se que a função dos gestores, quanto à tomada de decisão, requer agilidade, precisão e conhecimento jurídico. A principal diretriz para a compreensão da complexidade do processo decisório no hospital moderno é reconhecer a singularidade do seu objeto de trabalho, as necessidades humanas em saúde, que requerem urgentes decisões e intervenções por meio do uso de tecnologias leves, leve-duras e/ou duras⁶.

No HUCAM o tempo urge, a vida chega, permanece ou submerge, e os gestores respondem pela vida humana. Seu processo decisório acompanha as características desse contexto que apresenta elevada complexidade e variabilidade de situações, e no cotidiano de seu trabalho, muitas vezes, utilizam sua criatividade fazendo arranjos improvisados para contornar situações inusitadas. Dados semelhantes foram identificados em outras pesquisas acerca do trabalho dos gestores de hospitais de grande porte^{32,34}.

A singularidade do processo de trabalho dos gestores é porque a gestão está continuamente sujeita às tensões que emergem na instituição como um todo, devido às constantes demandas dos usuários, às limitadas ferramentas de gestão, às precárias condições de trabalho no hospital público, sobretudo o limitado poder decisório³¹.

Em nível nacional, essa situação tem sido interpretada pelo governo federal como problema de gestão. Diante disso, em 2010, instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) integrados ao SUS³⁵.

O REHUF prevê que o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde e o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão pactuem metas anuais de assistência, gestão, ensino, pesquisa e extensão. Também visa adequação e modernização da estrutura física e do parque tecnológico, bem como recomposição do quadro de trabalhadores e o aprimoramento das atividades desenvolvidas com o uso de tecnologias avançadas. E com a finalidade de causar alterações significativas no financiamento, o qual, até o ano de 2012, passaria a ser progressivamente partilhado pari-

tariamente entre os Ministérios da Educação e Saúde³⁵.

A fim de gerenciar os HUF, o governo federal criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), pela Lei 12.550/11. Trata-se de uma empresa com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação e Cultura, cujo regime de trabalho dos empregados é celetista e a sede está localizada em Brasília³⁶.

A criação da EBSERH advém do projeto de Reforma do Estado, de 1995, elencada pelo então Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). Assim, o governo federal “deposita na EBSERH uma expectativa que se resume a solucionar todos os problemas de gestão dos hospitais universitários [...]”³⁷. Esta empresa foi apresentada como a melhor e única alternativa para os HUF, ou seja, a única opção para se manterem em funcionamento, para receberem recursos do governo federal e para recompor o quadro de pessoal. Isto obriga as Universidades a estabelecerem contrato com a EBSERH, para gerenciar os Hospitais Universitários Federais. Em junho de 2014, do total de 46 HUF, 23 já haviam formalizado a transferência administrativa para a EBSERH³⁸. Contudo, [...] a transferência administrativa [...] para a EBSERH distancia o hospital da Universidade; não acaba com os diferentes vínculos empregatícios que existem nos Hospitais Universitários; dilui a participação social na instituição, além de prezar pelo faturamento financeiro, ao invés do ensino e da assistência à saúde³⁸.

Percebemos que a revitalização proposta para os HUF está centrada na diretriz de uma modernização gerencial que visa prepará-los para sobreviverem na lógica do mercado, ignorando, de certa forma, que a efetivação dessas duas políticas sociais, a educação e a saúde, passam pelo complexo jogo de interesses econômicos, culturais, políticos e sociais. Destarte, concluímos que não há um novo e inovador modelo de gestão. Percebe-se uma continuidade histórica de implantação de modelos na saúde que rompem com o que havia de inovador, o SUS. Modelos que sobrepujam critérios de gestão as análises sócio-políticas, e as normas financeiras têm peso maior que a missão das instituições, enquanto espaço de materialização de direitos fundamentais para a manutenção da vida³⁸.

Importa ressaltar que o principal desafio que deve ser enfrentado pelos 46 HUF não é o mercado e sim a construção de um ensino, pesquisa e assistência à vida humana, baseado nos temas

da universalidade, equidade e participação social. Em síntese, trata-se de efetivar a educação para a formação de profissionais de saúde para o SUS, e de assistência à cidadãos no exercício de seus direitos à vida, ao invés de tratá-los como clientes.

Igualmente, é pertinente ponderar a implantação da EBSEH e analisar se em sua finalidade há diligência em viabilizar o ensino, a extensão, a pesquisa e a assistência em saúde de acordo com as necessidades da população brasileira, bem como permitir o controle social do SUS. Além disso, se as ferramentas de gestão utilizadas visam democratizar as relações de trabalho no hospital escola.

Considerações finais

O processo de trabalho dos gestores tem sido influenciado pela organização do trabalho do HUF. O formato do organograma cria barreiras na comunicação entre os vários corpos profissionais, o que dificulta a visibilidade do hospital como um todo e restringe a atuação coletiva dos gestores e demais trabalhadores. Quando falta interação entre os gestores, a tendência é reproduzirem formas burocratizadas de trabalho. O gerenciamento do trabalho na Divisão caracteriza-se pelo que ocorre em ato, de modo pontual, sem planejamento. Isto contribui para perpetuar o improviso na tomada de decisões e, muitas das demandas multiplicam-se ao invés de serem negociadas, tratadas e resolvidas a contento, por conseguinte elas retomam as agendas dos gestores, sobretudo em forma de cobranças.

O processo de trabalho dos gestores do HUF trata-se de um *lôcus* permanente de demandas, escolhas, decisões e ações. Nele comparece o jogo de forças em conflito, que continuamente influencia o processo decisório dos gestores e o gerenciamento do trabalho. Os gestores detêm um poder decisório limitado e determinadas deliberações dependem de instâncias superiores, em virtude de Leis, Portarias e a política do estado brasileiro para com o HUF. Além disso, a lógica corporativa intrínseca às categorias profissionais do hospital suprime o poder decisório dos gestores.

A característica mais expressiva na gestão do HUF pesquisado foi o improviso. Quando a tomada de decisões na gestão hospitalar é feita a partir do que acontece em ato, isto traz à tona o uso da criatividade dos gestores frente às situações inusitadas e imprevisíveis, inerentes à gestão de serviços de alta complexidade que cuidam da vida humana em sofrimento. Observamos que

o “improviso” na gestão não somente é algo comum, mas também necessário para que o hospital universitário continuasse funcionando.

Como sujeitos ativos, por meio de suas habilidades e capacidade de lidar com o inusitado e o imprevisível, para contornar situações peculiares do hospital, eles têm exercido a arte do improviso na gestão hospitalar. E é no cotidiano do processo de trabalho dos gestores que sobressai o uso da inventividade, e de sua experiência para contornar situações complexas.

O trabalhador é o elemento mais importante, pois com sua “energia” movimenta um estabelecimento de saúde, assim reconhecemos e valorizamos o potencial criativo daqueles profissionais que atuam no HUCAM. Constituem-se como sujeitos protagonistas para o cumprimento de suas funções, embora imerso em um contexto político e econômico adverso a efetivação das políticas sociais de educação e de saúde. Todavia, não podemos deixar de mencionar que também, e, principalmente, o uso constante do improviso por parte dos gestores em sua ação cotidiana pode comprometer o processo decisório na sua forma planejada e proativa.

Aqui, o desafio, portanto, é evidenciar que a gestão de um serviço de alta complexidade no campo da saúde não pode permanecer em funcionamento pleno estando sob a égide de uma ação improvisada de forma contínua. Disto resultou uma produção de empecilhos sequenciais ao processo de trabalho, no aspecto decisório relacionado principalmente ao campo da gestão.

Percebemos que, em virtude de cobranças por respostas para as demandas que comparecem às agendas dos gestores, em contraste com o limitado poder decisório, contribuir para manter este HUF em funcionamento tornou-se uma árdua tarefa. Isto fez emergir nos gestores sentimentos de incerteza acerca do trabalho na gestão hospitalar, os quais relataram sentimentos de frustração, culpa, incapacidade, incompetência e desmotivação para o trabalho. A potência política dos gestores tem sido minimizada de tal modo que, ao invés de realizarem mudanças inovadoras no seu processo de trabalho, preferiam deixar a função.

Tornou-se evidente que muitos dos conflitos na gestão deste HUF advêm da omissão do governo federal, que permitiu a insuficiência do quadro de servidores e, por conseguinte, a terceirização da força de trabalho no serviço público; e a morosidade na Administração Pública, para a aquisição de insumos, equipamentos, reformas e ou construção de novos prédios. Sobrevém

ainda, devido à grade curricular dos cursos da área da saúde que corrobora com a formação profissional de especialistas, insuficientemente preparados para lidar com a gestão de um serviço público de saúde e as necessidades humanas. Em suma, os conflitos na gestão hospitalar, são, sobretudo, reflexos da não efetivação plena dos parâmetros do SUS, tal como preconizado pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Atualmente, a gestão pública configura-se como alvo de diversas investidas privatizantes, quer seja no que tange ao financiamento em saúde, quer seja na proposta de implantar a EBSEH, que discursa modernizar a gestão hospitalar, mas utiliza como parâmetro a produção por metas, o que não condiz com o trabalho qualitativo dos serviços de um hospital escola.

Em 2013, a gestão do HUCAM também foi submetida, por meio de contrato, a EBSEH. Ora, isso significa a transferência administrativa

do HUF, até então regido pela gestão pública direta, para a gestão pública indireta³⁷.

O hospital por sua natureza é uma instituição complexa e, quando se trata de um HUF, os desafios que se apresentam, tanto na gestão do ensino como do cuidado, são mais significativos. Urge a necessidade de ampliar os referenciais teóricos para análise e a construção de novas tecnologias públicas para gestão pública dos hospitais escola. Dentre outras ações, requer a efetivação de espaços coletivos para análise e negociação democrática do trabalho em saúde.

A gestão trata-se de um pilar imprescindível para a Saúde Coletiva. E no HUF importa aprimorá-la, tendo em vista a centralidade que ocupa para a materialização das políticas de educação e de saúde. Enfim, apostamos que a gestão hospitalar dever ser entendida como um plano de produção de uma política que cuida da vida humana. Nesse sentido, requer que seja praticada sob uma perspectiva de justiça social.

Colaboradores

D Littike e F Sodré participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- Marx K. *O capital: crítica da economia política*. 26ª ed. Rio de Janeiro: civilização Brasileira; 2008. (Livro I, vol. 1).
- Braverman H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. Rio de Janeiro: LTR; 1987.
- Pitta A. *Hospital: Dor e morte como ofício*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
- Matos E, Pires D. Teorias Administrativas e Organizações do Trabalho: de Taylor aos dias atuais, influência no setor saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem* 2006; 15(3):508-514.
- Franco TF. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: LAPPIS, CEPESC – IMS/UERJ, Abrasco; 2006. p. 459-473.
- Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
- Jorge AO. *A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo* [tese]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2002.
- Deslandes SF, Assis SG. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 195-223.
- Minayo-Gomez C. Produção de conhecimento e intersectorialidade em prol das condições de vida e de saúde dos trabalhadores do setor sucroalcooleiro. *Cienc Saude Colet* 2011; 16(8):3361-3368.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições 70; 1977.
- Littke D. *Improvizando a gestão por meio da gestão do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal* [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2012.
- Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3ª ed. São Paulo: editora Hucitec; 2007.
- Faria HX, Dalbello-Araujo M. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Revista saúde e sociedade* 2010; 19(2):429-439.
- Reis AAC, Cecílio LCO. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. *Revista Saúde em Debate* 2009; 33(81):88-97.
- Drago MLB. “*Servindo a dois senhores*”: a gestão do HUCAM entre o ensino e assistência [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2011.
- Costa OL. HUCAM: passado, presente e futuro. *Revista HUCAM* 1997; 1(0):4-7.
- Brasil. Portaria Interministerial nº 1006 MEC/MS, de 15 de abril de 2004. *Diário Oficial da União* 2004; 16 abr.
- Universidade Federal do Espírito Santo. *Regimento Interno do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes*. Vitória: UFES; 2010.
- Sodré F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. *Ser. Soc. Soc.* 2010; 103:453-475.
- Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):965-971.
- Cunha GT, Campos GWS. Método Paidéia para gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Org & DEMO* 2010; 11(1):31-46.
- Campos JQ. *O hospital e sua organização administrativa*. São Paulo: LTR; 1978.
- Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 3ª ed. São Paulo: editora Hucitec; 2007.
- Cecílio LCO. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):315-329.
- Matos E, Pires D. Teorias Administrativas e Organizações do Trabalho: de Taylor aos dias atuais, influência no setor saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem* 2006; 15(3):508-514.
- Barros RB, Barros MEB. Da Dor ao Prazer no Trabalho In: Santos-Filho SB, Barros MEB, organizadores. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí; 2007. p. 61-72.
- Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo. *Núcleo de Controladoria*. Vitória: HUCAM; 2011.
- Akel R. *Mudança de paradigma na administração de Hospital Universitário* [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 1993.
- Brasil. Ministério da Educação e Cultura (MEC). *Relatório dos Hospitais Universitários*. 2009. [acessado 2012 jan 10]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com_content&view=article
- Machado MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 257-284.
- Azevedo CS. *Sob o domínio da Urgência: o trabalho dos diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
- Weber L, Grisci CLL. Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias intermediárias em contexto hospitalar. *Cadernos EBAPE* 2010; 8(1):53-70.
- Brasil. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, e institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1993; 22 jun.
- Silva ALA. *Produção da Subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
- Brasil. Decreto Presidencial nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. *Diário Oficial da União* 2010; 27 jan.

36. Brasil. Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. *Diário Oficial da União* 2011; 16 dez.
37. Sodré F, Littike D, Drago LM, Perim MCM. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? *Revista Serviço Social e Sociedade* 2013; 114:365-380.
38. Souza KO. *Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: narrativa de uma transição* [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2014.

Artigo apresentado em 05/06/2014

Aprovado em 25/04/2015

Versão final apresentada em 27/04/2015