

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA
- EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

JANINE VIEIRA TEIXEIRA

**PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO
ANTÔNIO MORAES SOBRE A IMPLANTAÇÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE
SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH**

VITÓRIA
2016

JANINE VIEIRA TEIXEIRA

**PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO
ANTÔNIO MORAES SOBRE A IMPLANTAÇÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE
SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. César Albenes Mendonça Cruz

Coorientadora: Profa. Dra. Rita de Cássia Duarte Lima

VITÓRIA

2016

Dados internacionais de Catalogação -na- Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

T266p Teixeira, Janine Vieira.
Percepções dos trabalhadores do Hospital Universitário
Cassiano Antônio Moraes sobre a implantação da Empresa
Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. / Janine Vieira
Teixeira. - 2016.
188f.

Orientador (a): Prof.^o Dr.^o César Albenes de Mendonça Cruz
Coorientador (a): Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2016.

1. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. 2.
Hospitais universitários. 3. Trabalho. 4. Saúde do trabalhador.
Cruz, César Albenes de Mendonça. II. Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.
III. Título.

CDU: 61:658

JANINE VIEIRA TEIXEIRA

**PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO
ANTÔNIO MORAES SOBRE A IMPLANTAÇÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE
SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 17 de outubro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. César Albenes Mendonça Cruz
Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -
EMESCAM
Orientador

Profa. Dra. Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Coorientadora

Profa. Dra. Ethel Leonor Nóia Maciel
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -
EMESCAM

Ao meu pai José Rodrigues Teixeira que, no seu modo simples de ser, sempre dizia que a única herança que poderia me deixar seria o “estudo” e à minha filha Ingridi, com todo o meu amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

A todos que estiveram presentes na minha vida, nestes momentos desafiadores.

À minha mãe, Jussara, pelo amor incondicional.

A Luiz Antônio, meu companheiro, pelo estímulo e a paciência nestes anos.

Ao meu irmão Flávio pela companhia de todos os momentos.

Aos Professores do Mestrado de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM.

Ao meu orientador César Albenes Mendonça Cruz pela parceria em toda esta empreitada.

À Prof. Rita de Cássia Duarte Lima por me apontar importantes caminhos.

A Yara Musiello Barcellos que sempre tornou muito mais fácil todas as minhas dificuldades.

Aos entrevistados, sem eles este trabalho não seria possível.

À Ana Paula de Azevedo, Josefa Cristina Pereira dos Santos e Sandra Zannetti

Bahiense por todas as horas de trabalho juntas!

A Jussara Bezerra de Menezes, Jocitônio Barcelos e Helaine Marla, meus companheiros de trabalho e mestrado por trocas gratificantes.

A Denilda Littike por todo carinho e dedicação aos trabalhadores do HUCAM!

A Lucinete de Oliveira Souza pelo carinho e toda paciência do mundo!

Aos trabalhadores do HUCAM que junto comigo construíram um caminho de luta e resistência! A construção das lutas e jornadas coletivas com estes trabalhadores faz de mim uma pessoa melhor a cada dia!

“A memória guardará o que valer a pena. A memória sabe de mim mais do que eu; e ela não perde o que merece ser salvo”.

(Eduardo Galeano)

LISTA DE SIGLAS

ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
AC	Acórdão
ANDIFES	Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino
AMIL	Grupo de Assistência Médica Internacional
ANS	Agencia Nacional de Saúde
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CEBs	Comunidades Eclesiais de Base
CEPE	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DAS	Departamento de Atenção a Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Saúde Santa Casa de Misericórdia de Vitória
FASUBRA	Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil.
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso

FORPLAD	Fórum de Pró-Reitores de Planejamento das Universidades
HC	Hospital das Clínicas
HU	Hospital Universitário
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IR	Imposto de Renda (IR)
MP	Medida Provisória
MPOG	Ministério do Orçamento Planejamento e Gestão
NIR	Núcleo Interno de Regulação
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organizações Sociais
OSCIPS	Organizações Sociais de Interesse Civil Público
PCCTAE	Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, Lei 11.091 de 12 de Janeiro de 2005.
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PL	Projeto de Lei
POP	Procedimento Operacional Padrão
PROGEP	Pró Reitoria de Gestão de Pessoas
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários
RJU	Regime Jurídico único
S/A	Sociedade Anônima
SEGES	Secretaria de Gestão
SINTUFES	Sindicato dos Trabalhadores na UFES

SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFF	Universidade Federal Fluminense

RESUMO

A implantação das Empresas Públicas de Direito Privado tem trazido transformações na organização do trabalho que impactam a vida dos trabalhadores dos hospitais universitários. O objetivo desse trabalho foi avaliar o impacto da implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) na saúde dos trabalhadores do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) regidos pelo Regime Jurídico Único – RJU. O estudo, de caráter transversal, contou com a participação de 14 profissionais, sendo 4 gestores e 10 trabalhadores. Foi feita uma entrevista com perguntas abertas. Da análise de conteúdo das entrevistas emergiram as seguintes categorias: Consolidação da EBSERH no HUCAM: subcategorias: Implantação, Principais Mudanças, Processo de (Des) integração; Trabalho: sub-categorias: Processo de Trabalho; Metas Pactuadas com o SUS; Conflitos; Adoecimento no trabalho: sub-categorias: Insegurança; Desrespeito e falta de reconhecimento; Exclusão. Os relatos evidenciaram que a nova forma de gestão trazida pela EBSERH precariza o trabalho. Os trabalhadores foram totalmente excluídos de decisões durante a implantação e posteriormente, quando foram alvos de ações desestruturantes, como as mudanças de setor, que impactaram os antigos trabalhadores no sentimento de pertença ao corpo de trabalhadores do hospital. Coincide com a implantação da empresa um aumento no número de adoecimentos, bem como o aumento da procura pelo Serviço de Psicologia do hospital.

Palavras-chave: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Hospitais universitários. Trabalho. Saúde do trabalhador. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The creation of the Private Right Public Enterprises has been changed the work organization and this impacts the life of the university hospital workers. The aim of this study was to evaluate the impact of the creation of the Hospital Services Brazilian Enterprise, (EBSERH) on the health of the University Hospital Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) workers that are under the Unic Juridic Regime. The study, transversal, interviewed 14 workers, 10 general professional workers and 4 managers. An interview was conducted with open questions. From the interviews content analysis emerged the following categories: Ebserh consolidation in HUCAM: sub-categories: Implementation, Major Changes, (Dis) integration Process; Work: sub-categories: Work process; Agreed targets with the SUS; conflicts; Illness at work: sub-categories: Insecurity; Disrespect and lack of recognition; Exclusion. The reports showed that the new form of management brought by EBSEH turns the work precarious. Workers were totally excluded from decisions during implementation and later, when they were targets of destabilizing actions such as the industry changes, which affected the former workers in the sense of belonging to hospital workers body. Coincides with the implementation of the company an increase in the number of illnesses, as well as the increased demand for hospital Psychology Service.

Keywords: Hospital services brazilian enterprise. Hospitals, university. Work. Occupational health. Qualitative research.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 METODOLOGIA.....	18
1.1.1 Método.....	18
1.1.2 Local do estudo.....	20
1.1.3 Sujeitos do Estudo.....	21
1.1.4 Procedimentos metodológicos.....	21
2 O MUNDO DO TRABALHO E A CRISE DO CAPITAL.....	23
2.1 O MUNDO DO TRABALHO.....	23
2.2 DESUMANIZAÇÃO E ALIENAÇÃO.....	27
2.3 A CRISE E OS TRABALHADORES.....	28
2.4 SUBORDINAÇÃO DO TRABALHO AO CAPITAL.....	32
2.5 TERCEIRIZAÇÃO E FLEXIBILIZAÇÃO DO TRABALHO NO BRASIL.....	34
2.6 O MUNDO DO TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO.....	38
2.7 A REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO.....	42
2.8 A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA SOCIETAL: A PARTICIPAÇÃO POPULAR PODE MUDAR O RUMO DAS REFORMAS!	47
3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM NOVO PARADIGMA PARA O BRASIL.....	50
3.1 O (DES)FINANCIAMENTO DO SUS.....	51
3.2 O FORTALECIMENTO DO SETOR PRIVADO.....	53
3.3 PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO 241/2016 - 55/2016.....	56
3.4 GESTÃO DO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	59
3.5 O FIM DO REGIME JURÍDICO ÚNICO NÃO VAI CONTRIBUIR PARA MELHORIA DOS SERVIÇOS PÚBLICOS.....	60
3.6 AS ORGANIZAÇÕES SÍCIAS E AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE INTERESSE CIVIL PÚBLICO.....	65
3.7 FUNDAÇÕES ESTATAIS DE DIREITO PRIVADO.....	68
3.8 EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES.....	71
3.9 O <u>DIAGNÓSTICO</u> DOS HUs A PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE	

REESTRUTURAÇÃO DOS HUs.....	73
3.10 TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO: CONTRATAÇÃO E LUCIDEZ.....	75
4 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES (HUCAM), GESTÃO EBSERH: AUTORITARISMO, EXCLUSÃO DOS TRABALHADORES DO RJU E MAIS ADOECIMENTO.....	77
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	81
5.1 A FALA DOS GESTORES.....	81
5.1.1 Categoria 1: Consolidação da EBSERH no HUCAM.....	81
5.1.1.1 Implantação.....	81
5.1.1.2 Principais Mudanças.....	86
5.1.1.3 Processo de (Des)integração.....	86
5.1.2 Categoria 2: Trabalho	89
5.1.2.1 Processo de trabalho.....	89
5.1.2.2 Metas Pactuadas com o SUS.....	91
5.1.2.3. Conflitos.....	93
5.1.3 Categoria 3: Adoecimento no Trabalho.....	96
5.1.3.1 Insegurança.....	97
5.1.3.2 Desrespeito e falta de reconhecimento.....	99
5.1.3.3 Exclusão.....	101
5.2. A FALA DOS TRABALHADORES.....	103
5.2.1 Categoria 1: Consolidação da EBSERH no HUCAM.....	103
5.2.1.1 Implantação.....	104
5.2.1.2 Principais Mudanças.....	106
5.2.1.3 Processo de (Des)integração.....	107
5.2.1.4 Metas Pactuadas pelo SUS.....	110
5.2.2 Categoria 2: Trabalho.....	112
5.2.2.1 Processo de trabalho.....	112
5.2.2.3 Conflitos.....	118
5.2.3 Categoria 3: Adoecimento no Trabalho.....	120
5.2.3.1 Insegurança.....	120
5.2.3.2 Desrespeito e falta de reconhecimento.....	122

5.2.3.3 Exclusão.....	126
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
REFERÊNCIAS.....	136
APÊNDICES.....	145
APÊNDICE A.....	146
ANEXOS.....	147
ANEXO A.....	148
ANEXO B.....	150
ANEXO C.....	152
ANEXO D.....	163
ANEXO E.....	164
ANEXO F.....	165
ANEXO G.....	166
ANEXO H.....	176

1 INTRODUÇÃO

O conjunto de leis e normas que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) está ancorado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 que assegura: *A saúde é um direito de todos e dever do Estado* (BRASIL, 1988). Este artigo garante que todos devem ter acesso à saúde e que o Estado é responsável por promover condições para o seu pleno exercício.

Em 31 de dezembro de 2010, entre os últimos atos do governo Luís Inácio Lula da Silva, foi encaminhada ao Congresso, a Medida Provisória 520, que criava a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Após intensa mobilização da comunidade universitária, a MP 520 não foi aprovada, por decurso de prazo, e o governo federal reeditou uma nova versão, o PL 1.749/2011, aprovado sob a forma da Lei 12.550/2011 (BRASIL, 2011). A lei foi promulgada dez dias após o término da XIV Conferência Nacional de Saúde, em 2011, órgão máximo de deliberação das políticas de saúde do País, quando se decidiu, por ampla maioria de votos, contra todas as formas de terceirização da saúde inclusive a EBSERH (ANDREAZZI, 2013).

A Lei 12.550/2011, citada anteriormente, criou a EBSERH. Em seu art. 2, manteve o capital social integralmente sob a propriedade da União e as atividades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial integralmente no âmbito do SUS. Em seu art. 3 especificou que isto se aplicava às suas subsidiárias. No art. 6 explicitou que a EBSERH poderia prestar serviços relacionados às suas competências mediante contrato, respeitada a autonomia universitária, texto que não havia na MP 520. De fato, a exposição de motivos do PL 1.749/2011 é clara:

Ressalte-se que a criação da EBSERH não implica a extinção das competências de promoção das atividades de extensão pelas instituições federais de ensino superior, nem na perda de seu patrimônio. Conforme art. 6º do Projeto de Lei, a decisão de contratar ou não o serviço da empresa pública é também da universidade, que poderá fazê-lo se e quando julgar mais conveniente. Os termos do contrato são negociados, diretamente, pela universidade e empresa, e avalizados pelo Ministério da Educação, podendo

dispor, a critério da universidade, sobre a cessão de bens móveis e imóveis e de servidores à empresa (sem grifo no original) (ANDREAZZI, 2013, p. 1).

As Políticas Públicas no Brasil têm passado pela redução de verbas para seu suficiente funcionamento, flexibilização da contratação de pessoal, precarização do trabalho e dos serviços. Ao mesmo tempo, governos sucessivos têm feito a entrega de serviços públicos à iniciativa privada, deixando ao encargo do SUS os procedimentos mais caros.

A Lei federal 12.550/2011, já mencionada, foi editada para alterar modelo de Gestão dos Hospitais Universitários (HUs) federais, introduzindo a flexibilização da contratação de pessoal e a adoção de métodos de gerenciamento da iniciativa privada. Os HUs, que compõem a maior rede hospitalar pública, poderiam celebrar convênios com a iniciativa privada, o que causaria um grande prejuízo à saúde a partir de um contrato por metas, o que seria incompatível com o Ensino e com a Assistência (BATISTA JÚNIOR, 2008; ANDREAZZI, 2013).

March (2012) relata que a EBSEH é uma reedição dos princípios das fundações estatais de direitos privados e das organizações sociais, ou seja, o mesmo modelo de empresas com transferência de patrimônio público e de flexibilização de direitos dos trabalhadores do serviço público, estabelecimento de financiamento das políticas sociais a partir de contratos de gestão e possibilidade e captação de recursos ou venda de serviços e consequente mercantilização das políticas e dos direitos sociais. Cria espaço para a valorização do capital para a obtenção de recursos outros, que não os orçamentários. A menção clara de possibilidade e obter *lucros líquidos* colocam na lógica da produção do lucro e do autofinanciamento.

Dessa forma, a partir dessa lei, o trabalho nos HUs federais e seu ritmo passaram a se adequar às leis de mercado, com os trabalhadores se encarregando do cumprimento de metas, com consequências na sua adaptação.

A mudança de paradigma administrativo do público para o privado precisa ser observada à luz das estratégias construídas pelos trabalhadores para desempenhar

suas tarefas no cotidiano, para determinar se o mesmo apresentou mudanças, após a implantação da EBSEH. As mudanças implantadas sobre a dinâmica do trabalho dentro do hospital universitário, as transformações em seu mundo perante uma 'nova organização', merecem uma abordagem direta para desvelar a partir da ótica dos trabalhadores, os impactos dessa política sobre sua qualidade de vida.

Sendo assim, os objetivos desse estudo se traduziram em:

Objetivo Primário

- Identificar a ocorrência de mudanças no mundo do trabalho nos Serviços Públicos/HUs e seus impactos na saúde dos trabalhadores.

Objetivos Secundários

- Identificar como foi construído o processo de implantação da EBSEH no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) e fazer um resgate da construção da política nacional;
- Identificar a percepção dos trabalhadores do Regime Jurídico Único (RJU) sobre as mudanças nos processos de trabalho, a partir dos novos modelos gerenciais implementados pela EBSEH e como estas mudanças impactam em sua saúde;
- Avaliar o impacto da implantação da EBSEH na saúde dos trabalhadores do HUCAM regidos pelo RJU.

Estudar as transformações ocorridas na organização do trabalho e seus efeitos sobre os trabalhadores no HUCAM foi um desafio colocado frente às mudanças produzidas no mundo do trabalho e na vida dos atores que partilham nosso cotidiano como trabalhadores do serviço público. Responder a estas indagações é um passo importante para os trabalhadores de saúde, que entendem que o papel da academia

está imbricado na construção do conhecimento e na possibilidade de auxiliar na melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores.

As pesquisas sobre as condições de trabalho e saúde no serviço público a partir do gerencialismo e da produtividade datam da década de 1980. Estas pesquisas mostraram o quanto o modelo era adoecedor e alienante. Desenvolveram-se centralmente duas linhas de pesquisa: mundo do trabalho, saúde e trabalho.

As pesquisas qualitativas mostraram como o mundo do trabalho tem desenvolvido formas cada vez maiores de exclusão e adoecimento da classe trabalhadora.

Os estudos qualitativos tem evidenciado uma evolução na descrição e nas análises que acabam por contribuir para a reflexão da temática do adoecimento e sofrimento do trabalhador.

Após realizarmos uma revisão de literatura sobre a temática QVT- Qualidade de Vida no Trabalho, voltada para a enfermagem na organização hospitalar no Brasil, encontramos alguns estudos que abordam a descrição e análise de critérios relevantes para a QVT de enfermeiros de um Hospital Universitário; que visam oferecer subsídios para a reflexão da temática QVT; que propõem a implantação de um Programa Interdisciplinar de Apoio ao Trabalhador de Enfermagem e enfocam a promoção e a manutenção de QVT; que buscaram obter subsídios para elucidar a situação do enfermeiro no ambiente de trabalho com o objetivo de fornecer dados para contribuir na reestruturação organizacional e conseqüente melhoria da QVT desses profissionais, entre outros (NEUMANN; FREITAS, 2008, p. 532).

Em seu estudo Cardial (2013) apontou que os novos modelos de gestão do SUS agravam a precarização das relações de trabalho, o que corrobora a afirmação de que a lógica do capital está introduzida na saúde. Pinzón (2016), após estudo comparativo de dois sistemas nacionais de saúde, no Brasil e na Colômbia, afirmou que esta lógica acarreta mudanças nas relações, condições e organização do trabalho, o que impacta tanto na vida dos trabalhadores como nos serviços prestados aos usuários. A contrarreforma do estado tem levado os serviços públicos a precarização do trabalho, com vários tipos de contratos, intensificação da sobrecarga de trabalho, instabilidade e adoecimento dos trabalhadores da saúde. Afirma o autor que o processo de reforma e seus impactos acontecem da mesma forma nos dois países.

Granemann (2008) argumenta que a contrarreforma do estado de Bresser Pereira transformou todas as dimensões da vida em negócios. As atividades exclusivas do estado foram transferidas a iniciativa privada. Para ampliar esta política o governo federal criou em 2007 o modelo da Fundação Estatal de Direito Privado¹.

1.1 METODOLOGIA

Abordamos aqui a metodologia do nosso estudo. As técnicas e os instrumentos que usamos para coleta de dados e assim chegar aos resultados do tema estudado.

1.1.1 Método

A escolha da Metodologia Qualitativa, baseada na Análise de Conteúdo, partiu do pressuposto de que, a partir do contato e das falas dos entrevistados, seria possível identificar as condições saúde instaladas no HUCAM/EBSERH, com o novo modelo de gestão, na percepção dos trabalhadores do RJU.

Entende-se como pesquisa de Metodologia Qualitativa aquela que tem a capacidade de apontar a questão do significado e da intencionalidade relacionados aos atos, relações e também às estruturas sociais, sendo que, essas estruturas sociais são tidas tanto no seu advento quanto na transformação e nas construções humanas significativas (MINAYO, 1992).

¹ O debate sobre a construção do ente jurídico empresa pública de direito privado é anterior a FHC que a consolidou, porém, sua existência já era prevista na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Com a consolidação das fundações, o Governo Lula criou a EBSEH que se trata do mesmo modelo de empresa pública que administra a saúde no Brasil atualmente.

Lima (1998) considera que ao elaborarmos uma pesquisa, a abordagem metodológica de sustentação será decorrente dos interesses, das intencionalidades e das muitas circunstâncias que condicionam, socialmente, determinado fenômeno.

Bardin (2011) diz que a análise de conteúdo visa o conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica e etc., por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir uma amostra de mensagens particulares.

Neste estudo foram utilizados os seguintes documentos oficiais:

- Análise estatística dos procedimentos pactuados entre o SUS e o HUCAM/EBSERH;
- Os Boletins de Serviço, que são instrumentos de comunicação dos procedimentos formais realizados pelo HUCAM/EBSERH;
- O Plano Diretor Estratégico, documento que traça as metas pretendidas e se elas foram atingidas;
- Ofícios onde foram requeridos documentos como o número de trabalhadores da EBSEH e do HUCAM, o número de atestados e a quantidade;
- O nome das empresas terceirizadas que trabalham para a EBSEH;
- Atas de reuniões do Conselho Universitário;
- Relatórios de Gestão da Universidade exercício 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014;
- Documentos da Pró-Reitoria de Planejamento da UFES em números 2015, para obtenção de dados estatísticos do HUCAM.

De acordo com a disponibilidade dos dados, os documentos foram analisados entre os anos de 2010 a 2015. Além das entrevistas que foram elaboradas a partir de um roteiro semiestruturado. Este roteiro não nos permitiu manter a mesma sequência de questionamentos a todos os entrevistados porque algumas respostas nos remeteram a questionamentos diferentes do roteiro previamente semiestruturado. Também não fizemos a arbitragem inicial de juízes externos, por entender que deveríamos estar abertos aos questionamentos advindos das entrevistas, que variariam imprevisivelmente.

1.1.2 Local do estudo

O estudo se desenvolveu no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes do Espírito Santo, com o qual possuímos vínculo trabalhista. Inicialmente este hospital era conhecido como Sanatório Getúlio Vargas, o qual foi fundado na década de 40 para atender os casos de tuberculose do Espírito Santo. Na década de 60 em função da criação do curso de Medicina na UFES a instituição foi transformada no Hospital das Clínicas (HC) e, em 1976, abrigou também o curso de Enfermagem. Em 1980, com a morte do idealizador da transformação do antigo Sanatório em um hospital de ensino, Dr. Cassiano Antônio Moraes, a instituição foi denominada Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (LIMA, 1998).

O HUCAM é o espaço de referência para formação de profissionais na área da saúde no Estado do Espírito Santo, incluindo além da Medicina os cursos de graduação como Terapia Ocupacional, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia e Fonoaudiologia. Além desses cursos, engloba os programas de pós-graduação *stricto sensu*, da Residência Médica e Multiprofissional (UFES, 2016a). Em 2013, o hospital universitário passou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (UFES, 2016b).

1.1.3 Sujeitos do Estudo

Foram abordados na pesquisa 10 trabalhadores da assistência e 4 gestores.

Os trabalhadores entrevistados na pesquisa foram sorteados a partir das escalas de trabalho, sem distinção de cor, raça, sexo ou religião. Foram incluídos os trabalhadores do RJU com mais de cinco de anos de serviço prestado ao HUCAM, com o objetivo de certificar todo o conhecimento da organização de trabalho antes e depois da implantação da EBSEH e os que ofereceram o aceite por escrito em participar do estudo através do preenchimento do Termo de Esclarecimento. Foram excluídos os trabalhadores do RJU que também exerciam cargos na EBSEH.

Na gerência, entrevistamos quatro gestores, sendo que um dos gerentes exercia o cargo de diretor superintendente. Este entrevistado não participou do sorteio por estar numa posição gerencial em que é único e, nessa condição, implantou a nova gestão no hospital. Os demais gestores foram sorteados a partir do quadro de gerência do hospital. Atualmente, nem todos os gestores entrevistados fazem parte da administração.

1.1.4 Procedimentos metodológicos

As entrevistas foram realizadas entre o período de novembro 2015 e fevereiro de 2016. Elas foram realizadas de acordo com o horário e local escolhido pelo gestor e pelo trabalhador entrevistado, gravadas e depois transcritas. Em todas as etapas da metodologia de estudo, que foram do sorteio até a análise das entrevistas, nos certificamos de assegurar o anonimato do gestor e do trabalhador. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme consta na Plataforma Brasil. Esta pesquisa seguiu as normas da Resolução 196/1996 do Ministério da Saúde (MS) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE)

da EMESCAM.

Para apresentação do resultado vamos nos referir aos trabalhadores entrevistados por Trabalhador 1 para o primeiro trabalhador, 2 para o segundo e assim sucessivamente até o 10, para o décimo trabalhador entrevistado. Os gestores entrevistados vamos nos referir por: Gestor I, Gestor II, Gestor III e Gestor IV. As falas dos trabalhadores e gestores serão registradas no trabalho de forma diferenciada, em itálico.

A análise das entrevistas foi construída através do estudo da análise de conteúdo a partir de uma busca intensa das categorias e subcategorias, para desvendar o significado colocado em cada da fala de gestores e trabalhadores.

As categorias que analisamos foram:

1- Consolidação da EBSERH

Subcategorias: Implantação, Principais Mudanças e Processo de (Des) integração.

2- Trabalho

Subcategorias: Processo de Trabalho, Metas Pactuadas com o SUS e Conflitos.

3- Adoecimento no trabalho.

Subcategorias: Insegurança, Desrespeito e falta de Reconhecimento, Exclusão.

As políticas públicas que viabilizam a proteção social tão importante para os trabalhadores passaram a serem geridas por essas empresas, que realizaram contratos de gestão com o próprio Estado para prestarem serviços à população. Estas empresas também estão aptas a fazerem aplicações financeiras nos mercados de capital e em ações de empresas privadas com recursos de fundos públicos (GRANEMANN, 2008).

2 O MUNDO DO TRABALHO E A CRISE DO CAPITAL

Abordamos o tema Estado e Mundo do Trabalho, descrevemos as bases conceituais do Estado, seu papel social, bem como o papel que vem desempenhando no capitalismo. O mundo do trabalho evolui com o desenvolvimento do estado, chegando hoje a uma sociedade marcada pela terceirização e precarização, onde os trabalhadores vivem a era da informalidade e a sociedade do descartável

2.1 O MUNDO DO TRABALHO

O neoliberalismo e a globalização vêm se impondo à humanidade como uma fábrica de perversidades. O desemprego crescente torna-se crônico, a pobreza aumenta e as classes médias perdem a qualidade de vida, os salários médios se reduzem, a fome e o abandono se generalizam em todo mundo (SANTOS, 2004).

Em pleno século XXI podemos falar que o sistema capitalista transformou, de fato, o trabalho em tortura. Basta ver as condições de trabalho dos canavieiros, os *call centers*, as terceirizações precárias, o trabalho infantil, o trabalho doméstico e as diversas formas espalhadas pelo mundo que hoje causam horror (ANTUNES, 2006).

O trabalho tem uma centralidade muito grande na vida. Além de ser fonte de sustentação financeira o trabalho é também uma das formas com a qual as pessoas se reconhecem se relacionam com outros. Ele determina uma parte importante da felicidade e do sofrimento das pessoas. E porque o trabalho é muito mais que um mero *fator econômico*, ele precisa ser entendido do ponto de vista social, cultural e político (ANTUNES, 2006).

Com o avanço da divisão do trabalho, o homem passou a realizar suas funções, durante toda sua vida, sem poder colocar em prática, seu raciocínio e nem a sua

criatividade. Na verdade, todo trabalho é feito de forma mecânica, onde o trabalhador realiza apenas algumas operações simples.

Ao decorrer do tempo, o trabalhador perde o hábito de lidar com as adversidades, por exemplo, no sentido de encontrar meios para resolver eventuais problemas que acontecem no trabalho, perde a criatividade. Ele perde o hábito natural de encontrar soluções, tornando-se geralmente um ser embotado e ignorante. Este modo de vida deteriora, inclusive, a atividade corporal, tornando o homem incapaz de utilizar sua força física com vigor e perseverança em qualquer ocupação. Assim, a habilidade que ele adquiriu em sua ocupação específica parece ter sido adquirida à custa de suas virtudes intelectuais, sociais e marciais. Em toda sociedade evoluída e civilizada, nos dias de hoje, este é o estado em que inevitavelmente caem os trabalhadores pobres, isto é, a grande massa da população (SMITH, 1983).

Isso é característico do modelo de organização da produção nas fábricas da primeira metade do século passado. O modelo conhecido como Taylorismo/fordismo foi o modelo dominante em toda indústria durante praticamente todo século XX, principalmente a partir da segunda década. Este modo de produção se baseia em produção em massa de mercadoria, de forma homogeneizada e quase que totalmente verticalizada. Havia uma redução do tempo e um aumento do ritmo de trabalho, mudando e intensificando a forma de exploração. O trabalhador realizava muito mais trabalho em menor tempo (ANTUNES, 2006).

Este modo de produção que visava o aumento do lucro a partir do controle do tempo dos trabalhadores aumentava a alienação e o adoecimento.

O trabalho era feito em partes, em outras palavras, fragmentado. Havia divisão das tarefas, de maneira que cada trabalhador passava a sua jornada realizando apenas uma ação repetitiva e o conjunto das ações de cada trabalhador formava o trabalho coletivo. Ou seja, a produção e veículos na indústria automobilística era resultado de uma organização coletiva do trabalho (ANTUNES; ALVES, 2004).

Paralelamente a este processo existe a perda da identidade do trabalhador o qual passa a ser uma mera extensão da máquina, o capital aumenta sua exploração a partir da extração do sobretrabalho. Neste caso a indústria aplica a mais valia relativa, que segundo Marx (1987), aumenta o tempo de trabalho excedente, mantendo a mesma jornada de trabalho.

Este processo se caracterizava por uma mistura de fordismo com taylorismo, sendo o fordismo caracterizado pela produção em série e o taylorismo pela marcação do tempo, pelo trabalho cronometrado e a vigência clara da separação entre elaboração e execução. Foi excluída em todo este processo a capacidade intelectual do trabalhador. Ficou de lado a sua capacidade de criar, de pensar e passou a ser meramente um apertador de parafusos, um operador de máquinas, realizando apenas atos repetitivos. (ALVES, 1999; MÉSZÁROS, 2003; ANTUNES, 2015).

Este modelo se expandiu inicialmente para toda a indústria automobilística dos EUA e depois passou a fazer parte da produção industrial de qualquer produto, desde uma máquina de lavar, até uma fábrica de chocolates. Expandiu-se também para boa parte o setor de serviços. O modelo implantado permitiu uma exploração e acumulação intensiva, para a produção em massa, sem necessidade de conhecimentos do trabalhador, além da tarefa, com o trabalho realizado por trabalhadores pouco qualificados o que possibilitou o aparecimento do operário-massa (ANTUNES, 2015).

A fusão da organização científica do trabalho taylorista com o fordismo representou a forma mais moderna de intervenção do capital no processo de trabalho ao longo de várias décadas do século XX. Seu esgotamento só se deu no final dos anos 60 e início dos anos 70 (ALVES, 1999; ANTUNES, 2006).

O regime do parafuso e do controle do tempo foi capaz de criar uma quantidade hegemônica de trabalhadores chamados *operários-massas*, aqueles que perderam sua identidade cultural, sua habilidade artesanal e manufatureira dos ofícios, os não pensantes, que agem instintivamente, que passaram a fazerem parte do processo

produtivo, atuando em um espaço concentrado, realizando apenas atividades repetitivas e de forma parceladas. Isto gerou uma perda de identidade com o trabalho que permitiu a construção de uma forma de alienação do trabalhador, criando uma nova classe de trabalhadores alienados, e sem identidade de classe. Permitindo que o Estado de Bem Estar Social² fosse rompido, mesmo tendo havido muita luta pela manutenção dos direitos adquiridos (ANTUNES, 2005).

Esse esgotamento se expressou em uma crise estrutural do capital que perdura até os dias de hoje e que a partir dela o capital passou a fazer um amplo processo reestruturação, na tentativa de recuperar seu ciclo produtivo e refazer seu domínio na sociedade, abalado pelo confronto e pelos conflitos que colocaram em cheque seus pilares e seus mecanismos de controle (ANTUNES, 2005).

O toyotismo surgiu no Japão após a segunda guerra mundial, mas somente após a crise dos anos 60 e 70 do século XX conseguiu se espalhar pela Europa e América. Segundo Behring (2008), a base técnica do toyotismo foi caracterizada pela microeletrônica digital e miniaturizada e a introdução desta tecnologia na produção se deu a partir das pesquisas do engenheiro das Forças Aéreas dos EUA John Persons, que vislumbrou a possibilidade de acoplar o computador à máquina, ferramenta universal, introduzindo o controle numérico. A partir daí criou-se a possibilidade de automatizar a produção, retirando ainda mais o controle dos trabalhadores sobre as máquinas.

Em 1950, no Japão, após um expressivo movimento grevista contra um processo de demissão em massa na Toyota e, na sequência, outra greve na Nissan, o sindicato combativo foi derrotado a partir de uma grande repressão. Como consequência desses episódios as empresas criaram o sindicalismo de empresa, atado ao ideário patronal.

²O Estado de Bem Estar Social nasceu na Europa, quando os partidos da Social Democracia, renunciaram a fazer a revolução socialista, optaram por um acordo de atender as exigências mínimas de reformas imediatas que se viabilizariam por meio das políticas sociais. Estava em curso a revolução soviética e a adoção deste modelo de estado veio para abrandar a luta dos trabalhadores (BEHRING, BOSCHETTI, 2009).

Por acharem esta forma de organização sindical pouco colaborativa, os empresários japoneses optaram por sua dissolução, substituindo-o por um sindicato com a cara da empresa, isto é, um sindicato formado segundo o *Espírito Toyota*, ou na *Família Toyota*. A campanha reivindicatória assumiu, então, para aquele ano, o slogan: Proteger nossa empresa para defender a vida! (ANTUNES, 2006).

Os traços básicos do toyotismo são a produção diretamente voltada para a demanda, a produção variada, diversificada e pronta para suprir o consumo. É o consumo que determina o que será produzido. A produção se sustenta em um estoque mínimo e o melhor aproveitamento possível do tempo de produção, incluindo aí o transporte, o controle de qualidade e o estoque, é garantido pelo *Just in time*. O *Kan ban* é uma senha que indica que as peças/produtos precisam ser repostos e isto só acontece, quando o último é vendido (ANTUNES, 2006; ALVES, 2013).

2.2 DESUMANIZAÇÃO E ALIENAÇÃO

Na organização do trabalho existem desdobramentos objetivos e subjetivos que Marx (2012) classifica como quatro momentos de alienação. No primeiro momento, o trabalhador é estranho ao produto do seu trabalho. O produto se consolida e esgota no trabalho de maneira independente, tornando-se estranho a quem o construiu. No segundo momento, ocorre a alienação em relação à atividade produtiva do trabalhador. Esta atividade deixa de ser algo criativo e torna-se um trabalho mecânico. O trabalho não é tido como uma atividade prazerosa, ao contrário, é visto como uma atividade que causa ao trabalhador um sacrifício e mortificação. No terceiro momento, ocorre a alienação do trabalhador em relação ao gênero humano. Uma vez alienado, o trabalhador se separa do mundo. Em outras palavras ele se isola do seu convívio com a sociedade e passa a se enxergar como um indivíduo solitário. Por último, o trabalhador não se reconhece em seu aspecto mais fundamental, que é o trabalho. Logo, ele não é reconhecido como parte essencial da vida humana enquanto gênero/espécie. Não

apenas a própria vida tem uma objetivação nociva, mas toda e qualquer vida já perde o seu sentido (ANTUNES, 2006).

2.3 A CRISE E OS TRABALHADORES

A noção moderna da classe que vive do trabalho está ampliada. Esta classe inclui a totalidade de homens e mulheres que vivem da venda de sua força de trabalho em troca de míseros salários, sendo eles os trabalhadores improdutivos, os trabalhadores da área de serviços públicos e privados: o proletariado rural, o proletariado precarizado, terceirizados, trabalhadores assalariados da chamada 'economia informal' que são indiretamente subordinados ao capital e os trabalhadores desempregados, expulsos do processo produtivo, o velho exército de reserva⁵ (ANTUNES, 2006).

As mudanças, nas últimas décadas, têm sido brutais. À medida que a sociedade procura avançar nas questões da sociabilidade humana, no mundo do trabalho há um retrocesso. O trabalho é precário, as jornadas cada vez maiores. Os trabalhadores são levados a escolher entre seus pares qual será o próximo a ser demitido e aquele que não o faz acaba demitido no lugar de quem poderia ter sido (GAULEJAC, 2007).

A crise vivenciada pelo capital impacta a vida, bem como suas respostas, tais como o neoliberalismo e a reestruturação produtiva. Vivemos um grande desemprego estrutural, um crescente contingente de trabalhadores em condições precarizadas, uma degradação da natureza que se amplia escandalosamente, sem que nada seja feito, pois se prioriza a produção de mercadorias e a valorização do capital, deixando de lado a preservação da vida. A lógica do sistema produtor de mercadorias e a busca da produtividade tem se constituído como um fator preponderante na precarização do

⁵ O exército de reserva seria uma força de trabalho desempregada ou parcialmente empregada produzida e reproduzida diariamente pela acumulação do capital (ANTUNES, 2006).

trabalho, pois existem formas novas de precarização que se constituem todos os dias em correlação direta com o aumento de desempregados (ALVES, 1999; MÉSZÁROS, 2003).

No processo de reestruturação produtiva, combinada com o ajuste neoliberal, a desregulamentação de direitos e o corte nos gastos sociais deixam milhões de pessoas à própria sorte e ao mérito individual de cada um, o que descaracteriza a sua condição de profissionais e trabalhadores, jogando-os de forma aleatória e violenta na luta pela sobrevivência (BEHRING, 2008).

Por mais precário que esteja o trabalho, por mais mecanizado e robotizado que esteja o trabalho sempre vai existir, pois as máquinas sempre vão necessitar do trabalho vivo, mesmo que substituam uma boa parte deste trabalho. O trabalhador transfere para todo o maquinário seu trabalho intelectual e isto configura um novo processo interativo entre o homem e a máquina que vai necessitar sempre de um trabalho vivo mais complexo, logo a força de trabalho vai ser explorada de forma mais intensa e mais sofisticada.

Mészáros (2003) mostra que as estatísticas do desemprego podem estar sendo falsificadas ou arbitrariamente definidas e redefinidas, não somente na América, mas em cada país do então chamado *capitalismo avançado*. Na Grã-Bretanha, por exemplo, os editores do *London Economist* admitiram que o governo revisou por 33 vezes os números do desemprego a fim de torná-los mais apresentáveis. Nesses documentos não há menção de que o trabalho de dezesseis horas por semana é computado como emprego de tempo integral. No Japão, país que até recentemente era saudado como paradigma do *capitalismo dinâmico avançado*, qualquer trabalhador que recebe um salário referente a uma hora da última semana do mês não é incluído na estatística do desemprego.

O autor explica que o capitalismo é o sistema produtivo que proporciona um número cada vez maior de seres humanos supérfluos para seu mecanismo de produção, o que é extremamente contraditório com seu sistema produtor de bens de consumo, pois seres humanos supérfluos nunca serão consumidores. Mesmo a partir desta

contradição o capitalismo se perpetua de crise em crise. Qualquer solução que seja para resolver o problema do capital, a mais simples, sempre, uma grande parcela da classe trabalhadora acaba excluída do processo de trabalho (MÈSZÁROS, 2003).

O resultado desta tendência não se restringe à difícil situação dos trabalhadores sem qualificação adequada, atinge também um grande número de trabalhadores altamente qualificados, os quais, agora, se somam ao grande número de desempregados e disputam os raros empregos disponíveis. Não estamos mais diante dos subprodutos *normais* e voluntariamente aceitos do *crescimento e do desenvolvimento*, mas de seu movimento em direção a um colapso. Tampouco estamos diante de problemas periféricos dos *bolsões de subdesenvolvimento*, mas diante de uma contradição fundamental do modo de produção capitalista como um todo, que transforma até mesmo as últimas conquistas do *desenvolvimento* da *racionalização* e da *modernização* em fardos paralisantes de subdesenvolvimento crônico. E o mais importante de tudo é que quem sofre todas as consequências dessa situação não é mais a multidão socialmente impotente, apática e fragmentada das pessoas *desprivilegiadas*, mas todas as categorias de trabalhadores qualificados e não qualificados, ou seja, a totalidade da força de trabalho da sociedade (MÈSZÁROS, 2003).

Atingimos uma fase do desenvolvimento histórico do sistema capitalista em que sua característica determinante é o desemprego. Para se considerar o grau de precarização, na Inglaterra foi implantado o contrato chamado *Zero Hour Contract*, ou seja, *Contrato Zero Hora*, onde o trabalhador fica em casa com um celular esperando uma ligação, podendo ficar, um dia, dois, três, quatro ou mais. Se receberem uma ligação, deverão atender ao trabalho, se não receberem, continuarão sentados e não terão pagamento (ANTUNES, 2015).

Outra característica assumida pelo desemprego é a exclusão de atores como jovens e idosos do mundo do trabalho. Antunes (2006) comenta que a tendência presente no mundo do trabalho é a crescente exclusão dos jovens em idades pós-escolar, que atingiram a idade e condições para ingresso no mercado de trabalho e que, sem

perspectiva de emprego acabam muitas vezes nas filas dos trabalhos precários, dos desempregados. Concomitantemente, ocorre a exclusão dos trabalhadores considerados idosos pelo capital, com idade em torno de 40 anos, que dificilmente retornam ao mercado de trabalho. Acabam se somando ao chamado trabalho informal, aos desempregados, aos trabalhos voluntários etc. Em sentido contrário, o mundo do trabalho, nas diversas partes do mundo, tem se utilizado da inclusão precoce e criminosa de crianças no mercado de trabalho nas atividades produtivas.

Como desdobramento destas tendências, temos visto no mundo do trabalho um aumento crescente do chamado *Terceiro Setor*, que assume uma forma alternativa de ocupação, através de empresas de perfil mais comunitários, motivadas predominantemente por formas de trabalho voluntário, abarcando atividades de caráter assistencial, sem fins mercantis, ou lucrativos, e se desenvolvem a margem do mercado. Esta forma de trabalho se realiza no interior de Organizações Não Governamentais e de outros organismos similares. Trata-se de uma alternativa extremamente limitada para compensar o desemprego estrutural, não sendo uma alternativa efetiva e duradoura de trabalho no mundo capitalista (ANTUNES, 2006).

Para Mészáros (2003), nos últimos anos tem havido uma grande publicidade em torno das benesses da globalização, disseminando uma falsa ideia de expansão e integração do capital como um fenômeno radicalmente novo destinado a resolver todos os nossos problemas. A grande ironia dessa tendência do desenvolvimento capitalista é o modo antagônico pelo qual o avanço produtivo e o metabolismo social laçam uma parcela crescente da humanidade na categoria do trabalho supérfluo. Isso é inerente à lógica do capital e desde a constituição do seu sistema há séculos, alcançou a maturidade de uma forma inexoravelmente ligada a sua crise estrutural.

Em 1948, Marx e Engels (1948, p. 44) afirmaram no Manifesto Comunista:

A fim de oprimir uma classe, devem ser-lhe asseguradas certas condições sob as quais possa, pelo menos, continuar a sua existência servil (...) [Mas] a burguesia é incapaz de continuar a ser por muito tempo a classe dominante da sociedade e a impor à sociedade como lei reguladora as condições de vida da

sua classe. Ela é incapaz de dominar porque é incapaz de assegurar ao seu escravo a própria existência no seio da escravidão, porque é obrigada a deixá-lo mergulhar em um estado em que tem de ser ela alimentá-lo ao invés de ser alimentado por ele.

Os maiores problemas reais a serem enfrentados no presente e no futuro próximo pelos trabalhadores, podem ser resumidos em duas palavras, flexibilidade e desregulamentação, já em andamento, na medida em que são os dois slogans mais usados pelos capitalistas e pelo governo federal nos dias atuais, tanto nos negócios como na política, haja visto a aprovação do Projeto de Lei 4.330/2004, hoje PLC 30, tramitando no senado, que terceiriza todas as atividades dos trabalhadores, inclusive as atividades fins (ANTUNES, 2015).

2.4 SUBORDINAÇÃO DO TRABALHO AO CAPITAL

A subordinação do trabalho ao capital garante a preservação da reprodução individual e da sociedade. Com a chegada do capital toda sociedade baseada na troca e nos laços de pertencimento a terra, todos os modos de produção capitalista ao longo do tempo têm como finalidade essencial subordinar, desde as mais básicas e mais íntimas necessidades dos indivíduos, até as mais variadas atividades de produção, materiais e culturais. Desta forma, a completa subordinação das necessidades humanas à reprodução do capital acontece desde a sua origem (ANTUNES, 2006).

O processo produtivo capitalista provoca o aprofundamento do esgotamento físico da força de trabalho. Não se pode parar, está todos correndo de uma ponta a outra das cidades, em busca de mais de um emprego, ou ocupação, e o cotidiano se torna caótico, como bem demonstrado na bela composição de Chico Buarque de Holanda, Cotidiano: “Todo dia eu só penso em poder parar, meio dia eu só penso em dizer não, depois penso na vida pra levar e me calo com a boca de feijão.” (HOLANDA, 1971).

As inovações tecnológicas desenvolvidas para o capital (maquinaria moderna computadorizada, computadores de última geração etc.) são no seu conjunto o maior

aliado da administração da extorsão da força de trabalho. Essa parafernália tecnológica é mais uma armadilha retórica a ocultar que as inovações tecnológicas são destinadas à produção de mais-valia relativa e absoluta (ANTUNES, 2006).

Os problemas estruturais do capital se apresentam de vários modos. Iniciam-se com a produção e o controle que são totalmente separados e opostos uns aos outros, e depois, em decorrência dos mesmos motivos, a produção e o consumo têm uma independência muito complicada, de tal forma que o mais degradado e abusivo consumismo, em algumas partes do mundo, têm como consequência a negação de satisfação de necessidades básicas de parte da humanidade (ANTUNES, 2006).

Segundo Antunes (2006), enquanto uns se fartam no consumo desenfreado de bens descartáveis, parte da humanidade sequer tem direito a uma alimentação saudável por dia. É fato que as novas formas de organização do capitalismo, novos módulos ou microcosmos, são combinados e intercambiáveis, de tal forma que o capital social total deveria ser todo integrado, visto que existe um domínio global da circulação das mercadorias, buscando superar a contradição entre produto e circulação.

A dominação e subordinação se mantém não apenas em seus microcosmos particulares, através das ações de personificações de capitais individuais, mas a dominação vai também além de seus limites, transpondo além de barreiras regionais, fronteiras nacionais. Assim, se aliena, subordina e flexibiliza a força total de trabalho da humanidade (ANTUNES, 2006).

Este sistema de produção, praticamente não tem nenhum tipo de controle, porque ele surgiu no curso da história, como uma estrutura completa, total, amplamente controlada pelo capital, inclusive os seres humanos, que ou se adequam a realidade colocada aceitando sua “viabilidade produtiva” ou caso contrário perecem. O que vivemos hoje é um sistema de capital globalmente dominante, inexorável, totalitário e de controle absoluto, que tem a capacidade de impor suas condições em tudo e sobre todos, desde as pequenas empresas até as grandes transnacionais, determina as vidas pessoais sem que a grande maioria perceba determinando também grandes e complexos processos

decisórios no âmbito dos monopólios industriais, favorecendo sempre os que têm mais sobre os que têm menos (ANTUNES, 2006, p. 19).

2.5 TERCEIRIZAÇÃO E FLEXIBILIZAÇÃO DO TRABALHO NO BRASIL

Desde a década de 1990, seguindo o ideário do consenso de Washington, o processo de reestruturação produtiva no Brasil se intensificou e até hoje existe uma mescla de elementos da época do fordismo que convivem com outros novos elementos que chegam das novas formas de acumulação flexível e/ou influências toyotistas (ANTUNES, 2015).

No atual estágio do capitalismo brasileiro existe um enxugamento brutal da força de trabalho que combina com mudanças enormes no processo produtivo e na organização social do trabalho. A flexibilização, desregulamentação dos direitos sociais, terceirização, novas formas de gestão da força de trabalho, estão cotidianamente presentes nos espaços produtivos. O fordismo ainda está preservado em vários ramos e coexiste periféricamente com o toyotismo implantado no setor produtivo brasileiro (ALVES, 2013).

A força de trabalho recebe baixos salários e o que antes era um grande atrativo para o fluxo de capital estrangeiro produtivo, hoje, não é garantia de nada. As empresas estrangeiras vêm e vão com uma intensidade muito grande, deixando milhares de trabalhadores desempregados e cidades inteiras com comércios fechados. É preciso ainda mencionar que os baixos salários podem não garantir trabalhadores qualificados o que é um obstáculo para o avanço tecnológico (ANTUNES, 2006).

Como consequência das práticas flexíveis de contratação da força de trabalho, mediante a terceirização dos trabalhadores, temos contratações de trabalhadores por tarefas, por tempo parcial, introdução dos call centers (ANTUNES, 2006).

Foram desativados, ou reduzidos, nos bancos grandes centros de computação, serviços de compensação de cheques, setores inteiros foram extintos nas agências

bancárias e centrais administrativas. O número de bancários no Brasil diminuiu em 800 mil no fim dos anos 80 e mais 400 mil em 2005 (ANTUNES, 2006).

Num contexto de desemprego e adoecimento os bancários foram constrangidos a tornarem-se *parceiros, sócios, colaboradores* dos bancos e das instituições financeiras, num ideário e numa pragmática que aviltam ainda mais as condições de trabalho (ANTUNES, 2006).

Outro setor que apresentou um significativo processo de mudança foi o setor de calçado, que presenciou uma enorme perda de postos de trabalho, além da reestruturação produtiva por meio da implantação de células de produção, o que introduziu o trabalho polivalente ou multifuncional, que se assemelha a um mecanismo responsável por níveis mais acentuados de intensificação e exploração da força de trabalho. O setor calçadista viveu também um enorme processo de terceirização por meio de ampliação de trabalho a domicílio, onde boa parte do trabalho eram realizados em locais precarizados e improvisados, dentro e fora de casa, alternando espaço familiar a as suas condições de vivência (ANTUNES, 2006).

Há uma degradação dos direitos sociais do trabalho que se amplia diariamente em função da externalização e da terceirização da produção: direitos conquistados, como o descanso semanal remunerado, férias, 13º salário, aposentadoria etc. Existe ainda uma ampliação do trabalho infantil, consequência direta da transferência do trabalho produtivo do espaço fabril para o espaço domiciliar, onde o controle fica ainda mais difícil (ANTUNES, 2006).

Na indústria de confecções, além dos baixos níveis salariais, a terceirização tornou-se o elemento estratégico central para reduzir custos. O processo ampliou o trabalho em domicílio, além das chamadas *cooperativas de trabalho*, responsáveis por formas acentuadas de subcontratação e precarização da força de trabalho, pela redução significativa da remuneração e pelo descumprimento dos direitos trabalhistas (ANTUNES, 2006).

No caso de empresas públicas, onde os trabalhadores tinham certa estabilidade, o mecanismo usado pela lógica empresarial foi a redução e remanejamento dos trabalhadores por meio de planos de aposentadoria e demissão voluntária, o que permitiu reduzir o quadro de pessoal (ANTUNES, 2006).

A expansão do novo universo, marcado pelo setor do telemarketing, os das empresas de call center, podemos constatar que a enorme ampliação de empregos é predominantemente por jornadas parciais, de 6 horas diárias, cujas jornadas são marcadas por acentuada intensificação dos ritmos e pelo aumento da exploração da força de trabalho. O seu quadro é predominantemente feminino, chegando a mais de 70% de mulheres. Seu principal produto é dado pela prestação de serviços, por meio de atendimento telefônico, que visa à solução de dúvidas, oferecimento de informações ou venda de produtos. Ficam quase o tempo todo sentadas, coladas no visor do computador e no teclado, sob vigilância de supervisora que controla o tempo de atendimento. Em muitas destas empresas tem inclusive baias que separam as trabalhadoras para que elas não possam conversar e assim não diminuam o ritmo extenuante do trabalho (ANTUNES, 2006).

Estamos convivendo com um mundo virtual sem dimensão, que amplia os trabalhadores dos call centers, das empresas de telemarketing, dos trabalhadores em serviços inseridos na lógica produtiva, de agregação de valor. O novo trabalhador da era cibernética, um novo ramo de trabalho, onde a procura é por uma espécie de trabalho cada vez mais virtual em um mundo profundamente real (ANTUNES, 2006).

Em plena era da informatização do trabalho, do mundo maquinal da era da acumulação digital, estamos presenciando a época da informalização do trabalho, caracterizada pela ampliação de terceirizados, pela expansão dos assalariados do call Center, subcontratados, flexibilizados, trabalhadores em tempo parcial, teletrabalhadores, pelo cyberproletariado, o proletariado que trabalha com a informática e vivencia outra pragmática, moldada pela desrealização, pela vivência da precarização, do *trabalho atípico* (ANTUNES, 2006, p. 19).

Além disso, estão entre os que sofrem mais acidentes, são os mais penalizados e são os que não conseguem criar organização sindical para se proteger porque a rotatividade de trabalhadores é muito grande, o que dificulta essa organização, sendo que o projeto destrói a relação capital e trabalho, construída no Brasil desde a década de 30, mesmo com todos os seus limites (ANTUNES, 2015).

No Brasil, o PL 4.330/2004 (BRASIL, 2004), já aprovado na Câmara dos Deputados e aguardando a votação no Senado, desrespeita a CLT, porque acaba com o contrato entre trabalhadores e empresas, estabelecendo uma relação entre a empresa contratante e a contratada. Esta relação negocial entre empresas macula a relação contratual entre o capital e trabalho. Então, é possível observar o rompimento do princípio básico da CLT. Observa-se o efeito da regressão de uma sociedade de trabalho escravo no Brasil, ainda que seja uma escravidão típica deste século XXI (BRASIL, 2004; MASCARENHAS, 2015; ORSI, 2016).

O ponto central para entender o projeto é o artigo quarto. Este artigo diz que as atividades terceirizadas passam a incluir as atividades inerentes, suplementares e complementares da empresa. Com isso, o projeto desconsidera a súmula do Tribunal Superior do Trabalho que distinguia entre atividade-meio, ou seja, é aquela que não é o objetivo principal da empresa, da atividade-fim que, em outras palavras, indica a atividade que é essencial para a empresa. Ao fazer isso, ao invés de beneficiar efetivamente os terceirizados, o projeto aprofunda a terceirização. É sobre esse contingente que incidem as mais altas taxas de acidentes de trabalho e as maiores burlas da legislação protetora do trabalho (BRASIL, 2004).

Segundo Antunes (2016), os direitos sociais, tais como férias, 13º salário, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, entre outros, não serão mais garantidos, pois os mesmos poderão ser negociados entre patrões e trabalhadores. Este projeto estabelece na negociação uma perda de direitos, pois na negociação em crise os patrões não vão continuar pagando fundo de garantia, por exemplo, e todo resto vai ser negociado numa conjuntura de redução de postos de trabalho e aumento do desemprego.

O autor relata que o mundo é moldado pelo capital financeiro. E esse capital financeiro não é representado apenas pelos bancos. Além dos bancos, existem as indústrias, as fusões de bancos e indústrias que são controladas pelas grandes corporações financeiras, além do capital fictício, onde o dinheiro vira mais dinheiro pela especulação. Assim, o capital financeiro está profundamente vinculado ao setor produtivo. Aponta um exemplo muito simples: quando o cliente ia comprar um automóvel, no passado, se ele pagasse à vista, seria um cliente excelente. Hoje, o cliente excelente não é o que paga à vista e sim o que compra o automóvel caro e o financia. Porque, desse modo, tanto a indústria automobilística, como seu braço financeiro, ganha duplamente, na produção e no financiamento (ANTUNES, 2016).

2.6 O MUNDO DO TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO

No setor público, o neoliberalismo tem transformado as políticas públicas de estado atividades privadas de mercado, a exemplo da saúde, educação e previdência. Estas políticas são transferidas para iniciativa privada com o uso dos fundos públicos. Nas crises de 2007 na Inglaterra e de 2008 nos EUA, os bancos foram salvos com recursos públicos, retirando recursos das políticas públicas. Esta é a lógica da racionalidade neoliberal, a qual se instalou no setor público. No Brasil, este modelo se implantou com muita ênfase a partir da década de 90, com Fernando Henrique Cardoso. A terceirização no setor público, além de não trazer economia, aumenta os focos de corrupção no Estado (ANTUNES, 2016).

A ideologia gerencialista tem encontrado um amplo espaço nas escolas, universidades, hospitais, administrações, serviços sociais, museus, teatros, entidades sem fins lucrativos, e até as igrejas, sempre com noções e princípios administrativos da gestão privada, como competência, qualidade total, cliente, colaborador, excelência, produto etc. Da mesma forma, palavras como empreendedorismo, gestão, colaborador e

manager, entre outras, são utilizadas de forma natural no dia-a-dia das pessoas (GAULEJAC, 2007).

Essa presença maciça do pensamento gerencial no universo dos serviços públicos está diretamente associada à crítica ferina feita ao modelo burocrático por numerosos auditores, políticos, empresários ou cidadãos reclamando por organizações mais flexíveis, mais dinâmicas e mais inovadoras que vem de determinados países que se desenvolveram sem a presença do estado, como os Estados Unidos da América do Norte. Já os países da Europa como França, Alemanha, entre outros não se pautam pelo discurso gerencial, pois o estado sempre teve uma grande presença na vida da população (CHANLAT, 2002).

A ideologia 'gerencialista' tem influenciado as sociedades em geral, tanto nas relações cotidianas, quanto nas esferas políticas e culturais, com o intuito de promover a descrição, explicação e interpretação do mundo a partir das categorias da gestão privada, feitas "sob a aparência de profissionais (experts) que não fazem mais que produzir instrumentos, definir prescrições, formalizar regras e aplicar decisões pelas quais de forma nenhuma são responsáveis. A neutralidade dos instrumentos oculta à realidade do poder" (GAULEJAC, 2007, p. 145).

O gerencialismo tem sido implantado nos serviços públicos, em especial nas políticas públicas sob o falso discurso do fim dos privilégios. Tem um grave problema que aponta Paula (2005) de enfatizar objetivos de curto prazo, comprometendo a visão estratégica e a equidade, com um custo institucional e social considerável. A autora faz uma análise dos modelos de gestão implantados no setor público e explica que estes modelos levaram à fragmentação do aparelho de estado, tendo em vista que os modelos atuais não substituem os antigos. O que existe é uma flexibilização da burocracia, com a manutenção da dominação do poder, do autoritarismo e do patrimonialismo.

Chanlat (2002) afirma que em todos os países industrializados em setores fundamentais como saúde, educação, cultura, os serviços sociais no seu conjunto, são serviços fornecidos pelo estado que sempre cumprem funções centrais na vida coletiva, mesmo no contexto da reestruturação produtiva. O autor segue relatando que a natureza do serviço público não é redutível à lógica de uma empresa privada que

remete a embates sociais de interesse da ética do bem comum, da riqueza comum, do conjunto de regras e princípios das instituições e de meios que permitem promover e garantir a existência de todos os membros de uma sociedade humana.

No plano imaterial, um dos elementos do bem comum é constituído pelo respeito, reconhecimento e tolerância uns com os outros nas relações sociais. No plano da materialidade se estrutura em torno dos direitos ao acesso para todos de forma justa, à alimentação, ao alojamento, à energia, à educação, à saúde, ao transporte, à informação, à democracia e à expressão artística. Estas características foram criadas para lhes dar uma dimensão não mercantil e um objetivo de atender o interesse geral e assegurar a justiça social (CHANLAT, 2002).

A lógica de que todas as atividades humanas sejam permeadas pelo ideário gerencialista, tem levado ao esvaziamento de seus valores constitutivos com consequências negativas para seu sentido social e desvios em relação a seu objetivo. Este modelo leva ao avanço de uma concepção negativa do papel do Estado, pois as práticas de gestão e organização do trabalho, desse setor, são tidas como um elemento arcaico, burocrático e ineficiente que é preciso modernizar. De modo que a aplicação das técnicas de gestão privada no setor público é vista como fator de progresso (GAULEJAC, 2007).

Souza e Moulin (2014) afirmam que cabe ao setor público e, sobretudo, aos trabalhadores que o representam, principalmente aos que estão cotidianamente em contato direto com a população, sofrerem o impacto dos problemas do Estado, fazendo valer o interesse da comunidade numa sociedade onde o cidadão comum espera privilégios e satisfação de suas necessidades pessoais.

A partir da responsabilização do trabalhador do serviço público pelos problemas de estado, tem se desenvolvido uma série de problemas para estes trabalhadores. Chanlat (2002) argumenta que no ideário popular os serviços públicos, principalmente o de saúde, estão ligados à imagem de trabalhadores que sejam pouco inclinados a

trabalhar e preocupados principalmente por suas vantagens e seus privilégios. O autor segue relatando que a desconstrução dos serviços públicos e de seus trabalhadores tem um forte conteúdo midiático. Todos os dias a imprensa noticia o caos na saúde, a falta de atendimento, o stress dos professores, longas filas para emissão de documentos etc. (CHALANT, 2002).

Chiavegato Filho e Navarro (2014) mencionam que nos serviços públicos de saúde existe uma crescente precarização do trabalho. Isto implica em contratos precários, terceirização, sobrecarga, flexibilização da jornada de trabalho e avanço na ideologia gerencialista na organização do trabalho. Afirmam também que a administração pública brasileira é formada por modelos híbridos e mistos não existindo modelo puro de gestão.

Antunes (2016) faz uma avaliação do funcionamento da lógica privada no setor público. Partindo do pressuposto de que essa implantação melhore a qualidade dos serviços prestados, teremos uma verdadeira desfiguração do sentido essencial que deve reger a atividade pública. Isso também deve ocorrer em universidades públicas, uma vez que há uma diferença brutal entre universidade pública e a faculdade privada, pois, as primeiras são regidas por padrões científicos, contratos de trabalho que permitam o tempo de pesquisa, o tempo da Ciência. As faculdades privadas, ao contrário, são regidas prioritariamente por padrões mercantis. Não é possível que esse seja o desenho de mundo do trabalho que queremos.

Os trabalhadores do serviço público tem sido alvo de zombaria a décadas, afirma Ribeiro e Mancebo (2013):

No início da década de 50, Armando Cavalcanti e Klecios Caldas compuseram Maria Candelária, marchinha carnavalesca que fez muito sucesso na época, e transformaram o nome da música em um dos mais conhecidos estereótipos do funcionário público. A letra fala, de forma irônica, de uma funcionária pública padrão, que faz tudo, menos trabalhar. Há, também, uma conhecida e antiga piada que conta a história de um leão que fugiu do zoológico e come vários funcionários públicos sem chamar a atenção de ninguém; somente quando o animal comete um erro, comendo o moço que serve o cafezinho, ele é encontrado e capturado. Uma imagem estereotipada bastante usada é a do paletó esquecido sobre a cadeira, que só é resgatado no final do expediente,

quando o servidor malandro, avesso ao trabalho, retorna para assinar o ponto (RIBEIRO; MENCEBO, 2013, p. 199).

2.7 A REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO

No período colonial, o estado brasileiro era uma unidade política centralizada na figura do Rei e seus conselheiros. A administração do estado não tinha normas gerais e a legislação era constituída de acordo com interesses particulares e casuístas, que não fazia parte de uma política nacional (PAULA, 2005).

Devido à tradição patrimonialista, desde esta época, os empregos e benefícios que vem do estado, estão ligados a interesses pessoais e não ao público. O personalismo do funcionário e os interesses privados que moviam os serviços públicos criaram a burocracia do estado brasileiro (PAULA, 2005). A autora descreve que a administração pública brasileira foi marcada pelo autoritarismo e por três modelos de patrimonialismo que foram o tradicional, o burocrático e o político. O patrimonialismo burocrático e o político marcaram o regime militar e fortaleceram a tecnocracia que sofisticou o uso patrimonial dos cargos públicos e a centralização do poder.

Com a hegemonia neoliberal em todo mundo, os países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, foram pressionados a se organizar de forma que atendesse as demandas do funcionamento do livre mercado (PAULA, 2005).

Este processo foi marcado por fatores exógenos e endógenos e apresentaram dois grandes movimentos no âmbito do Estado nacional. O primeiro se refere aos chamados ajustes estruturais, ou seja, as reformas cuja centralidade passava pela adequação do Estado às novas contingências globais, à economia de mercado, à integração comercial e conseqüentemente às alterações institucionais necessárias a este processo de ajustamento propalado pelo Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI), como meios necessários à nova ordem econômica global (PEREIRA, 2011).

O segundo movimento se refere às alterações no âmbito da organização da administração do Estado, ou seja, o modelo de gestão burocrático-racional, marcante e fundamental para o funcionamento e organização do Estado moderno no século XX, que precisaria ser substituído e/ou complementado por um modelo de gestão gerencial, mais voltado para a lógica de mercado (PEREIRA, 2011).

As alterações que se deram nos estados nacionais a partir destas orientações, não se deram apenas de forma a realizar o rearranjo do estado, mas principalmente se configuraram como uma redefinição dos atores políticos e econômicos constituintes ou influentes no estado, ou seja, as instâncias de poder se reconfiguraram. Assim, as reformas foram aplicadas a todos os países capitalistas e a mundialização atingiu “[...] três formas institucionais de maneira contundente: os mecanismos de gestão da relação salarial; o mercado como gestor da moeda; a redução da capacidade de intervenção do estado.” (BEHRING, 2008, p. 32).

A partir deste consenso as condicionalidades passaram a ser direcionadas pelo financiador - Banco Mundial - que também forneceria a assessoria técnica e financeira. Ficou então evidenciado a estratégia de política focalizada nos projetos de infraestrutura tendo como objetivo alavancar o desenvolvimento econômico e social. Até a década de 1960, o Banco Mundial concentrava-se na promoção do crescimento econômico para o desenvolvimento das nações. Assim, até aquele momento, a educação e a saúde eram secundárias. Esta situação se altera a partir da década de 1970 com George D. Woods (1963-1968) e, definitivamente, na gestão de Robert S. McNamara (1968-1981) (LEHER, 1998).

Na década de 80 após a eclosão da crise do endividamento internacional, as propostas políticas públicas para todos os países passaram a ser delineadas por propostas de ajuste estrutural, ou seja, o ajuste fiscal e as reformas orientadas para o mercado. No Brasil, no período 1979 a 1994, houve um período de estagnação da renda per capita e uma inflação sem precedentes, onde só houve estabilidade dos preços e a retomada do crescimento econômico a partir do Plano Real. A crise se caracterizava pela perda da

capacidade do estado de organizar a política econômica de forma complementar ao mercado. Crise que se define como uma crise fiscal, uma crise da forma burocrática de administrar o estado e também uma crise política (PEREIRA, 2006).

A crise fiscal se caracterizou pela perda de crédito e da poupança negativa. A crise da administração pública que teve início no regime militar, não só porque não foi capaz de acabar com o estado patrimonialista, mas também porque, ao invés de consolidar a burocracia funcional através da redefinição de carreiras e de um sistemático processo de concursos públicos, optou pelo caminho da contratação de pessoal através de empresas estatais. Isto manteve o patrimonialismo e a rigidez burocrática de alto custo e baixa qualidade da administração pública brasileira (PEREIRA, 2006).

A crise manifestava-se na baixa capacidade de formulação, informação, planejamento e controle de políticas públicas. O rol de insuficiências da administração pública do país é dramático. Os servidores estão desmotivados, sem perspectivas profissionais ou existenciais atraentes no serviço; a maior parte deles não se insere num plano de carreira. Os quadros superiores não têm estabilidade funcional (...) a remuneração é baixa (PEREIRA, 2006, p. 250).

No entendimento de Pereira (2006), a Constituição de 1988 representou um retrocesso administrativo e irrealista e se deu num momento em que o país necessitava urgentemente reformar a administração pública. O serviço público tornou-se mais ineficiente e mais caro e o mercado de trabalho público se separou completamente do setor privado, ou seja, afastou-se do mercado. Afirma ainda que esta separação se deu por conta do sistema previdenciário que privilegia as aposentadorias do setor público, pela exigência de um regime jurídico único (o que acabou com os trabalhadores celetistas) e pela afirmação constitucional de um sistema de estabilidade rígido, que tornou inviável a cobrança de trabalho. Ele segue afirmando que a estabilidade é responsável pela alta ineficiência, desmotivação e falta de disposição para o trabalho, pois impede a demissão dos trabalhadores. Enfatiza que o grande mérito da constituição foi estabelecer o concurso público como única forma de acesso ao serviço público, mas até aí houve exageros autarquias, fundações e até mesmo empresas de economia mista foram constrangidas a realizar concurso público.

A reforma do estado teve por objetivos, a um pequeno prazo facilitar o ajuste fiscal, em especial, nos estados e municípios onde existe um claro problema de excesso de pessoal. Isso torna mais eficiente e moderna a administração pública e o atendimento volta-se para o cidadão (PEREIRA, 2006).

O autor relata ainda que o ajuste fiscal se realiza principalmente através da exoneração de funcionários, da definição de tetos de remuneração e da reforma do sistema previdenciário. Para eficiência do estado a administração pública passará por um processo de reforma que buscará fortalecer a administração direta ou núcleo estratégico do estado e descentralizar a administração pública através da implantação de agências autônomas e de organizações sociais controladas por contratos de gestão.

O Plano da Reforma do Estado, de Fernando Henrique Cardoso, foi encaminhado ao Congresso Nacional em 23 de agosto 1995. O projeto definia que as Funções do Estado devem ser de coordenar e financiar as políticas públicas, não de executá-las. Afirmou que “[...] nem tudo que é público é estatal [...] devemos socializar com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo mercado.” (REZENDE, 2008, p. 1).

O projeto de reforma avaliou que se o Estado não deixasse de ser o produtor de serviços, mesmo que na área de políticas públicas sociais, para ser o agente estimulador, coordenador e financiador, ele não iria recuperar a poupança pública. Este modelo de gestão do Estado foi denominado de *administração gerenciada*. Além disso, esse modelo de gestão flexibilizou o controle da sociedade sobre as ações governamentais (REZENDE, 2008, MARCH, 2012).

Esteve em curso no Brasil dos anos 1990 uma contrarreforma do Estado e não uma “reforma”, como apontavam – e ainda o fazem – seus defensores. Uma contrarreforma que se compôs de um conjunto de mudanças estruturais regressivas sobre os trabalhadores e a massa da população brasileira, que foram também antinacionais e antidemocráticas (BEHRING, 2008, p. 281).

Rezende (2008) argumenta que o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, delimitou o Estado, com quatro setores importantes:

- a) O Núcleo Estratégico, como o único papel exclusivo do Estado, responsável por preparar, definir e fazer cumprir as leis, além de estabelecer relações diplomáticas e defender o território;
- b) Os Serviços Monopolistas de Estado, atividades exclusivas do Estado, cujo principal usuário é o próprio Estado, onde as atividades que não eram lucrativas, deveriam continuar sendo de propriedade estatal e entrar no que chamou de modelo de gestão gerencial;
- c) Os Serviços Sociais Competitivos, em que o Governo propôs a livre disputa de mercado entre as instituições privadas, que realizariam os serviços com o objetivo de promover a eficiência e menor custo. Estes serviços eram: Educação, Saúde, Cultura, Produção de Ciência e Tecnologia. Para esses setores, propôs a estruturação das Organizações Sociais (OSs), que seriam entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que deveriam manter os Contratos de Gestão com o Governo Federal. O governo federal cederia o patrimônio (instalações/equipamentos), pessoal, recursos orçamentários e, em contrapartida, a entidade se responsabilizaria por um nível de atendimento da demanda social, podendo vender serviços conforme sua capacidade. Neste caso, a propriedade seria a pública não estatal;
- d) O Setor de Produção de Bens e Serviços para o Mercado que era constituído na época por empresas públicas que garantiam acesso da população a bens e serviços de infraestrutura. Para o governo, esses serviços eram atividades do âmbito das empresas e seriam entregues à iniciativa privada. Eram eles: Serviços de Água, Luz, Correios, Bancos, Pesquisas, etc.

Para cada um destes quatro Setores do Estado, o Governo propôs o que chamou de “formas de propriedade”: a) “Propriedade Estatal”, administração pública, composta por patrimônio público (administração direta e indireta,

inclusive as agências); b) “Propriedade Privada”, entidades privadas, compostas por patrimônio privado (entidades da sociedade civil, com finalidade explícita de lucro); c) “Propriedade Não-Estatal”, constituída pelas organizações sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e que são orientadas diretamente para o atendimento do interesse público (REZENDE, 2008, p. 2).

As privatizações das empresas públicas realizadas no Brasil não mostraram a diminuição dos gastos do governo, redução de tarifas, melhoria da qualidade dos serviços e a flexibilização do mercado de trabalho. Porém, elevaram os índices de desemprego (PAULA, 2005).

Estudos comprovaram que os aparatos do estado criados para regulação destes serviços também não funcionaram. É importante identificar que a privatização e terceirização de serviços colocam os prestadores destes serviços nas condições de usuários dos seus próprios serviços, logo, os interesses dos donos das empresas tendem a suplantar o interesse dos cidadãos (PAULA, 2005).

2.8 A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA SOCIETAL: A PARTICIPAÇÃO POPULAR PODE MUDAR O RUMO DAS REFORMAS!

Um modelo de administração, onde a sociedade participe de fato das decisões das políticas de governo é chamado de Administração Societal. No Brasil, este modelo de administração pública está ligada a um processo de mobilização, característico em nossa sociedade, com o qual a população se organizou em buscas de reformas na década de 1960. Com o golpe militar de 1964 as mobilizações tiveram um refluxo e a população só voltou a se organizar na década de 1970, devido ao golpe militar (PAULA, 2005).

Na década de 1970 as discussões da organização e participação popular foram sustentadas pela Igreja Católica, a qual fomentou a discussão de problemas coletivos nas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) baseadas nos ideais da teologia da

libertação e da educação popular. As CEBs se consolidaram como um espaço alternativo para a mobilização política ao estimular a participação popular no debate das dificuldades cotidianas, contribuindo para a formação de lideranças populares, trazendo à cena das representações sociais nova participação conhecida como movimentalista, como o objetivo de buscar a democratização do estado (PAULA, 2005).

A organização feita pelas CEBs proporcionou a articulação de alguns grupos em torno de questões que afetavam substancialmente a qualidade de vida individual e coletiva, pautando as reivindicações populares junto ao poder público. Enquanto a mobilização popular crescia foram constituídos os primeiros Centros Populares, espaços criados por militantes políticos para facilitar sua atuação nas CEBs e nas bases comunitárias em atividades como as de assessores, educadores e organizadores da mobilização popular (PAULA, 2005).

O tema da inserção da participação popular na gestão pública foi o centro desta mobilização que atingiu seu ápice em meados da década de 1980, momento da elaboração da Constituinte, onde diferentes forças políticas apresentavam seus projetos para criar um novo referencial nas relações entre Estado e sociedade. Cada projeto apresentado fundamentava a visão de seus atores políticos para a construção da democracia brasileira (PAULA, 2005).

Este campo de mobilização popular apesar de sua heterogeneidade tinha em comum a luta pela cidadania, fortalecimento do papel da sociedade civil e o fortalecimento da participação social na condução das políticas de Estado e como protagonista da gestão pública, bem como a ideia de público como sinônimo de estatal (PAULA, 2005).

Paula (2005) relata que neste campo um projeto político que busca ampliar a participação dos atores sociais tem se tornado predominante na definição da agenda política, criando instrumentos para possibilitar um maior controle social sobre as ações do estado e desmonopolizando a formulação e a implementação das ações públicas. Nesse contexto, multiplicaram-se pelo país os governos que apresentam novas

propostas de gestão pública, com novas experiências de controle e participação da sociedade

Durante a década de 1990, quando o governo FHC implementou a reforma gerencial do Estado brasileiro, não havia uma visão única dessa reforma de Estado devido a um novo paradigma reformista: o estado-novíssimo-movimento-social, que rearticula o Estado e a sociedade, combinando a democracia representativa e a participativa (SOUZA SANTOS, 1999 apud PAULA, 2005).

Esta proposta pretendia ir além dos problemas administrativos e gerenciais, pois considerava a reforma um projeto político e de desenvolvimento nacional. Este movimento de reforma democrática com a participação social passou a ser o referencial dos intelectuais e lideranças de esquerda que se opunham ao projeto gerencial de reforma do Estado (PAULA, 2005).

A proposta foi caracterizada pela criação de espaços públicos de negociação e deliberação das políticas públicas. É importante adicionar a construção de canais de participação, como os Fóruns Temáticos, voltados à discussão de questões variadas relacionadas com o interesse público, os Conselhos Gestores de Políticas Públicas e o Orçamento Participativo (PAULA, 2005).

Paula (2005) analisa que ao longo dos anos 1990 essas experiências alternativas se manifestaram de forma fragmentada, necessitando de um projeto político mais abrangente para o Estado e a sociedade, que contemplasse os seguintes elementos: a) um novo modelo de desenvolvimento para o Brasil que enfrentasse a crise do nacional desenvolvimentismo; b) uma proposta de reorganização para o aparelho de Estado; e, c) uma visão de gestão pública alternativa ao gerencialismo.

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM NOVO PARADIGMA PARA O BRASIL

Para discutirmos a saúde num sistema capitalista, precisamos resgatar sua construção histórica, como tem ocorrido sua apropriação privada, quais são os setores dominantes, as relações de trabalho e os novos padrões de morbimortalidade (ARAÚJO, 2014).

Na formação social histórica brasileira de acumulação do capital e do trabalho, um dos fatores determinantes das formas de adoecimento e morte ocorre a partir da exploração dos trabalhadores, tanto pela exploração do seu próprio trabalho como pelo consumismo, gerando um enorme contingente de trabalhadores como força de reserva, em condições subumanas, dependentes do mercado para sobreviver (ARAÚJO, 2014).

O modelo de desenvolvimento econômico do capitalismo brasileiro, historicamente conservador e dependente, tem as seguintes linhas de pensamento:

[...] (1) o crescimento econômico, por si próprio, não trará a redução das desigualdades; (2) os gastos sociais no Brasil são elevados; (3) as propostas de desenvolvimento devem ser baseadas no investimento do “capital humano”, nas reformas tributárias, previdenciárias e trabalhistas, nos programas de microcrédito etc. (ARAÚJO, 2014, p. 64, grifo do autor).

Neste contexto econômico, o Brasil tem o maior sistema universal de saúde do mundo, o SUS, fruto de um processo de construção do Movimento da Reforma Sanitária e da grande mobilização popular na Constituinte de 1988. Implantar este projeto tem sido um desafio constante de todos os setores organizados e de diversos governos que buscam, através deste projeto, melhores condições de saúde da população brasileira (ARAÚJO, 2014).

Desde a década de 1990, o SUS vem enfrentando sérios problemas como financiamento, gestão e aumento da flexibilização das relações de trabalho. Estes três pontos constituem-se fatores determinantes para a implementação do sistema. Outro

problema também importante é o fortalecimento do setor privado pelo governo, através de legislações e cargos em agências importantes para a saúde no Brasil (CAMPOS, SANTOS, 2015).

Outro agravante para o SUS ~e a aprovação da PEC 241;55 que congela por 20 anos recursos da educação e da saúde que cada dia mais transformará o sistema na rede complementar do setor privado.

Esses problemas, que ocorrem no SUS, influenciam na qualidade da atenção à saúde do usuário e implicam nas condições de trabalho e saúde dos trabalhadores dos serviços públicos.

3.1 O (DES)FINANCIAMENTO DO SUS

O financiamento do SUS tem sido um grande desafio. Santos (2012) afirma que a Emenda Constitucional 29 (EC 29), de 2000, que tratava do financiamento da saúde, após nove anos de tramitação no Congresso Nacional, foi editada em 16 de janeiro de 2012 como a Lei Complementar 141. Esta lei regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.

Os primeiros artigos dessa Lei definem o que são gastos com saúde no sentido de esclarecer quais as ações e serviços podem ou não ser financiadas com os recursos da saúde, e isso foi um passo importante para acabar com as polêmicas existentes quanto à aplicação dos recursos da saúde em ações e serviços (SANTOS, 2012).

O piso colocado pela Lei Complementar 141 de 15% para os municípios e 12 % para os estados não alterou o financiamento, uma vez que os municípios já cumpriam estes valores e suas médias nos últimos anos estão em torno de 21%. Os gastos da União com saúde, aprovados pelo crescimento da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), que quantifica a atividade econômica do país não melhoram, pois, o crescimento do PIB tem sido insignificante. Outro problema é a ocorrência das diferenças de arrecadação entre União, estados e municípios, onerando mais estados e municípios. A União terá os parâmetros do PIB diferente de estados e municípios, que terão retirado um percentual de suas receitas, continuando assim os custos maiores para estados e municípios (CARVALHO, 2013).

Batista Júnior (2014) aponta que outro grave problema no financiamento adotado pelo SUS, é caracterizado pelo pagamento a partir de procedimentos realizados. Ou seja, na lógica do mercado, torna-se incompatível financeira e politicamente com uma ideia de Sistema de Saúde que se propõe universal e integral, pois não há recursos suficientes para manter uma rede pagando por procedimentos. Os serviços privados com ou sem fins lucrativos, sempre operam na lógica do mercado, buscando lucro. Eles sempre buscarão o aumento dos valores dos procedimentos, inviabilizando o financiamento público pleno do sistema. Com isso, ocorre a exclusão das pessoas, as quais ficam submetidas às filas e recorrem cotidianamente ao processo de judicialização.

Batista Júnior (2014) relata que ocorre cada vez mais privatização das ações e serviços de saúde, através da contratação de forma substitutiva da rede privada em detrimento à rede pública, desvirtuando e desrespeitando solenemente a Constituição Federal e a lei orgânica do SUS.

Em 2005, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou uma proposta polêmica e discutida à exaustão, o Programa Farmácia Popular. A proposta estava inserida numa perspectiva de, através do Poder Público, estruturar uma rede pública de farmácias que atuariam com efetivos serviços de saúde, atendendo a população de forma diferenciada e qualificada. O programa Farmácia Popular seria um programa de Farmácias Públicas,

que teria que estar vinculado a alguma instituição governamental, mas sem fazer parte diretamente do SUS, uma vez que o usuário a ser atendido pelo programa teria que pagar o correspondente a 10% do valor do medicamento (BATISTA JÚNIOR, 2014).

Porém, contrariando a resolução do Conselho Nacional de Saúde, o governo implementa o programa *Farmácia Popular/Saúde não tem preço*. Novamente uma grande privatização na área de saúde, beneficiando mais de 30.000 estabelecimentos privados, se recebem do governo 90% do valor de mercado pelo medicamento que é *dispensado* às pessoas (BATISTA JÚNIOR, 2014).

Denúncias feitas em órgãos da mídia apontam para custos que em algumas situações chegam a mais de 3.000% do valor do medicamento, irregularidades nas Farmácias contratadas e comprometimento do financiamento público da assistência farmacêutica básica. O Programa, que começou com um financiamento de aproximados R\$300 milhões, alcançou R\$914 milhões em 2011, R\$1,4 bilhão em 2012 e ultrapassaram os R\$2 bilhões em 2013, um crescimento de 120% no período de dois anos apenas e de mais de 700% desde a sua implantação em 2006. Enquanto isso, a Farmácia Básica teve R\$1 bilhão de reais em 2011, R\$1,15 bilhão em 2012 e apenas R\$1,23 bilhão em 2013, um crescimento de meros 16% no período. É a prova indiscutível da opção pela privatização em todas as áreas da saúde. Os municípios têm realizado pregões para a aquisição de medicamentos e adquirem os mesmos medicamentos por preços infinitamente menores. De outro lado, em função da opção pelo desfinanciamento do Programa Farmácia Básica, todos os municípios do Brasil enfrentam dificuldades para atender a suas populações nessa área tão vital e decisiva ao SUS e à saúde das pessoas. Outro problema é que gestores começam a se desresponsabilizar pela aquisição dos medicamentos que são da sua alçada, orientando os pacientes a buscarem nas Farmácias Populares o que seria do seu direito na rede pública (BATISTA JÚNIOR, 2014, p. 22).

3.2 O FORTALECIMENTO DO SETOR PRIVADO

Reis (2014) menciona que os planos de saúde tiveram grandes incentivos do governo, cujos subsídios favoreceram o consumo de bens e serviços privados. Ao deixar de arrecadar os impostos, o Estado age como se estivesse realizando um pagamento, ou seja, um gasto tributário. Trata-se de pagamento implícito, isto é, não há desembolso, mas constitui-se, de fato, em pagamento. Assim, pessoas físicas podem deduzir da

renda tributável os gastos realizados com saúde. Essa forma de renúncia fiscal aplica-se de igual modo ao empregador, quando fornece assistência à saúde a seus empregados e pode ser abatida do lucro tributável.

Estudo realizado pelo autor acima estimou que o governo deixasse de arrecadar R\$197.786 milhões de 2003 a 2011 através da renúncia sistemática do imposto de renda da pessoa física e jurídica e por desonerações fiscais da indústria farmacêutica e dos hospitais filantrópicos. Marques e Piola (2014) relatam que a renúncia fiscal da indústria farmacêutica se refere ao fato de que sobre ela não os impostos do Programa de Integração Social (PIS) e Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e, no caso das entidades filantrópicas, não incide sobre elas o Imposto de Renda, Contribuição Social sobre o Lucro Líquido e COFINS.

O mais recente e grande passo para o fortalecimento do setor privado foi a abertura para a entrada de capital estrangeiro na Saúde. Desde 1998, com a edição da Lei dos Planos de Saúde, o estado brasileiro já favorecia a participação do capital estrangeiro na saúde suplementar, iniciando o debate sobre a possibilidade das operadoras de planos que possuíssem hospitais serem beneficiadas de investimentos exteriores. Na edição da Medida Provisória n. 656, de 8 de outubro de 2014, houve uma polêmica discussão sobre a legalidade da participação do capital estrangeiro na saúde nacional (SCHEFFER, 2015).

O texto que prevê a participação do capital estrangeiro no setor saúde é o seguinte (BRASIL, 1990, p. 67):

CAPÍTULO XVII - DA ABERTURA AO CAPITAL ESTRANGEIRO NA OFERTA DE SERVIÇOS À SAÚDE

Art. 142. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I – doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II – pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

- III – serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social;
- IV – demais casos previstos em legislação específica.

Em janeiro de 2015, o governo federal consolidou suas intenções, sancionando a Lei n. 13097, de 19 de janeiro de 2015 que substituiu a Medida Provisória n. 656/2014 e modificou a Lei Orgânica da Saúde, permitindo “[...] a participação de empresas e do capital estrangeiro, direta ou indiretamente, nas ações e cuidados à saúde” (SCHEFFER, 2015). Essa medida legalizou a entrada de capital e deu mais um passo para o benefício indireto das empresas estrangeiras no país. Isso não se constituiu como financiamento do setor privado com dinheiro público, mas facilitou a exploração da infraestrutura de saúde montada com dinheiro público.

Souza (2010) afirmou que, com a entrada do capital estrangeiro, num primeiro momento não haveria um aumento da capacidade instalada - eles viriam inicialmente em busca do lucro através de fusões, investimentos em grupos financeiros, ou de multinacionais ou como a *United Health*, que comprou a Assistência Médica Internacional S/A.

Apesar da entrada de capital estrangeiro não impactar a capacidade de atendimento, é importante que se tenha claro sobre as consequências políticas da injeção de capital no setor privado. Os planos de saúde privados figuram como financiadores de campanhas eleitorais no Brasil e, nesse aspecto, há um impacto do interesse político das empresas de saúde nos destinos da universalização do acesso (TEIXEIRA, CRUZ, AZEVEDO, 2016).

Scheffer e Bahia (2014, p. 1) pesquisaram sobre interesses particulares na saúde e afirmaram:

As empresas de planos de saúde doaram R\$ 54,9 milhões para as campanhas de 131 candidatos nas eleições de 2014. O apoio financeiro dos planos de saúde contribuiu para eleger a Presidente da República, três governadores, três senadores, 29 deputados federais e 24 deputados estaduais. Outros 71 candidatos a cargos eletivos receberam doações, mas não se elegeram. Outro movimento que adquire matizes fortes é o comparecimento simultâneo de

empresas representativas de segmentos distintos da assistência médica suplementar, sinalizando investimentos em bloco dos interesses dos planos de saúde mais bem posicionadas no mercado: quatro empresas/grupos foram responsáveis por aproximadamente 95% das doações. A empresa Amil foi a maior doadora em 2014. A campanha da candidata à reeleição, Dilma Rousseff, foi a que recebeu mais recursos. Hoje o SUS é um dos grandes financiadores do setor privado; ao não investir em sua rede própria e comprar serviços da rede privada, limita o acesso universal dada a escassez de recursos.

O governo de Michel Temer tem apontado medidas que mais uma vez contribuem para desconstrução do SUS. Foi publicado no Diário Oficial da União a Portaria Nº 1.482, de 4 de Agosto de 2016 Instituído o Grupo de Trabalho para discutir um projeto de Plano de Saúde Acessível.

O ministro da Saúde, Ricardo Barros, afirmou nesta quarta-feira (6) que irá defender a criação de um plano de saúde "mais popular", com acesso a menos serviços do que a cobertura mínima obrigatória determinada pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), mas também com menor custo ao consumidor. Segundo Barros, a medida pode "contribuir com o financiamento do SUS" (CANCIAN, 2016).

Os usuários de plano de saúde com cobertura básica já enfrentam problemas, com sérias barreiras a assistência. Um plano com cobertura restrita como é a proposta, poderia prejudicar a evolução de tratamentos, uma vez que os pacientes não terão condições de dar seguimento ao acompanhamento na rede pública³ (SCHEFFER, 2016).

3.3 PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO 241/2016 - 55/2016

A Proposta de Ementa Constitucional de nº 241 (PEC 241) foi criada em 16 de junho de 2016 pelo Poder Executivo, aprovada na câmara dos Deputados, no dia 26 de outubro

³ O atraso no tratamento é um problema que piorar com os planos de saúde populares, porque não farão parte da rede estabelecida atualmente. Os planos impõem mecanismos próprios que somados aos procedimentos da rede duplicam o tempo e as consultas, aumentando os gastos com saúde (PLANO..., 2016).

segue no Senado com o N° 55/2016. Ela tem como objetivo limitar os gastos públicos federais ao longo dos próximos vinte anos.

Acredita-se que esta proposta seja uma invenção, sem experiência internacional ou respaldo teórico algum, cujo objetivo único é criar *um ambiente ideal para negócios financeiros*. Ao congelar os gastos federais, e eliminar a vinculação de recursos para Educação e Seguridade Social que engloba a Saúde, Previdência e Assistência Social a PEC 241 representa um retrocesso aos direitos assegurados a população pela Constituição de 1988 (VAZQUEZ, 2016).

A Nota Técnica N° 27 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) relata que o Novo Regime Fiscal (NRF) atua na contramão da continuidade do enfretamento dos níveis de desigualdade social. Além do risco de descontinuidade de serviços, a PEC 241/16 constrangerá as proteções assistenciais no campo da garantia de renda operada pelo Benefício Previdenciário Continuado (BPC) que atende idosos e pessoas portadoras e pessoas com deficiência em situação de extrema pobreza, e pelo Programa Bolsa Família (PBF). Entrando em Vigor a redução do financiamento crescerá ano a ano, com redução da cobertura e da efetividade da política de assistência social. Isto significa excluir segmentos que já estavam protegidos e dificultar a inclusão de novos segmentos ao BPC e ao PBF (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016).

Em caso de se agravar a crise econômica, a PEC 241/16 impede a política de renda mínima que deve ser garantida pelo estado, quando se eleva a taxa de desemprego e queda da renda das famílias, como uma forma de garantia que assegure ao menos a sobrevivência das famílias deslocadas para situação de pobreza (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016).

A Nota Técnica do Ipea, 2016 explica que parte expressiva das despesas primárias, objeto da PEC 241/16, reflete a própria atuação do Estado no campo social. O congelamento real dessas despesas por 20 anos representa uma desresponsabilização do Estado com a situação social do país, com impactos em uma progressiva e deletéria desvinculação entre a atuação pública no campo social e a dinâmica de

desenvolvimento do país. Em outras palavras, a configuração da PEC 241/16 parece ancorar-se em uma concepção de progresso que desconsidera o papel proeminente dos investimentos públicos em educação, saúde, assistência social e cultura no desenvolvimento. Desse modo, a PEC 241/16 parece passar ao largo da perspectiva de despesas sociais como um investimento capaz de dinamizar a economia e seu próprio financiamento (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016).

Sabe-se que até mesmo economistas do Fundo Monetário Internacional (FMI) revisaram suas recomendações para os países em crise sobre as políticas de austeridade fiscal: admitiram que tais políticas não só têm custos para o bem-estar social, impactando no aumento das desigualdades sociais, como também podem aumentar o desemprego, prolongando e agravando as crises (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016).

A adoção de uma política de ajuste fiscal tão restritiva, que impactará de forma irreparável as redes protetivas erguidas para atender a população vulnerabilizada pela pobreza e vítimas de diversas situações de violação de direitos, bem como apresentará restrições das políticas sociais como um todo, não pode ser o único caminho para o retorno do crescimento. O Brasil vem experimentando uma redução sensível da pobreza monetária e da desigualdade de renda, com sensível melhoria do acesso aos serviços de saúde, educação e assistência por parte da população mais vulnerável. No campo da assistência, a consolidação do BPC, a criação e a expansão do PBF e a construção do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foram instrumentos estratégicos para a melhoria de condições de vida da população e promoção de uma cidadania inclusiva (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016).

Nos últimos 10 anos, a despesa do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário passou de 0,89% do PIB em 2006 para 1,26% do PIB em 2015, que refletiu uma estratégia deliberada de ampliar a cobertura e a efetividade dessas políticas de forma a prover um modelo de desenvolvimento inclusivo, e não representou, portanto, um *crescimento acelerado e descontrolado do gasto*, conforme diagnóstico apresentado na

Exposição de Motivos da PEC 241/16. Mas o país ainda convive com níveis inaceitáveis de desigualdade social, os quais exigem uma agenda governamental que priorize seu enfrentamento, visando uma sociedade mais justa e civilizada (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016)

A Nota Técnica N° 26 do Ipea de 2016 sobre o Impacto das Crises Econômicas nas Condições de Saúde das Populações destacou evidências produzidas a partir da literatura científica que revelam muitos efeitos negativos sobre a saúde das populações em especial sobre a saúde mental, com aumento significativo dos casos de suicídio em algumas situações. A depressão e a ansiedade foram as doenças mais reportadas nesses trabalhos. Em relação ao sistema de saúde, verificou-se como os cortes do orçamento da saúde afetam a capacidade de resposta dos serviços e isso pode aumentar o impacto negativo da crise sobre a situação de saúde (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016).

As lições deixadas pelas crises são que: 1) as crises econômicas podem agravar os problemas sociais e aumentar as desigualdades; 2) as crises econômicas podem piorar a situação de saúde da população; 3) as medidas de austeridade fiscal que estabelecem a redução do gasto com programas de proteção social agravam os efeitos da crise sobre a situação de saúde, em particular, e as condições sociais, de forma mais geral; e 4) a preservação dos programas de proteção social é medida importante para proteção da saúde da população e para a retomada do crescimento econômico em prazo mais curto (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016).

3.4 GESTÃO DO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Para os trabalhadores da saúde e para a consolidação do SUS, a gestão da força do trabalho é um fator vital, porém, a política neoliberal de flexibilização do trabalho da década de 90, adotada pelo governo federal e seguida pelos governos estaduais e

municipais, produziu desde aquela época efeitos deletérios no SUS. A flexibilização do trabalho segue dominando e as terceirizações têm enormes volumes de contratações nas instituições públicas. O processo de trabalho e o mundo de trabalho se modificaram de modo que existe um novo modo de inserção, de vínculos, de remuneração e um novo modo de trabalhar, onde os ambientes de trabalho são transformados em arenas individualizadas, competitivas e insalubres, ou seja, pouco saudáveis para o trabalho (MACHADO, 2000). A autora relata que terceirização de serviços técnico-profissionais - em adição à terceirização já tradicional de serviços gerais - tem se transformado em uma prática universal adotada tanto em hospitais privados quanto públicos. No caso do SUS, o que há de novo é diversificação, não só as referentes aos hospitais, mas também as que se dão no âmbito do sistema de gestão local em seu todo. Caracterizam-se, de modo geral, por envolver uma mediação feita por empresas privadas, ONGs e cooperativas, que contam, em comparação com a administração pública, com maior liberdade para contratação e fixação de níveis de remuneração. Todo este processo de flexibilização contratual gerou no SUS mais de 500 mil situações de trabalho em condições precárias afirma Machado (2000).

Batista Júnior (2014) relata que a partir da fragilização da rede própria do SUS os profissionais fazem opção pelo trabalho na rede privada/conveniada, ou se organizam em instrumentos de intermediação de mão de obra denominados cooperativas, formando verdadeiros cartéis pelo país afora o que deixa a população e os gestores totalmente reféns.

3.5 O FIM DO REGIME JURÍDICO ÚNICO NÃO VAI CONTRIBUIR PARA MELHORIA DOS SERVIÇOS PÚBLICOS

Existe no cenário nacional um processo de desmonte dos serviços públicos, que se originou na década de 90 e que se aprofunda mais recentemente com a implantação dos modelos de gestão identificados com a lógica privada. Na mesma lógica de ataque

as instituições públicas, ocorre um ataque aos trabalhadores dos serviços públicos Batista Júnior (2014) relata que frente à argumentação conservadora recorrente e insustentável de que a estabilidade do trabalhador em saúde é um mal e beneficia quem não quer trabalhar e que o trabalhador da saúde deve ter o mesmo tratamento que os trabalhadores do sistema financeiro ou do ramo petroquímico estatal, os quais, diga-se enfaticamente, merecem todo o nosso respeito, estranhamos e lamentamos a comparação rebaixada, desqualificada e oportunista com quem trabalha com a vida do seu semelhante e que necessita da estabilidade no emprego para a garantia plena do exercício profissional e do vínculo efetivo e afetivo, inclusive, profissional-serviço-paciente.

O autor relata que ao mesmo tempo em que os gestores alegam que a estabilidade é a responsável por todos os problemas, não colocam no cenário os verdadeiros interesses políticos, fisiológicos e corporativos que tem inviabilizado o sistema. Estes interesses, além de não serem enfrentados, saem fortalecidos (BATISTA JÚNIOR, 2014).

Diniz et al. (2012) relatam que a estabilidade para a maioria das pessoas é considerada como uma forma de não demissão ou garantia de emprego por toda a vida. Porém, muitos desconhecem ou ignoram que o trabalhador do serviço público pode vir a perder seu emprego a partir da instauração de processo administrativo, tendo cometido uma falta grave. A estabilidade não deve ser confundida com, especialmente, impunidade ou vitaliciedade.

Outro fato é que a os custos com os trabalhadores do serviço público são sempre expostos de diversas formas como responsáveis pelo déficit público e peso das folhas de pagamento dos Governos. Considerando esses pontos negativos aos quais a estabilidade no serviço público é atrelada, sua aplicação não se justificaria e sua extinção poderia se dar sem grandes argumentos do contrário. Sendo verdadeiros todos os argumentos contra a estabilidade, como se justificaria sua manutenção e subsistência? Como se explica o fato do dispositivo ter sido incluído em praticamente todas as Constituições brasileiras? (DINIZ et at., 2012).

Diniz et.al. (2012) relatam que a estabilidade no serviço público, data da Constituição de 1934 e seu Artigo 169, reforça o dispositivo da estabilidade, mesmo que não mencione o termo, acrescentando que, além daqueles com mais de dez anos de efetivo exercício de suas funções, também se estenderiam seus efeitos aos que alcançassem dois anos de exercício a partir do ingresso no serviço público por meio de concurso. As Constituições de 1937, 1946 e 1967 mantêm praticamente o mesmo texto. No entanto, admissões de pessoal não estável, ou seja, fora do contexto de concurso, mantinham-se como prática. A Constituição de 1988 volta a afirmar a estabilidade no serviço público, em virtude de aprovação em concurso, após a passagem dos dois anos de exercício.

A Emenda Constitucional nº 19, de 1998, alterou o texto da Constituição Federal de 1988, estabelecendo que: “São estáveis após três anos de efetivo exercício os servidores nomeados para cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público”, e, em seu parágrafo 4º, determina que: “Como condição para a aquisição da estabilidade, é obrigatória a avaliação especial de desempenho por comissão instituída para essa finalidade”. (BRASIL, 1988)

O principal objetivo da estabilidade é isentar os trabalhadores do serviço público de perseguições políticas e demissões infundadas. É de vital importância que o trabalhador do público se sinta seguro para priorizar a prestação de serviços à sociedade e não à superiores hierárquicos, por pressão ou visando obter privilégios. Desta forma, protegendo o trabalhador de práticas injustas quanto à ocupação de um cargo, a estabilidade também protege a sociedade, posto que impeça a descontinuidade dos serviços públicos, além de impedir que os órgãos da administração pública sejam usados como “cabides de emprego” e sejam palcos de práticas nepotistas e clientelistas (DINIZ et al., 2012).

A estabilidade é um atributo necessário ao cargo público que assegura a continuidade da prestação do serviço público, que é de caráter permanente. É, portanto, o dispositivo constitucional que afirma a permanência do trabalhador serviço público afastando o risco de demissões arbitrárias e perseguições políticas. A estabilidade justifica-se pela

indispensável neutralidade e imparcialidade no exercício das funções públicas (DINIZ et al., 2012).

O centro do problema que tem levado ao descrédito da estabilidade dos trabalhadores do serviço público são os cargos comissionados ainda previstos na CF de 1988 e mantido pela EC 19/1998. Isto tem causado a *desprofissionalização* e o clientelismo conforme relata Ferreira (2014). Antes da CF de 1988 as vagas do serviço público eram de livre indicação.

A implementação da política de concurso público para preenchimento dos cargos nos serviços públicos tem a finalidade de criar um sistema na Administração Pública, através do qual fosse possível escolher, de forma isonômica e imparcial, os indivíduos capazes para exercer a função, garantindo a impessoalidade e a competência, atendendo aos princípios constitucionais (FERREIRA,2014).

FERREIRA (2014) também relata que o clientelismo faz com que o político detentor do cargo em comissão nomeie sempre aquele que mais apresentará obediência e fidelidade a ele e não quem esteja mais bem preparado para a função, indo de encontro com os interesses da sociedade. E o que vemos hoje são apenas prejuízos causados tanto à população quanto à própria Administração Pública.

Existem vários casos de deputados que nomeiam assessores e familiares de outros deputados em seus gabinetes fazendo uma alternância de forma que não sejam pegos contratando parentes. Casos de trabalhadores comissionados que recebem uma parte do salário e outra parte vai “voluntariamente” para os cofres de campanha, e Monteiro (2013) relata que existem uma variedade de critérios de nomeações e de combinações praticadas pelos políticos, e, sobretudo, de diferenciação entre os métodos utilizados para a ampliação do quadro dos funcionários públicos e as estratégias de nomeação para os cargos de comissão que ainda não foram estudadas e analisadas.

Em 1984 o Brasil assistiu o *Trem da Alegria* no Senado Federal, onde o Senador do Espírito Santo, Moacyr Dalla, nomeou 1554 pessoas, efetivados pela mesa Diretora nº 87 e 88/84, o que provocou indignação em grande parte da sociedade, levando a uma ação civil pública (processo 85.00.01002-9). Foram beneficiados filhos, afilhados e esposas de políticos influentes, em atentado à moralidade pública e em detrimento dos cofres do País, violando o direito das pessoas de boa-fé que, à época, teriam se submetido a concurso público e aguardavam nomeação para as funções que acabaram preenchidas ilegalmente. As denúncias do Caso do *Trem da Alegria* só ganharam estas proporções por estarmos em um período onde a luta pela democratização e o fim da Ditadura Militar se consolidavam. Este não é um caso isolado e nem é coisa do passado.

Está em curso na Câmara dos Deputados um novo *Trem da Alegria*, uma manobra administrativa que tenta igualar categorias de trabalhadores de atividades de nível técnico com nível superior, ou seja, à escala remuneratória dos analistas legislativos, sem concurso público. Isto se chama Ascensão Funcional, proibida na Constituição Federal de 1988 (art. 37, II) veda a ascensão ou a transferência de servidor para cargo para o qual não prestou concurso de ingresso, posto que constituem formas de o agente ingressar, indevidamente, em carreira diversa daquela para a qual obteve aprovação em concurso anterior (CONGRESSO EM FOCO, 2015).

Ferreira (2014) relata que somente com a profissionalização e estabilidade dos trabalhadores do serviço público será possível migrar absolutamente para um modelo resolutivo de Administração Pública. Somente as pessoas habilitadas técnica e profissionalmente e admitidas por mérito no serviço público, poderão apresentar os melhores resultados em um curto espaço de tempo de forma a atender as necessidades da população. Com certeza os resultados a longo prazo serão mais proveitosos do que àqueles apresentados pelos detentores de cargos comissionados vítimas do clientelismo.

Só existe Estado Democrático de Direito se, ao mudarem os agentes políticos de um Estado, os seus trabalhadores efetivos, nas diversas instâncias de governo tenham

garantias para exercerem com imparcialidade a sua função pública. Se diferente for, tais trabalhadores não estão sujeitos à vontade da lei e, sim, à vontade e caprichos de cada governante que assume o poder (COUTINHO,1999).

3.6 AS ORGANIZAÇÕES SÍCIAS E AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE INTERESSE CIVIL PÚBLICO

As Organizações Sociais (OS) e as Organizações Sociais de Interesse Civil Público (OSCIPS) foram criadas a partir do Plano Diretor da Reforma do Estado no Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC). Ambas se constituem ou se credenciam com todas as características de empresas privadas. Além disso, elas estabelecem com estados e municípios contratos de gestão e a partir deste contrato passam a prestar serviços e receber recursos públicos (REZENDE, 2008; MARCH, 2012).

Nessas organizações, os trabalhadores não são contratados através de concurso público, não há necessidade de fazer licitação para adquirir bens e serviços, outro ponto importante é que não prestam contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública, uma vez que elas consideradas “atribuições privativas” do Conselho de Administração (REZENDE, 2008).

O Conselho de Administração decide por maioria simples o regulamento próprio, contendo os procedimentos que devem adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade. A autoridade supervisora, órgão ao qual esteja vinculada à OS ou OSCIP nomeia uma comissão de avaliação (REZENDE, 2008).

Com esta lei as Políticas Públicas podem e devem ser realizadas por entidades privadas e por meio da terceirização/privatização de serviços públicos. Estas entidades que passam a usar os recursos do fundo público, bens, patrimônio, créditos e os trabalhadores dos serviços públicos para administrar seus próprios interesses e, ainda

assim, serem declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública, para todos os efeitos legais (REZENDE, 2008; MARCH, 2012).

Andreazzi e Bravo (2014) afirmam que a política de contrarreforma do estado tem sido proclamada como o advento de uma era pós-burocrática, na qual as mazelas da burocracia estatal seriam, por fim, equacionadas com maior racionalidade na sociedade.

Porém, ao contrário dos princípios de uma cidadania universal e igualitária, estes projetos levados a efeito por organizações privadas apresentam uma característica básica, que os diferencia: não se movem pelo interesse público e sim pelo interesse privado de certos grupos e segmentos sociais, reforçando a seletividade no atendimento, segundo critérios estabelecidos pelos mantenedores.

Informações preliminares encontradas na mídia impressa e eletrônica mostram que o processo de criação destas organizações privadas tem se acelerado nos últimos anos. Em 2007, de setenta OSs criadas no país, à saúde era o setor mais contemplado, com vinte e cinco organizações, dezesseis delas em São Paulo, duas no Espírito Santo, três na Bahia, três no Pará e uma em Goiás e se ampliando para outros estados, como Santa Catarina, novas OSs no Pará e, recentemente, em Mato Grosso, Rio Grande do Norte, Goiás e Distrito Federal (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

Sobre a pesquisa destas Organizações Sociais, Andreazzi e Bravo (2014) afirmam que, entre setembro de 2007 e junho de 2008, foi instalada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) na Assembleia Legislativa de São Paulo sobre remuneração dos serviços médico-hospitalares. Alguns resultados a que chegou esta CPI são a seguir apresentados:

1. ampliação da flexibilização do trabalho;
2. sobre a escolha das OSs, pelo poder público, um dos aspectos mais criticados foi poder do Estado de dispensar a licitação no momento de contratar a OS. Auditoria técnica realizada pelo Tribunal de Contas do Município noticiada no

jornal O Estado de S. Paulo assinalou que a Prefeitura de São Paulo não teve controle sobre o total de R\$ 1,4 bilhão que saíram dos cofres municipais, em 2009, para o pagamento dos serviços feitos pelas OSs na área da saúde;

3. apesar da existência de um órgão na Secretaria Municipal da Saúde para monitoramento e avaliação das OSs, o Núcleo Técnico de Contratação de Serviços em Saúde, ainda há problemas no controle e na fiscalização das entidades. O trabalho do órgão da secretaria é inconsistente e com problemas sérios pois as contas da contratada foram aprovadas contendo problemas graves de erros e inconsistências nos números apresentados (ANDREAZZI; BRAVO, 2014);
4. no Estado de São Paulo, de acordo com o Relatório da CPI da Assembleia Legislativa, constatou-se que sob o guarda-chuva do estatuto jurídico de organização sem fins lucrativos, abrigava-se uma intensa contratação de serviços específicos para empresas lucrativas: o relatório se refere a *quarteirização* e até *quinteirização* dos serviços prestados. Ao terem a permissão de contratar todo tipo de serviços, sem controle público, o que ocorria é que empresas que prestam serviços hospitalares eram convidadas a atuar dentro dos hospitais públicos e subcontratam outras (ANDREAZZI; BRAVO, 2014);
5. no final de 2010, a Assembleia Legislativa de São Paulo aprovou, na véspera dos feriados de final de ano, o projeto de lei complementar nº 45/2010, do Executivo, agora lei complementar nº 1.131, de 27/12/2010, e regulamentada pelo governador Geraldo Alckmin mediante o decreto nº 57.108/2011, que altera a regulamentação das organizações sociais no estado de São Paulo.

A partir deste decreto as OSs que administram hospitais estaduais passam a poder utilizar até 25% de sua capacidade instalada para atender pacientes privados com ou sem planos de saúde. Mais uma vez os recursos públicos da saúde são transferidos a iniciativa privada ferindo os princípios do Sistema único de Saúde e da Constituição Brasileira, pelo tratamento diferenciado para aqueles que tenham fontes privadas de

financiamento em um estabelecimento mantido com recursos públicos (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

3.7 FUNDAÇÕES ESTATAIS DE DIREITO PRIVADO

Granemann (2008) relata que este é o projeto de maior amplitude desde a contrarreforma do Estado. Afirma que o modelo das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), vieram para desestruturar o estado brasileiro. A autora relata que em março de 2007, a página eletrônica brasileira do Banco Mundial divulgou um documento inédito com avaliações e propostas para aumentar qualidade da gestão e racionalizar o gasto público de gestão apresentada vinha com duas particularidades: o problema dos HUs o que usaram como justificativa e ponto de partida, e a crise dos Hospitais do MS no Rio de Janeiro.

Na apresentação do documento o Secretário de Gestão Walter Correia da Silva informa sobre a natureza do trabalho e a época de seu início: "... a SEGES deu início em 2005 a uma série de estudos e análises críticas sobre as atuais formas jurídico-institucionais da administração pública, com o objetivo de propor ajustamentos que conduzam a um arcabouço legal mais consistente e afinado com os novos paradigmas e desafios impostos à gestão pública sem, contudo, fugir dos limites estabelecidos pelo ordenamento do direito público brasileiro. Nesse contexto é que nasce o Projeto Fundação Estatal – da necessidade imperativa de a luz das disposições constitucionais, produzir direito novo para dotar o Governo de agilidade e efetividade no atendimento das demandas sociais do País" (MPOG, 2007 apud GRANNEMAN, 2007, p. 2).

Identificado em todo argumento do Secretário de Gestão do Ministério do Planejamento os conteúdos que fundamentaram a contrarreforma de estado brasileira gerencial cujos elementos são os novos paradigmas, novos desafios, agilidade e efetividade para induzir mudanças em algo que funciona de modo ruim ou insatisfatório (GRANEMANN, 2008).

Além disso, a avaliação insatisfatória não se restringe ao caráter técnico, pois toda avaliação atenderá as demandas de alguma das classes, ou seja, dito de outra forma uma reforma do Estado pode operar na direção de aumentar os direitos dos trabalhadores ou pode ampliar as exigências de acumulação do capital e neste caso

será uma contrarreforma do Estado por afetar os interesses e direitos dos trabalhadores.

A autora ainda comenta que projeto das Fundações Estatais, PL 92/07, tem como objetivo regulamentar a Emenda Constitucional nº 19 de 04 de junho de 1998, conhecida como a emenda da contrarreforma do Estado brasileiro, realizada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso. A Emenda Constitucional nº 19/98, em seu artigo 26, segundo os autores do Projeto Fundação Estatal, definiu que as entidades de administração indireta deveriam rever seus estatutos quanto à natureza jurídica em razão de sua finalidade e de sua competência. Esta necessidade de regulamentação deste artigo proporcionou ao governo e seus aliados um motivo para a realização das contrarreformas do Estado de interesse do capital (GRANEMANN, 2008; MARCH, 2012).

A proposta formulada não se restringiu aos hospitais do Rio de Janeiro como alegaram seus formuladores e o governo, se tratou de uma proposta de reforma ampla que se estende por todo estado, abrangendo áreas como a educação, assistência social, saúde, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, turismo, comunicação e previdência complementar do Serviço Público (GRANEMANN, 2008).

Granemann (2008), March (2012) explicam que a definição das áreas de atuação permite constatar sobre a natureza deste projeto. Trata-se de um projeto de contrarreforma do Estado brasileiro no âmbito das políticas sociais, no âmbito das ações estatais que respondem aos direitos e demandas dos trabalhadores e incidem sobre as condições de vida gerais da população, especialmente aquelas das camadas sociais mais empobrecidas. Neste projeto também estão incluídas as ações e as políticas de cultura e de conhecimento, importantes para o cultivo da soberania das nações.

Granemann (2008) March (2012) relatam que este projeto vem complementar as ações privatizantes dos diferentes governos que antecederam, Luíz Inácio Lula da Silva, no sentido de viabilizar e impulsionar a acumulação do capital no país.

O entendimento de que as políticas sociais podem ser realizadas nos moldes do setor privado, conceito aprovado na contrarreforma de Bresser Pereira, coloca a lógica empresarial no estado de direitos, inclusive atuando centralmente nos direitos humanos, como é o caso do direito à vida em vários setores das políticas públicas. Esta lógica é absurda, perversa e contraria todos os direitos conquistados desde 1988. Uma política de estado que busca eficiência e eficácia' através da transformação da educação, saúde, previdência, lazer, em políticas privadas, traduzidas pelo lucro do mercado, coloca em risco a Universalidade e Integralidade tão necessárias para a população brasileira (GRANEMANN, 2008).

A única proteção social encontrada por milhões de trabalhadores empregados e desempregados deste país são as políticas públicas oriundas da ação dos estados. Ao subverter a forma institucional do Estado o mito Fundação Estatal absorve a 'ossatura' material dos interesses do mercado porque ideologicamente afirma a indiferenciação entre o público e o privado e ao enfatizar a gestão e hipertrofiar o lugar da técnica sobre a política faz a política do capital. O gerencialismo reivindicado amputa e despolitiza as relações de classe presentes nas políticas sociais. O fetiche da iniciativa privada aplicado ao Estado tem o 'mérito' de ocultar a essência dos processos que o Estado do capital deseja legitimar: ao tentar prender-nos à forma desviamo-nos do fundamental, do essencial. A forma é a fundação estatal, o conteúdo é a privatização dos serviços sociais, das políticas sociais, dos direitos dos trabalhadores (GRANEMANN, 2008).

Granemann (2008) afirma que este projeto, que atinge os trabalhadores do SUS, será um prejuízo enorme, e que também trará um grave problema na organização destes trabalhadores. O diagnóstico produzido pelo grupo que criou a proposta de Fundação Estatal, coerente com o Banco Mundial, diz que o Estado é ineficaz e uma das razões centrais de sua ineficácia e ineficiência é a estabilidade dos trabalhadores. Novamente aqui a forma, o contrato de trabalho, oculta o conteúdo: a privatização das políticas sociais tem nos servidores públicos no Brasil como em todo o mundo os seus mais sérios oponentes (GRANEMANN, 2008).

A resistência à privatização dos Estados encontrou nos trabalhadores dos serviços públicos a principal resistência. Estes trabalhadores foram e ainda são os que mais têm se oposto as políticas de privatização do Estado e a retirada dos direitos da classe trabalhadora conformados nas políticas sociais. Estes trabalhadores além de defender seus espaços de trabalho, sabem a importância destes serviços para a população brasileira e perceberam a gravidade das medidas para todos os trabalhadores (GRANEMANN, 2008).

O projeto da Fundação Estatal de Direito Privado altera as relações de trabalho no Serviço Público, alterando a contratação para a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com o argumento de que existe mais facilidade de contratar e também demitir. O objetivo é pagar salários de mercado o que causa uma grande distorção salarial entre os profissionais de saúde e amplia a rotatividade dos trabalhadores. Esta proposta se coloca contra a necessidade primordial de um plano de carreiras no SUS que garanta a qualidade do trabalho e do atendimento à população. Proporciona ainda as relações clientelistas que a constituição de 1988 procurou acabar quando estabeleceu o Regime Jurídico Único (GRANEMANN, 2008, MARCH, 2012).

Granemann (2008) destaca que esta proposta é nefasta para os trabalhadores também, porque as fundações estatais, mesmo sendo de direito privado, ganham pela forma jurídica o direito de não contribuir com a formação do fundo público estatal, ou seja, não irão recolher os impostos e contribuições para a seguridade social (previdência, assistência e saúde). Logo diminuirão os recursos para viabilizar as políticas sociais, que são instrumentos que viabilizam os direitos e a proteção social dos trabalhadores ocupados, ou não.

3.8 EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Os hospitais Universitários e de Ensino são importantes centros de formação de trabalhadores e de desenvolvimento de tecnologia para área da saúde. A efetiva prestação de serviços de assistência à população possibilita o constante

aprimoramento do atendimento, com a formulação de protocolos técnicos para as diversas patologias, o que garantem melhores padrões de eficiência e eficácia, colocados à disposição para a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, seus programas de Educação continuada oferecem a oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo sistema de saúde (BRASIL, 2013).

É importante ressaltar que, na Universidade Pública, são considerados como funcionários Técnico-administrativos todos aqueles que não são docentes e são regidos pelo Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação (PCCTAE), Lei 11091 de 12 de janeiro de 2005.

Neste contexto, o governo não conseguiu transferir o pagamento da folha de pessoal do técnico-administrativos para o MS e nem implementou o projeto de Reforma Universitária da forma como estava organizado naquele momento. Com isso, o governo criou um novo modelo de gestão, que foi a EBSEH.

A EBSEH teve em sua essência as mesmas características da FEDP. Neste projeto o governo adicionou elementos à proposição anterior que só aprofundaram e explicitaram a essência privatista. Sua caracterização como sociedade anônima e a possibilidade de patrocinar entidade fechada de previdência privada. Trata-se da reedição dos princípios já identificados nas Fundações Estatais de Direito Privado e nas Organizações Sociais, ou seja, transferência de patrimônio público, flexibilização dos direitos dos trabalhadores do serviço público, estabelecimento de financiamento das políticas sociais mediante a celebração de contratos de gestão, possibilidade de captar recursos com a venda de serviços e consequente mercantilização das políticas e direitos sociais, dentre outros (MARCH, 2012)

Assim, a EBSEH foi uma nova proposta de gestão que sucedeu a proposta da FEDP com a justificativa do Ministério da Educação (MEC), que teria que cumprir a decisão do Tribunal de Contas da União (TCU), acórdão 1520/2006 que determinou substituir 27.000 trabalhadores terceirizados, ato que o TCU vinha cobrando todos os anos.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares é uma instituição que tem como missão aperfeiçoar a gestão de HUs Federais a fim de que esses hospitais prestem um serviço de saúde de qualidade no âmbito do Sistema Único de Saúde e propiciem um ambiente adequado de ensino e pesquisa para professores e alunos.

3.9 O DIAGNÓSTICO DOS HUs A PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE REESTRUTURAÇÃO DOS HUs

Em 2010 foi elaborado o Decreto n. 7.082/2010, que instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos HUs Federais (REHUF) o programa pretende criar condições materiais e institucionais para que os HUs possam desempenhar plenamente suas funções na dimensão de ensino, pesquisa, extensão e também na assistência à saúde.

Sodré et al., (2013) relata que o REHUF regula as funções cabíveis ao MEC, MS e Ministério do Planejamento e Gestão envolvidos e reforça as diretrizes sobre as quais o REHUF está assentado, a saber:

1. instituição de mecanismos adequados ao financiamento, progressivamente e igualmente compartilhados entre os ministérios da Saúde e Educação até 2012;
2. melhorias no processo de gestão;
3. adequação da estrutura física;
4. recuperação do parque tecnológico;
5. reestruturação do quadro de recursos humanos;
6. aprimoramento das atividades, avaliação permanente das mesmas;

7. incorporação de novas tecnologias no que se refere ao ensino, pesquisa e assistência.

O financiamento dos hospitais de ensino a partir deste Decreto n. 7.082/2010 (SODRÉ, et al., 2013) que estipula a partilha igualitária entre o MS e MEC nas despesas dos Hospitais, onde a saúde e a educação necessitam de uma programação orçamentária, de forma a cumprir as parcelas cabíveis, respectivamente. Há nessa partilha a intencionalidade do MEC em reduzir sua participação no orçamento, ao mesmo tempo em que seria ampliada a receita do MS. Existe aqui a intenção de reduzir as responsabilidades financeiras dentro de uma lógica em que a educação e a saúde são por demais dispendiosas ao governo.

A proposta dos Ministérios da Saúde e da Educação apontaram com o REHUF que a reestruturação requer mudanças importantes no parque tecnológico, na estrutura física, na contratação de pessoal, no processo de avaliação e na participação de atores externos à instituição. Para todo este processo de mudança seria necessária a *pactuação global* de metas entre os ministérios da Saúde, Educação e Cultura, de Planejamento, Orçamento e Gestão (SODRÉ et al., 2013).

Aconteceu com o REHUF, uma divisão de responsabilidades na parte do financiamento, entre os três ministérios, porém, a partir desta alteração, fica um embate e uma incerteza sobre quem de fato é o responsável pelos HUs. Desta forma o governo aponta para um modelo de hospital de ensino, em que amplia a assistência, enquanto reduz o papel da formação, do ensino e da pesquisa. O ensino se mantém esfacelado enquanto a assistência é utilizada como moeda de troca (SODRÉ et al., 2013).

O diagnóstico do REHUF constatou que a força de trabalho representa apenas 51,87% de trabalhadores do RJU, o restante eram trabalhadores contratados por fundações, empresas terceirizadas e foram encontrados trabalhadores até sem vínculos e quase sempre pagos com recursos arrecadados do SUS, que deveria ser usado na atenção à saúde, a pesquisa e ao ensino, sendo esta terceirização responsável pelo alto

endividamento dos HUs. Os trabalhadores terceirizados dos HUs conviviam muitas vezes com salários atrasados e quando demitidos, levavam meses intermináveis para receber seus direitos das rescisões contratuais (BRASIL, 2009).

3.10 TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO: CONTRATAÇÃO E LUCIDEZ

Em 2006 o TCU através do Acórdão 1520/2006 determinou que o MEC realizasse concurso público para substituir todo pessoal terceirizado dos HUs.

No ano de 2012 o TCU publica um novo acórdão AC-3463-51/2012 (BRASIL, 2012) onde relata que a EBSEH é uma afronta ao acórdão 1520/2006 e que o MEC vem prorrogando o cumprimento do acórdão do TCU⁴ ou seja, o MEC realiza concursos para EBSEH e não para os HUs como determina o acórdão.

O Tribunal de Contas relata que o Poder Executivo está atuando de forma inconstitucional, ilegítima e imoral em sua tentativa de implantar a EBSEH nos HUs deste país, usando indevidamente o nome do TCU como meio de pressão ilegítima, de absurda coação moral, para constranger os gestores das universidades federais, especialmente seus reitores e os diretores dos HUs, a aceitarem essa verdadeira intervenção na gestão das universidades como única saída legal para o grave problema dos terceirizados nos HUs (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2012).

Assim, as universidades que, legitimamente, na defesa e no exercício pleno de sua autonomia universitária e da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão, decidirem não sucumbir e não se submeterem à proposta da EBSEH estará inconstitucional e imoralmente desprovida de uma autorização, necessária e inadiável

⁴ Tribunal de Contas da União. Acórdão n. 3463-51/2012

do Ministério do Planejamento, como têm estado até hoje, para a solução do grave problema dos terceirizados em seus HUs (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2012).

Ao constatar que a Universidade Federal do Rio de Janeiro, decidiu por não entregar a gestão de seu HU para a EBSEH o TCU faz os questionamentos: Qual será a postura do Ministério do Planejamento com essa universidade? Pode seguir negando a autorização para o concurso? Isto não é uma omissão que atenta contra os princípios da administração pública? (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2012).

4 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES (HUCAM), GESTÃO EBSEERH: AUTORITARISMO, EXCLUSÃO DOS TRABALHADORES DO RJU E MAIS ADOECIMENTO

O Reitor assinou o contrato de adesão a EBSEERH no dia 15 de abril de 2013 em Brasília, sem aprovação do Conselho Universitário (MARINHO, 2013b). E sem fazer sequer um único debate com a comunidade acadêmica. A construção da minuta do contrato se deu entre a direção do HUCAM, a direção do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e Reitoria. Esta decisão foi homologada pelo Conselho Universitário em reunião no dia 25 de abril de 2013 com 16 votos a favor e dois votos contrários.

A partir daí muitas coisas mudaram, inclusive a forma de relação entre HUCAM/EBSEERH e UFES. Neste trabalho procuramos entender este processo de implantação sob a percepção dos trabalhadores e o impacto na sua saúde.

Ao discutirmos saúde dos trabalhadores do RJU no HUCAM/EBSEERH, entendemos que não estamos deslocados da realidade dos trabalhadores de outros HUs e da saúde e sequer estamos longe dos problemas que afetam todos trabalhadores que enfrentam o sistema capitalista. Isso nos remete a uma discussão do trabalho como fonte de sobrevivência condição fundamental para conquista da dignidade humana que muitas vezes vem carregada de sofrimento conforme relata Traesel e Merlo (2014).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi considerada um marco histórico na Saúde Coletiva e na Reforma Sanitária Brasileira. Nesta conferência foi aprovado um conceito ampliado, onde saúde resulta de qualidade vida, isto é, das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, bem como do acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986).

A partir do conceito ampliado de saúde e a importância do trabalho na vida buscamos o referencial de saúde e trabalho em Dejours (1999) que relata que enquanto alguns trabalhadores não adoecem nas relações de trabalho, outros adoecem, inclusive realizando as mesmas funções. A conclusão do autor é que estes trabalhadores têm algumas qualidades psíquicas que permitem o desenvolvimento de determinadas funções que evitam o adoecimento.

Dejours (2004) em seu estudo da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho aprofunda a compreensão sobre saúde e a relaciona com o trabalho. O autor relata que saúde não é um estado natural, mas uma construção intencional, onde o trabalho ocupa lugar importante. A construção da saúde está ligada a uma série de relações determinantes. As relações interpessoais contribuem para a construção da saúde no campo do afeto e as relações intersubjetivas coletivas contribuem para a saúde no campo do trabalho. Ou seja, a nossa capacidade de resistir ou de adoecer está intimamente ligada à qualidade das relações de trabalho.

Souza e Reis (2013) apontam que Saúde é um tema que pode ser abordado sobre vários aspectos, pois é muito abrangente, partem do entendimento de saúde com uma visão que supera os recursos sociais, pessoais e o conceito de ausência de doença.

O trabalho em Saúde, relatado por Merhy (2007) e Chiavegato Filho e Navarro, (2013) é caracterizado pela produção de produtos imateriais, menos suscetíveis a racionalização organizacional. O trabalho em saúde acontece em ato, é um trabalho vivo e acontece no momento de sua realização, entre os sujeitos em uma determinada estrutura com significado grau de autonomia. Em geral o trabalho é realizado em equipe e em sua essência é coletivo. Implica a articulação entre diferentes profissões técnico-científicas e necessita de experiência do processo social de cada profissional na tomada de decisões. A mediação se dá por meio de uma dimensão ético-política e também por incertezas provenientes de demandas desconhecidas e descontinuidades de tratamento.

A análise de Campos (2010) é de que a racionalidade gerencial hegemônica tem como utopia controlar de forma absoluta o trabalho humano e se valem de diversos recursos para aproximá-lo do funcionamento de uma máquina. Para isso foram criados tanto métodos de controle direto, supervisão, quanto modos indiretos de controle, como a avaliação de resultados.

O autor relata que existe uma obsessão pelo controle sobre o trabalhador, tentando reduzir o espaço entre pensar e tomar decisões autônomas durante a execução das tarefas. Esta estratégia é baseada em discursos científicos, que se esforçam para condicionar o trabalho a protocolos, que definiriam as condutas e comportamentos apropriados. Tal como afirma Campos (2010) a racionalidade gerencial hegemônica tenta reduzir o sujeito, o trabalhador, a um objeto, a um recurso maleável de acordo com o planejamento e os programas definidos pela direção ou *por quem entende do assunto*, em geral especialistas que pensam e planejam longe dos locais de trabalho.

Campos (2010) e Gaulejac (2007) argumentam que este modelo gerencial é de alta centralização normativa e a descentralização executiva, com nenhuma ou reduzida participação dos trabalhadores na tomada de decisão. Apontam uma grave característica deste modelo gerencial dominante que são as teorias da administração, que teriam uma visão *excencialista* sobre a natureza humana, ou seja, o ser humano tenderia a comportar-se segundo seu interesse imediato independente do contexto ou de sua história social.

Logo, estas correntes teóricas não têm por objetivo ampliar a solidariedade entre os trabalhadores ou formar cidadãos cultos e reflexivos. Ao contrário, para a racionalidade gerencial hegemônica, o ser humano seria incapaz de funcionar autonomamente sempre que inserido em processos coletivos de trabalho. Ou seja, com a introdução do trabalho em série, foi criado à necessidade de um cérebro coletivo, uma instância que administrasse a tendência à dispersão das pessoas com possibilidades de decidir, segundo seus interesses ou conforme a tradição.

A racionalidade construída pelo pensamento gerencial apresenta-se, portanto, como um pensamento pragmático e operacional, uma racionalidade de ferro ordenada em função de alcançarem-se determinados resultados – a qualidade de certos produtos, determinada produtividade. Daí, talvez, advenha a persistência histórica da denominação de “recursos humanos”, predominante no discurso gerencial, como uma referência tanto aos trabalhadores quanto ao seu potencial produtivo. Os seres humanos, quando trabalham, deveriam ser manipulados como um recurso (CAMPOS, 2010, 2339, grifo do autor).

Sennet (1999) relata que a flexibilização das relações de trabalho, traz graves consequências para o trabalhador, a exigência de ser polivalente, a perda de direitos sociais e o aumento da jornada de trabalho, que muitas vezes acontecem fora do espaço do trabalho.

Souza e Reis (2013) consideram a perversão dos novos modelos de gestão, os efeitos sobre a saúde dos trabalhadores, destacando o desamparo e a solidão como resultados das falsas promessas da gestão baseada na qualidade total, na ideologia da excelência e na lógica produtivista. As autoras relatam ainda que o modo de organização do trabalho, no contexto da flexibilização do trabalho, tem destruído as relações de solidariedade entre os trabalhadores, a confiança e os coletivos de trabalho.

Neste trabalho fazemos um recorte entre trabalhadores e gestores, pois entendemos como Antunes (2015), que classificou a classe trabalhadora entre todos aqueles que vendem sua força de trabalho, incluindo tanto o trabalho *produtivo*, quanto o *improdutivo*. Entre os trabalhadores estão os assalariados do setor de serviços e o proletariado rural, além do proletariado precarizado, sem direitos, e os trabalhadores desempregados, grupo que compreende o exército industrial de reserva.

Os gestores e altos funcionários do capital foram excluídos dessa classificação da classe trabalhadora, por recebem salários elevados, ou viverem de juros. Trabalham sempre para fortalecer o capital, ou seja, o empresariado (ANTUNES, 2015).

A EBSERH assumiu também o vocabulário vazio do modelo gerencial. Os trabalhadores são agora denominados colaboradores, conceito que tenta embutir o fim da luta de classes e a perda do sentido do trabalho.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aqui fazemos o relato e a discussão, abordamos a pesquisa realizada sobre a saúde dos trabalhadores do RJU, após a implantação da EBSEH no HUCAM

5.1 A FALA DOS GESTORES

Este é um ponto determinante para identificar os problemas da grande maioria dos trabalhadores do RJU no HUCAM/EBSEH, não por ser o início, mas pelos métodos e posturas adotadas por parte tanto da Administração da Universidade, quanto da assinatura do termo de adesão a EBSEH e por parte da Gerencia do HUCAM/EBSEH após a assinatura do contrato com MEC.

5.1.1 Categoria 1: Consolidação da EBSEH no HUCAM

Nesta categoria trazemos o estudo do processo de consolidação da empresa no HUCAM e os reflexos deste processo para os trabalhadores do RJU.

5.1.1.1 Implantação

Ao serem questionados sobre a implantação da EBSEH o Gestor I relata que:

[...] não via uma outra solução sem ser isto, por falta de concurso. Não conseguia achar uma outra saída, os terceirizados eram uma coisa ilegal que não podia continuar. A

gente só via o hospital fechando as portas, então entre fechar as portas de um hospital tão importante como este e manter aberto eu achei que seria uma coisa boa [...].

A análise da fala do Gestor I mostra que ele não conseguiu enxergar nenhuma possibilidade de mudança vinda do governo que não fosse a EBSEH. Logo, na sua visão, a aceitação da EBSEH foi para o bem do hospital.

Gaulejac (2007) relata que todo este processo do *management* está relacionado ao universo econômico, à busca do lucro, a redução de custos e ao modelo ideológico da nova sociedade.

A fala dos gestores de que a implantação da EBSEH foi a única opção dada pelo governo, remete à situação em que se encontravam os HUs, antes de 2013, sem concursos públicos e sem outros recursos para manutenção do hospital. O HUCAM neste período pagava a folha de pessoal terceirizado com os recursos arrecadados da prestação de serviços ao SUS. Logo, o hospital encontrava-se sem condições de manter muitos serviços funcionando plenamente ou mesmo parcialmente (SILVA; MENDES, 2012).

A ausência de concursos públicos, a redução dos gastos sociais, o desmantelamento do sistema público de seguridade social, a precarização das relações de trabalho e o desemprego estrutural são resultantes do processo de reestruturação do capital, afirma Behring (2008).

O Gestor III relata que

As mudanças oriundas do processo de gestão, tiveram que fazer enfrentamento de algumas áreas de zona de conforto e um conjunto de fatores, vamos dizer assim, essa mudança, essas divergências com brigas de [...] até de liminares levaram ao hospital, numa posição que hoje ainda percebo que não existe uma harmonia no ambiente de trabalho com alguns conflitos entre as [...].

A implantação da EBSEH foi bastante desgastante para os trabalhadores do hospital e para os professores envolvidos no processo. Foi um processo autoritário que impôs uma derrota aos trabalhadores que desde 2005 lutavam contra a mudança do modelo jurídico já apontado pelo governo federal, porém entre professores médicos foi criada uma grande zona de conflito, de disputa de poder, conforme está relatado na fala do Gestor III (MARINHO, 2013a)

Estes conflitos chegaram, inclusive, à justiça que confirmou extramuros a forma da implantação da EBSEH. O diretor superintendente do HUCAM eleito para o quadriênio 2012-2016, que foi a pessoa que construiu toda a discussão em Brasília junto à empresa, após a assinatura do contrato da UFES com a EBSEH foi exonerado do cargo (MARINHO, 2013a). O regimento do HUCAM foi extinto no Conselho Universitário e aprovada a resolução nº41 e o diretor passou a ser indicado pelo reitor (ANEXO A).

No dia 5 de agosto de 2013 na página da UFES já era publicado o nome do novo diretor da EBSEH. A matéria da página citava também que havia neste mesmo dia uma liminar mantendo no cargo o ex-diretor Superintendente, logo havia dois diretores no cargo. Um eleito e mantido por força de liminar e um novo, nomeado pelo reitor.

Na redação da liminar constava que a direção do HUCAM continuava provisoriamente a cargo do médico. A matéria citava também que a UFES já havia apresentado recurso contra a liminar e aguardava decisão da Justiça ((MARINHO, 2013a).

Neste conflito com liminares foi revogado o regimento do HUCAM com o objetivo de manter o nome do gestor indicado. O regimento revogado garantia o descumprimento do processo eleitoral recente. Assim, a reitoria teria liberdade para fazer indicação até a construção de novo regimento.

O Gestor III relata em forma de desabafo,

[...] o hospital vinha num processo de decadência de muitos anos sem manutenção e a expectativa que até eu tinha, e que eu acho que toda a comunidade tinha que a EBSEH ia entrar dar um banho de ouro no hospital, e o hospital iria transformar num Sírío Libanês. E não teve isso, até porque não tem dinheiro novo nisso. Não tem dinheiro novo, o dinheiro é do MEC, Ministério de Saúde, as mesmas fontes de três anos atrás.

Ao reconhecer que não existem recursos novos o gestor dialoga com todo debate anterior a implantação da EBSEH, onde era apontado que a solução para os problemas dos HUs passa pela efetiva construção do SUS. O debate sobre mudanças de modelo gestão na saúde permeou todas as Conferências de Saúde em todas as esferas, federal, estadual e municipal que se realizaram desde 2006. Os Movimentos Sociais em Luta, que sempre tiveram compromisso com o SUS também fizeram deste debate uma pauta obrigatória, tanto nos movimentos cotidianos quanto nas mesas de negociação com os diversos governos.

O que tem causado um importante desgaste na administração da UFES e do HUCAM/EBSEH é que ao terem optado por este novo modelo, deram a comunidade universitária que vive convive cotidianamente com muitos problemas a expectativa de uma melhora substantiva nas condições de ensino, trabalho e de atendimento aos usuários, o que não aconteceu na percepção dos trabalhadores do RJU.

Teixeira, Cruz e Azevedo (2016) destacam que no Brasil, as Políticas Sociais são pautadas pela área econômica de governo, onde está instalada a política do estado mínimo e Batista Júnior (2014) afirma que o problema do SUS não é apenas o financiamento e este talvez fosse o mais fácil de ser resolvido. Porém, o problema mais grave, é o fisiologismo do estado brasileiro. Este modelo que precisa ser debatido e enfrentado é o modelo que foi imposto ao SUS desde o início de sua estruturação e implantação. Da sua proposta de política transformadora, construída pela Reforma Sanitária e aprovada na constituição de 1988, ao que foi colocado em prática até hoje, existe uma distância enorme. O estado brasileiro é um estado privatizado, marcado por

interesses fisiologistas, corporativos, mercantilistas e patrimonialistas, que vem investindo os recursos públicos na saúde privada

O outro grande problema, é que quanto as Universidades realizaram a discussão da EBSEH, o governo se comprometeu não apenas com a *modernização da gestão e reestruturação da força de trabalho*, mas também a: reestruturação física; reestruturação tecnológica; qualificação da gestão financeira e orçamentária. A partir destas condições, os hospitais deveriam:

- a. prestar assistência de excelência no atendimento às necessidades de saúde da população na qual está inserido, de acordo com as orientações do Sistema Único de Saúde (SUS);]
- b. oferecer condições adequadas para a geração de conhecimento de qualidade e para a formação dos profissionais dos diversos cursos da universidade.

O governo além de não ter recomposto de forma integral o número de trabalhadores não cumpriu com todas as promessas feitas as Universidades.

A realidade é bem diferente das promessas do governo. A mudança visível até agora é apenas a contratação de pessoal, mas ainda de forma insuficiente e a implantação das tecnologias de informação que tem facilitado alguns processos de trabalho, em especial nas compras e licitações. A terceirização tem se ampliado e aumentado. Os trabalhadores convivem com vários vínculos empregatícios. As empresas terceirizadas são: MFX; SERTEL; ATIVA; AMBIENTAL; PROVAC; CONSERVO e GOLD; PLANTÃO SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA LTDA; CIRURGIÕES CARDIOVASCULARES ASSOCIADOS LTDA; INSTITUTO DE RETINA E VITREO DO ESPÍRITO SANTO LTDA; RGIORI EMERGÊNCIAS MÉDICAS LTDA – ME; COMERCIAL, PARTICIPAÇÕES, CONSTRUÇÕES E PROJETOS LTDA, ENGECLINIC SERVIÇOS LTDA. Destas treze empresas terceirizadas, oito contratam mão de obra.

5.1.1.2 Principais Mudanças

Os Gestores relataram que a principal mudança foi a contratação de trabalhadores. O gestor II relata que *“[...] a principal mudança foi a chegada de pessoas, a gente não tinha.”*

O gestor III também afirma que *“[...] a gestão da EBSE RH, o diferencial dela é a questão do Concurso”*. O gestor IV complementa que *“[...] a chegada dos trabalhadores que alavancou na realidade, toda a oferta de trabalho que poderíamos dar”*

5.1.1.3 Processo de (Des)integração

A implantação da EBSE RH foi realizada com um grave processo de (des)integração, onde os trabalhadores do RJU passaram por um processo de desqualificação, durante a acolhida aos novos trabalhadores contratados pela EBSE RH. Ao serem questionados sobre estes acontecimentos o Gestor I respondeu que a integração:

“[...] foi feita na entrada, muita gente entrou ao mesmo tempo e a gente tentou fazer uma integração mas teve muita falha, então hoje você ainda observa pessoas da Universidade que falam da EBSE RH e da EBSE RH que falam da Universidade, então esta rixa ainda existe. Eu não sei se foi uma falha na integração, algumas falas que existiram na integração que eu não acompanhei todas [...]”

O Gestor II relatou ter achado *“[...] que foi um erro de condução administrativa [...]. Não conduziram o processo de modo que a integração pudesse se realizar. Ao contrário, eu acho que quem estava aqui, desmereceu os RJUs [...]”*

É conhecido entre os gestores o processo de desqualificação dos trabalhadores do RJU que ocorreu na acolhida aos novos trabalhadores contratados pela EBSEH. Há uma percepção por parte dos gestores de que a integração trouxe problemas e que, após três anos, as divergências ainda estão afloradas entre os trabalhadores.

O Gestor III ao ser questionado sobre seu conhecimento, de que na integração era dito que os trabalhadores do RJU não trabalhavam, e que os trabalhadores da EBSEH não deviam se misturar com eles, relata que:

[...] eu acredito que esta questão da separação ocorre mais acentuadamente em alguns setores. Por exemplo, na área meio eu até achava que não existia, mas recentemente eu fui chamado para intermediar um conflito, uma equipe RJU com uma equipe EBSEH. Esta informação que você me traz, porque inclusive, eu participo de uma parte da integração, e uma parte da integração, o que eu falo é aquela coisa histórica do hospital e eu nunca vi ninguém fazendo este tipo de comentário, como este que você está me trazendo que são totalmente inadequados. Porque eles seriam ofensivos inclusive a mim, se eu tivesse visto teria rebatido na hora. Mas considerando que além de você ter me falado isto outras vezes, outras pessoas também me falaram a mesma coisa. São enfermeiras RJU que passaram no concurso. Falaram que na integração se sentiram assim. Eu acho que nós temos além desse fator, um fator do posicionamento filosófico da FASUBRA que é contra a EBSEH.

O gestor III relata que enfermeiras do RJU que passaram no concurso da EBSEH disseram a ele que na integração foi dito que os trabalhadores do RJU não trabalhavam, e que os trabalhadores da EBSEH não deviam se misturar com eles. Ele ainda culpa o Sindicato dos Trabalhadores na UFES (SINTUFES) e a Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico- Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA) pela divisão dos trabalhadores devido suas posições contrárias a implantação da EBSEH. Mas nada foi feito para melhorar o ambiente de trabalho.

Tanto a FASUBRA quanto o SINTUFES e os outros sindicatos filiados defendem o SUS e entendem que as mudanças no modelo de gestão não contribuirão para melhoria do sistema, pelo contrário, aumentarão a precarização das relações de trabalho e a qualidade do ensino e da atenção à saúde. Desde 2004 estas entidades se posicionaram neste processo contra as Fundações Estatais e a EBSEH. Isto não significa que são contra os trabalhadores da EBSEH, pelo contrário, entendem que eles são também trabalhadores dos HUs e que devem se organizar no mesmo sindicato de base dos trabalhadores do RJU. Para esta organização a federação já aprovou a filiação dos trabalhadores da EBSEH no XXII Congresso Nacional da FASUBRA.

[...] fui na primeira integração e ouvi algumas coisas que eu achei que não seriam legais de se falar numa integração.... que os novos que estavam entrandoque eles iriam encontrar resistência dos servidores RJU. Achei estranho que numa integração, na recepção de novos trabalhadores, fosse dito para eles o que... não era verdade, porque todos nós trabalhadores RJU que estávamos aqui no hospital, que estamos, nós estávamos esperando, ansiosamente, que esses novos profissionais pudessem assumir e nos ajudar na caminhada da construção do HUCAM que nós sempre... idealizamos.
(Gestor IV)

Os gestores entrevistados tinham conhecimento do problema. Sobre isso, Freitas (2005, p. 3) comenta a confusão existente entre o legal e o moral:

[...] enquanto o primeiro termo se refere ao que é justo e correto, à equidade, à integridade, à honestidade, à dignidade, o segundo termo diz respeito à lei, que nem sempre é justa ou equitativa ou íntegra ou honesta ou digna. Uma ação pode ser legal e imoral ao mesmo tempo; em boa medida, as respostas organizacionais limitam-se ao âmbito do que é legal, pois é a lei que leva aos tribunais e ela comporta muitas brechas, pois o que não diz a lei não é ilegal; o aspecto moral fica a critério do fórum interior de cada um ou da opinião pública que julga o caso. Alguns exemplos (uns mais conhecidos que outros): a lei mandou o motorista passar o trator e demolir a casa da família, no entanto, ele desobedece à lei e é preso, mas estava moralmente correto, pois é injusto e desumano transformar uma casa em pó e deixar uma família sem abrigo; um governo pode aumentar os impostos dos mais pobres e dar isenções aos mais ricos - isto é legal, mas imoral! Uma empresa pode diminuir custos através da redução de sistemas de segurança de seus produtos ou usar uma propaganda que induz ao erro... em princípio isto é só imoral, será também ilegal caso haja alguma lei que discipline o assunto específico... Um chefe pode sistematicamente humilhar a sua equipe, os seus superiores sabem desse

comportamento, mas fazem de conta que isto se deve apenas ao “seu gênio temperamental”, daí não fazem nada - a omissão nesse caso não é ilegal, mas é imoral.

Os trabalhadores do Serviço Público são responsabilizados por problemas crônicos nos diversos serviços e responsabilizados por situações de nepotismo e privilégios comuns no estado brasileiro. Não bastasse esta responsabilização o trabalhador do serviço público é assediado diariamente sobre seu direito de ter um trabalho por tempo indeterminado e estável num momento em que toda a classe trabalhadora está mergulhada na incerteza. Este assédio faz com que o trabalhador desenvolva uma precariedade subjetiva (LINHART, 2014).

Linhart (2014) diz que o trabalhador não se sente em condições de cumprir os objetivos fixados, com perda de autoestima, em situação de abandono e isolamento. Tem medo de não estar à altura dos serviços. É um sentimento de desamparo, não ter a quem recorrer nos problemas graves, nem aos coletivos de trabalho, que se esgarçam com a individualização sistemática da gestão e da concorrência que também existe no serviço público.

5.1.2 Categoria 2: Trabalho

Apresentamos aqui as novas mudanças na organização do trabalho ou a maneira como as novas formas de organizar o trabalho foram introduzidos no HUCAM/EBSERH.

5.1.2.1 Processo de trabalho

Procuramos identificar como se desenvolveu o processo de trabalho, se aconteceram mudanças, e como elas impactaram na vida dos trabalhadores. A fala do Gestor I

[...] hoje a gente tem os POPs, Procedimentos Operacionais Padrão. [...] temos o grupo que regula as vagas que é o NIR (Núcleo Interno de Regulação), grupo da qualidade que são pessoas que nos ajudam muito nestes processos a montar esses processos. Hoje o leito está aqui, o paciente é regulado, o paciente vai entrar, tem que olhar para o paciente e pelo paciente e não o doutor que era o dono da enfermaria que ficava o final de semana desocupada e não podia internar porque ele era o dono do leito. Acabou, foi uma coisa boa que aconteceu, tudo isto acabou.

Uma importante decisão foi passar para a regulação do sistema de saúde todos os leitos do HUCAM/EBSERH, pois os mesmos em algumas clínicas, conforme relata o gestor I, ficava à disposição do *doutor* enquanto usuários estavam no Pronto Socorro à espera de leito. Porém, esta decisão independia da mudança de modelo de gestão e sim de uma decisão política da direção do hospital.

O Gestor II ao observar *“[...] chegaram querendo mudar tudo porque entendiam que estava tudo errado”*. Mostra que há uma divergência entre os gestores na forma de condução do processo de integração.

O Gestor III relata que:

[...] infelizmente, no hospital a gente deveria funcionar como uma siderúrgica a pessoa só começa a trabalhar depois de seis meses treinando ali, fazendo treinamento e tal. Infelizmente, a gente não tem esse tempo. Então, em algumas áreas, antes de melhorar, caiu a qualidade.”

Ainda sobre a tentativa de melhorar as condições de trabalho o Gestor III explica que: *“[...] antes tinha previsto uma capacitação, que já em 2014 que não aconteceu. Aí o hospital, com recursos próprios, fez uma capacitação em desenvolvimento gerencial, onde foi gasto em torno de 100 mil em um curso da Fundação Dom Cabral para os chefes.*

Este é mais um dado que mostra que a EBSEERH não cumpriu os compromissos com o HUCAM. Entendo ainda que pelo fato de estarmos dentro de uma universidade pública, com curso em administração respeitado, e termos uma Pró-Reitoria de Planejamento com todas as condições de realizar esta capacitação não seria necessário ter gasto este recurso.

5.1.2.2 Metas Pactuadas com o SUS

Os HUs são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde (BRASIL, 2013). Estes hospitais se vinculam ao SUS, segundo a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

A prestação de serviços remunerados ao SUS se dá na forma de contrato de metas qualitativas e quantitativas, pactuadas com o gestor público. A partir deste contrato se organiza o trabalho de assistência no hospital, que dá suporte a formação e ao desenvolvimento de tecnologia na área da saúde. Os gestores avaliam que o hospital hoje está em melhores condições de cumprir com as metas pactuadas.

O gestor I relata que:

[...] o contrato de metas, ele é feito junto aos serviços, então o serviço é que vai dizer se ele pode atender. Nós temos deficiências muitas, de material, de equipamento, eu acho que de qualidade de profissional não, mas assim, o nosso serviço não consegue atender a demanda. E muitas coisas que o hospital faz e aí no particular não faz, que é um serviço especializado caríssimo que o hospital não recebe por isto, mas ele cumpre com a meta.

O Gestor II também relata que:

[...] tinha as dificuldades no cumprimento do contrato muito por falta de pessoal, mão de obra, a gente trabalhava com terceirizado com alta rotatividade, não tínhamos contrato certinho de manutenção de equipamento, equipamento parava tomografia, ressonância, ultrassom, estas coisas que a gente tinha os contratos, parava , ficava muito tempo para consertar então a gente tinha uma deficiência e hoje parece que está melhor, o pessoal está aí contratado, concursado e tem os contratos de manutenção pelo que eu estou sabendo estão melhores, então eu acho que da condição anterior hoje a EBSERH, o hospital tem condição de atender melhor o que é contratado, mas atualmente eu não sei o que está contratado lá na Secretaria Estadual de Saúde - SESA com o gestor estadual. Só acho que a nossa condição de atender o contrato está melhor [...].

O Gestor III levanta um problema que está colocado desde quando iniciou o debate da mudança do modelo dos HUs no MEC. Como fazer ensino numa política assistencial:

[...] agora quando você coloca a gestão por metas, então, assim, nós não mexemos na grade de horários de professor nenhum. Então, quem atendia seis pacientes continuou atendendo seis. Mas, a gente precisa colocar isso numa regra, na política pública de saúde de que é a regra da regulação. E, se, aquelas seis consultas é o necessário para haver o processo ensino aprendizagem, eu acredito que a gente tem que preservar. Mas, tem outros professores como da residência, por exemplo, que eles as vezes atendem 40 porque ele coloca um médico residente em cada sala. Aí, cada residente atende dez pacientes, uma equipe com dois, três professores conseguem avaliar. Aí esses quarenta estão fora daquilo que a EBSERH ou o Ministério, a Organização Mundial de Saúde preconiza tempo de consulta e tal [...] mas que na verdade é na escala de salas. você não pode vincular a meta independente se é um ambulatório de ensino ou não. [...] depende muito, eu acho, que da gestão de cada hospital [...] não abrir mão da qualidade e do tempo necessário para essa questão do ensino aprendizagem.

A fala do gestor mostra que não existe uma proposta do MEC para a área acadêmica, apenas para a área da assistência, com a adoção do modelo gerencial. O Gestor é explicitamente contraditório. Ao mesmo tempo em que diz que precisa adequar o tempo da consulta na Política Pública, regra da regulação ele fala em preservar o ensino, que necessita um tempo maior com o paciente.

Sodré et al (2013) relata que o governo apontou para um modelo de hospital de ensino que amplia a assistência em detrimento do ensino. Reduziu-se a partir do REHUF o papel da formação do ensino e da pesquisa nos HUs.

5.1.2.3 Conflitos

São os comportamentos observáveis que exigem tomadas de providências: a briga entre funcionários, o bate-boca de pacientes com funcionários, a disputa de recursos entre unidades diferentes, às reclamações de pacientes. Os conflitos abertos os conflitos encobertos, aqueles que circulam nos bastidores, na *rádio corredor* e que não conseguem, nos sistemas de gestão mais tradicionais, ocupar a agenda da direção (CECÍLIO, 2005).

O gestor I relata que:

A EBSEH tem um salário maior que o nosso, um adicional de insalubridade muito maior que o nosso que é em cima do salário base [...] eu penso que se a gente pudesse colocar o pessoal aqui e tivesse de fato autonomia para gerenciar da forma que a gente entende este hospital e que vive seria melhor.

O Gestor III aponta também o mesmo conflito, o que mostra o quanto isto incomoda, relata que:

Insalubridade, que é uma questão assim: o Serviço Social, por exemplo, tem pessoas que recebem, tem pessoas que não recebem. Você não sabe qual é o critério da UFES. Isto é uma coisa que tinha que ser atualizada anualmente, e isto, jogaram também nas costas da EBSEH, quando na verdade é um erro histórico da gestão de pessoas da universidade. Nós inclusive, a equipe da HUCAM, fez um trabalho de dimensionamento dos riscos, e este trabalho serviu de base para definir a insalubridade do RJU, aí acentuou mais ainda está inadequação da insalubridade do RJU, serviu de base para o celetista, e os celetistas tem uma coisa que é de Lei, ele pode ganhar 10, 20, 40% e o RJU 5%, 10% e 20%”.

O conflito do salário, aliado ao conflito da insalubridade vem permeando as relações de trabalho de forma que tem causado muitos desgastes entre os trabalhadores e entre trabalhadores e gestores. Os trabalhadores da EBSEH recebem a insalubridade em valores maiores que os valores dos trabalhadores do RJU, no mesmo ambiente de trabalho. Isto implica que os trabalhadores não querem ser transferidos para setores que tem um percentual menor de insalubridade, e nem trocam de escala para cobrir um colega onde o percentual de insalubridade é maior que o dele. Existe também nesta mistura de vínculos que se soma a empresas terceirizadas, o problema de trabalhadores do RJU que não recebem a insalubridade em locais que os trabalhadores da EBSEH recebem, conforme se retrata na fala do gestor.

O Gestor III relata outro conflito que é a cessão dos trabalhadores do RJU para EBSEH, onde não há nenhuma concordância com os trabalhadores e que foi objeto do acordo do final da greve de 2013 do HUCAM. Ele relata que o trabalhador da EBSEH tem recebido uma série de benefícios que os trabalhadores do RJU não recebem

[...] e aí como não há cessão dos funcionários do RJU, eles não estão sobre a supervisão da EBSEH [...], Mas são questões que batem também na insatisfação dos trabalhadores do RJU, que tá sentindo discriminado, mais uma vez, em detrimento dos funcionários novos que entraram agora no hospital e que tão tendo um tratamento diferenciado, recebem jaleco, recebem isso, recebem aquilo, então isto tudo tem

contribuído para criar no hospital esta sensação que você traz que ela é legítima, e que nós temos que fazer ações para trabalhar (Gestor III).

A questão da cessão dos trabalhadores do RJU é tratada pelo gestor III como um conflito. Os trabalhadores do RJU lotados no HUCAM fizeram uma greve em abril\maio de 2013 para não serem cedidos a EBSEH (ANEXO B). Em 18 de dezembro de 2015 o TCU no acórdão 2.983/2015 orientou as Universidades a formalizar a cessão no prazo de 90 dias.

Após a publicação do acórdão nº 2.983/2015 a Casa Civil da Presidência da República, a EBSEH e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) solicitaram ao TCU esclarecimento quanto à cessão, se seria coletiva ou obrigatória, por meio do recurso de Embargos da Declaração. No dia 1º de março, o MEC apresentou uma proposta de minuta de Portaria para regulamentar a situação dos servidores cedidos. O TCU decidiu no acórdão nº 0436_06_16 em 2 de março de 2016, que os trabalhadores poderão ser cedidos ou não.

O TCU mesmo tendo constatado que o governo não acatou suas recomendações, não realizando concurso público para os HUs, e sim para a EBSEH, em nenhum momento toma uma posição de embargar ou não aprovar as contas destes hospitais ou das Universidades.

O Reitor da Universidade tem mantido o Acordo da greve do HUCAM de 2013 e a promessa de campanha de sua eleição em 2015 de não cessão dos trabalhadores a EBSEH, porém os trabalhadores vivem na incerteza pois o sabem o quanto é insegura a Autonomia Universitária.

5.1.3 Categoria 3: Adoecimento no Trabalho

Antunes e Praun (2015) relatam que vivemos em uma sociedade dos adoecimentos no trabalho. As transformações ocorridas nas últimas três décadas tiveram impactos profundos no mundo do trabalho, com novas estratégias de extração de mais valia relativa e absoluta. As transformações em curso vêm produzindo indicadores de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais alarmantes, mesmo que por interesses econômicos e políticos a notificações sejam muito baixas.

Pesquisas realizadas mostram que no trabalho terceirizado tem alta incidência de doenças ocupacionais e acidentes fatais com morte. Outra manifestação, bastante significativa, diz respeito aos adoecimentos com nexos laborais, sobretudo aqueles relacionados às lesões osteomusculares e transtornos mentais (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Lacaz (2007) afirma que para não adoecer no trabalho é importante identificar a nocividade do processo de trabalho e suas implicações, que são: alienação, sobrecarga e/ou subcarga, pela interação dinâmica de carga sobre os corpos que trabalham conformando um nexos biopsíquico que expressa o desgaste, que impede as potencialidades de fluir e a criatividade dos trabalhadores. O autor relata que o campo da saúde do trabalhador enfrenta três problemas centrais que são:

1. a falta de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador Intersetorial e capaz de propor linhas de ação, formas de implementação e de avaliação efetivas e adequadas às necessidades reais do conjunto dos trabalhadores;
2. a fragmentação da área de conhecimento denominada campo de saúde do trabalhador, que impede uma colaboração estratégica e orgânica com as necessidades diversificadas, complexas e cambiantes dessa população;

3. o enfraquecimento dos movimentos sociais e sindicais dificultando pressões necessária, tanto para a área acadêmica como para os sucessivos governos (ALARCON, 2014).

5.1.3.1 Insegurança

O Gestor I relata na sua fala um sofrimento e uma grande insegurança na sua tentativa de mudança com a EBSEH. É um recomeço, é um novo passo, mas é sofrido. Relata que *“[...] mas você sofre muito com este fazer diferente porque eu não tenho conseguido fazer, mas de qualquer forma você fica aqui tentando salvar uma coisa que você não sabe se tem salvação”*.

O gestor III questiona sobre o adoecimento do trabalhador. Ele questiona sobre:

“[...] o que tem por trás desse adoecimento? E ele perpassa a gestão da EBSEH, mas que sem dúvida nenhuma a entrada de uma empresa com novas formas de gestão, com quebras de área de zona de conforto, e com uma diminuição da identidade visual pode favorecer a um clima organizacional ruim e que pode até gerar um adoecimento do servidor sim”. [...] o que tem no [...] que adoece o trabalhador? Que faz ter que achar um local para ele? De certa forma acaba achando, mas estudar o processo porque adoeceu no [...], vai continuar gerando mais pessoas doentes. E tem que estudar os processos, os processos de adoecimento, item por item, pegando às vezes um caso isolado, mas vendo o que aconteceu.

A falta de uma Política de Saúde do Trabalhador em uma instituição de saúde e ensino nos parece bastante grave. Entendemos que é importante fazer um estudo para identificar as condições de trabalho, o adoecimento no local de trabalho, que é uma questão que envolve vários fatores. Existe por parte dos gestores um desconhecimento ao tratar sobre a saúde do trabalhador. A pergunta do Gestor III é muito emblemática.

O que faz adoecer o trabalhador em determinado setor? O mesmo Gestor III, ao ser questionado se os trabalhadores do RJU fazem seus exames periódicos responde:

Ah... confesso-te que não. Mas, a grande questão é que... a gente tem hoje o departamento de assistência à saúde dos trabalhadores do RJU todos eles vinculados ao Órgão central a Reitoria. Na Pró - reitoria de gestão de pessoas. Então eu não sei como que está a frequência dos exames periódicos lá.

Desde 2013 os trabalhadores do RJU não fazem exames periódicos. A UFES precisa adotar uma política de Atenção à Saúde para cuidar dos seus trabalhadores que atuam no HUCAM. Com a mudança para HUCAM/EBSERH os trabalhadores não têm mais uma referência de atendimento. A fala do gestor III acima, que trata do exame periódico mostra a distância que se estabeleceu entre o hospital e a reitoria.

A Tabela 1 mostra que o número de trabalhadores do RJU no HUCAM/EBSERH ainda é significativo e não há perspectiva de redução em curto prazo.

Tabela 1 - Servidores do HUCAM por faixa etária. Situação apurada até 31/12/2013

QUANTIDADE DE SERVIDORES POR FAIXA ETÁRIA				
Até 30 anos	De 31 a 40	De 41 a 50	De 51 a 60	Acima de 60
27	184	306	287	58

Fonte: Universidade Federal do Espírito Santo (2014)

A Tabela 2 retrata o atendimento psicológico dos trabalhadores do RJU no Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador (NASTH) do HUCAM. Este espaço de atendimento tem enfrentado uma série de problemas estruturais. A falta de profissionais é a marca central do núcleo. Um exemplo claro é que último médico do trabalho, retornou a seu órgão de origem a Secretária de Estado da Saúde.

Tabela 2 - atendimentos psicológicos no núcleo de atenção à saúde dos trabalhadores do HUCAM – NASTH 2013-2015

NASTH	2013	2014	2015
Atendimentos de primeira vez	141	203	216
Trabalhadores que necessitaram de acompanhamentos	54	62	64
Atendimentos resultantes dos acompanhamentos	266	369	404

Fonte: Ribeiro; Comelio (2016)

Estes relatórios demonstram o aumento do adoecimento dos trabalhadores do RJU que buscam atendimento no NASTH. Porém, os trabalhadores podem ser atendidos diretamente no Departamento de Atenção à Saúde (DAS), mantido pela Pró – Reitoria de Gestão de Pessoas da UFES (PROGEP) no campus de Goiabeiras que mantém um plantão psicológico no Departamento de Saúde. O NASTH conta apenas com um psicólogo para atender os trabalhadores do RJU e da CLT.

O número de trabalhadores com necessidades de atendimento psicológico possivelmente é maior por dois motivos centrais: Primeiro porque o serviço não tem como apresentar a resolutividade necessária com apenas um psicólogo e segundo porque uma parcela dos trabalhadores com o medo de ficarem estigmatizados não procuram o atendimento psicológico ou se procuram o fazem em outro local. Os dados da tabela 2 retratam apenas o número de atendimentos do HUCAM.

5.1.3.2 Desrespeito e falta de reconhecimento

Os trabalhadores do Serviço Público têm passado por um tratamento de desqualificação, de culpabilização pela queda da qualidade dos serviços e até mesmo por terem um trabalho com estabilidade que as outras pessoas não têm. O tratamento de desqualificação muitas vezes dado por políticos, executivos, intelectuais e a mídia

colocam de forma subjetiva até mesmo nos próprios trabalhadores, que seu trabalho é ruim e que não o merece.

Dejours (1999) explica que este processo se denomina inculpação pelos outros, um juízo de desaprovação, como se os trabalhadores do serviço público estivessem num paraíso, onde todo o restante da classe trabalhadora fosse proibido entrar. A partir deste processo de inculpação os trabalhadores são culpados das filas, da falta de material e equipamentos, da morte de usuários, fatos comuns veiculados diariamente na mídia. O autor relata ainda que a mentira consiste em produzir práticas discursivas que vão ocupar o espaço vago deixado pelo silêncio dos trabalhadores. A mentira consiste em descrever a produção a partir dos resultados e não a partir das atividades das quais eles são decorrentes, ou seja, como chegamos aos resultados, que condições estavam colocadas para chegar ao resultado. A prática comum de avaliar o serviço público.

O gestor II afirma que:

Houve uma grande falta de respeito para os que estavam aqui há 20 anos, 15 anos, 10 anos desenvolvendo certa atividade com um grau de experiência muito bom, tudo bem que o que ele desenvolvia era com um grau de dificuldade muito grande por causa das condições precárias, por falta de investimento [...] mas a gente pode imaginar que não era muito fácil. [...] o que eu sentia é que eles achavam que quem estava aqui no hospital trabalhou para acontecer esta crise, o desmantelamento, esta condição precária do hospital, quem entrou parece que apontava a gente como culpado dessa condição que se encontrava o hospital porque simplesmente não conheciam a história, não conheciam a sua história neste hospital e nem as condições externas que fizeram o hospital chegar nesta condição.

A desqualificação dos trabalhadores do RJU foi pública. A fala a seguir do Gestor III não minimiza o problema.

O Gestor III relata que na mudança do Organograma “*Existiram crises e essas crises que tivemos de troca de pessoal da Excelence por concurso e tal, elas seriam difíceis em qualquer ambiente, mas pode ter deixado uma ou outra pessoa injustiçada pra trás [...]*”

Não se trata de reconhecer nenhum trabalhador como herói, pois não estamos discutindo histórias em quadrinhos, mas, uma difícil relação de trabalho baseada na desqualificação do trabalho e do trabalhador do Serviço Público.

5.1.3.3 Exclusão

Com a transformação do HUCAM em HUCAM/EBSERH houve um processo de exclusão que se iniciou com a imagem, parte importante da identidade do hospital. A imagem construída do HUCAM por todos estes anos foi diminuída, quando não era trocada pela da EBSEH nos papéis timbrados, nos computadores, nos laudos de exames, em todos os materiais que antes identificavam o hospital (ANEXO C). Para que o timbre do HUCAM retornasse em parte do material como era antes foi feito um movimento dos trabalhadores técnico-administrativos junto à reitoria. O Gestor III afirma que:

[...] evidentemente como qualquer empresa ela quer definir a sua logomarca. A logomarca da EBSEH por algumas questões ela vem entrando é [...] no hospital, ela entrou no hospital de uma forma inadequada porque receituário eu não sei como ela apareceu lá com a marca grande da EBSEH a logomarca. Algumas questões elas são assim é [...] é questão de é [...] de uma série de gestão pode ter dito erro minha gestão local e gestão da visão da EBSEH em relação a isso”. A retirada da identidade visual do hospital contribui para a perda da identidade dos trabalhadores do RJU que não se identificam na sua grande maioria como trabalhadores do HUCAM EBSEH.

O gestor III aponta outro problema que é a exclusão do hospital da própria universidade. Conforme relata:

[...] curiosamente nesse erro de comunicação até mesmo da própria Universidade a gente recebe documento vindo da Universidade dizendo assim: isso aí é a EBSEH que tem que resolver quando na verdade o HUCAM-UFES que é como o HUCAM é identificado pela própria EBSEH, ele continua sendo uma autarquia da Universidade Federal do Espírito Santo.

O processo de exclusão faz parte deste modelo de gestão, onde os instrumentos de gestão não são neutros, contrariamente ao que dizem e o que relatam a maioria dos manuais que os apresenta como técnicas a serviço de uma abordagem racional da realidade. Estes modelos são construídos sobre pressupostos raramente explicitados, lógicas implícitas que se impõe por meio de regras, de procedimentos, de indicadores que se aplicam sem que haja possibilidade de discutir sua pertinência (GAULEJAC, 2007).

O Gestor II relata que:

[...] muitos foram afastados, eu acho que é justamente pelas pessoas que estavam comandando o processo não conhecer e nem querer saber da experiência que as pessoas tinham aqui, ou vir com a ideia que as pessoas trabalharam errado até agora e os processos como eram processos de mudança tinham que ter coisas novas. A gente estava sendo considerada coisa velha resistente a mudança, retrógrada.[...] o que a gente viu foram pessoas com muita experiência em uma certa área que foram afastadas, para dar lugar a pessoas que vieram de fora que não conheciam nada do processo interno do hospital e isto criou muita frustração e dificuldade que as consequências foram um retardamento no avanço das coisas.

Foram contratados gestores de fora do hospital e da UFES, que não conheciam a realidade e que pensaram que poderiam mudar a qualidade da atenção à saúde que não dependia apenas do trabalhador. Mostra também que a posição da gestão nunca foi unânime.

5.2 A FALA DOS TRABALHADORES

Ao nos depararmos com a fala de cada trabalhador ou trabalhadora, sentimos o quanto foi desgastante a chegada deste novo modelo. Estes primeiros quatro anos de implantação da EBSEH é ainda o que permeia o ambiente até os dias atuais.

O trabalho proporciona vivências de prazer e sofrimento que coexistem entre si. A preponderância varia de uma sobre a outra e vai depender dos diferentes momentos. O prazer é vivenciado quando são experimentados sentimentos de valorização e reconhecimento no trabalho, sofrimento é vivenciado quando é experimentado o desgaste em relação ao trabalho que vem na forma de desânimo e descontentamento. Já o sofrimento, é o limite entre a saúde e a doença e é visto como um processo dinâmico vinculado à organização do trabalho (DEJOURS, 1999).

As obrigações do trabalho e os recursos mentais emitidos frente a essas exigências resultam na carga mental do trabalho. Logo, o desequilíbrio entre esses dois itens pode levar sofrimento, tanto por sobrecarga mental quanto por subcarga mental, e, se esta situação não for interrompida, pode levar ao adoecimento. A natureza humana é propensa a enfrentar desafios. Desta maneira, o sofrimento pode ser fonte de descobertas e criações interessantes. O maior desafio é encontrar nos ambientes de trabalho condições em que o sofrimento consiga ser transformado em proveito tanto para o trabalhador e como para a organização (TRAESEL, MERLO, 2014).

5.2.1 Categoria 1: Consolidação da EBSEH no HUCAM

Abordamos aqui o processo de implantação que os trabalhadores vivenciaram neste período, a forma como foi conduzido e de que perceberam as mudanças no ambiente de trabalho.

5.2.1.1 Implantação

Os trabalhadores relatam que a implantação da EBSE RH no HUCAM foi um momento de muito desgaste e difícil para todos.

Trabalhador I relata ter sido:

[...] um processo bastante desgastante desde o início quando começou a surgir todo assunto da EBSE RH. Quando surgiu que ela iria assumir o hospital foi um dos impactos mais profundos que eu como profissional senti. As coisas têm sido muito impostas, os profissionais não têm sido escutados, muito ouvidos, diante de todo processo que vem acontecendo, eu muitas vezes, me sinto desrespeitada enquanto servidora que tanto batalhei.

O trabalhador II afirma que: *“[...] o processo no início foi muito difícil para mim, pois eu percebia discussões no corredor meio às escondidas e eu não era esclarecido neste primeiro momento”*. O trabalhador III relata que: *“[...] foi autoritário, não houve alguma participação da comunidade do HUCAM, poucos estiveram envolvidos neste processo.”* Já o trabalhador IV diz que: *“[...] foi um processo assim muito (...) muito de cima para baixo, não teve a participação da gente. É como se a gente não tivesse existido no processo.”*

O trabalhador V diz que:

A instituição [...] é para dar conta de implementar um projeto político e este projeto político para ser implementado tem que ser pela via do autoritarismo. Se não for por esta via eles não vão conseguir implementar. E aí o que eles fazem, eles pegam focos, focos que eles consideram de não concordância e começam a falar que as pessoas são resistentes, são pessoas resistentes. Então, sinal de que todo mundo tem que ser bem

maleável para poder dar conta de aceitar o projeto político que está vindo aí e é um projeto político que a gente não tem claro qual é.

Os trabalhadores relatam o processo autoritário e antidemocrático que vivenciaram neste período e isto contribuiu de diversas formas para que eles se sintam estranhos ao ambiente de trabalho. Porém alguns deles esperavam que este processo trouxesse benefícios para o HUCAM, porém tiveram suas expectativas frustradas.

O trabalhador VI ao abordar percepção da implantação da EBSEH que:

[...] foi uma política do MEC e do MS de criar a EBSEH que teve vantagens e desvantagens, minha percepção é esta assim ... Tem aspectos que são positivos, tem aspectos que são delicados. Historicamente havia uma defasagem de pessoal aqui no HUCAM e também uma dificuldade de investimento no hospital e de recursos financeiros. A EBSEH, esta política federal, veio com força maior, para a gente, não tem nenhum espaço de negociação, foi complicado a implantação, o processo que a gente passou, um processo delicado para os trabalhadores [...].

O trabalhador VII relata que:

[...] disseram que veio para melhorar, mas na realidade não tem nada melhor, pelo que a gente vê é um caos, está o caos, pelo que a gente anda dentro do hospital tudo sucateado, falta medicação, a poucos dias atrás faltava Atrovent® para nebulizar o paciente, você acredita? Ruim isso.

A trabalhadora X afirma que:

[...] em alguns momentos em todas as reuniões que a gente ia, a gente pensava que ia ser a solução porque entrava ano, saía ano a gente tinha problema com recursos humanos e uma rotatividade muito grande, então a EBSEH a gente pensou que era algo muito bom. Mas é uma situação muito ruim, extremamente autoritária.

Dejours (2004, 2015) afirma que quando a liberdade do trabalhador diminui, quando ele perde o poder de iniciativa e criatividade diante de seu trabalho, ou seja, diante de uma gestão autoritária, a sua relação com esta gestão é bloqueada, pois o trabalhador ao perder sua relação principal com o trabalho, que é a criatividade, entra em sofrimento mental, gerando alienação e sofrimento físico. Assim, estas mudanças de gestão ocorridas no HUCAM foram colocadas para os trabalhadores, as situações de violência e assédios de diversas formas, dentre eles o assédio organizacional e moral, onde todos os trabalhadores estão expostos.

5.2.1.2 Principais Mudanças

A percepção dos trabalhadores do RJU ao relatarem sobre as principais mudanças foi uma percepção de que o benefício foi o aumento do número de trabalhadores na assistência. Também relatam sobre o aumento da burocracia com um número infindável de papéis a serem preenchidos. Além disso, o autoritarismo está sempre presente, o individualismo e a insegurança crescente no processo e nas relações de trabalho impedem um trabalho prazeroso e saudável.

O trabalhador II relata que *“[...] ter um número maior de pessoal eu acho que o paciente se beneficiou disto, a assistência, talvez a grande evolução que a EBSEH nos proporcionou neste primeiro momento foi o número de funcionários.”* O trabalhador VI também afirma que: *“O que a gente percebeu sem dúvida nenhuma é que aumentou o número de funcionários da EBSEH[...]”*.

O trabalhador VIII amplia suas percepções quando relata que:

“[...] trouxe vantagens quando pode contratar de forma muito rápida um contingente muito grande de profissionais, isto foi positivo, a gente ter também reformas acontecendo, parque tecnológico... equipamentos novos, isto a gente vê chegando de uma forma muito mais rápida do que eu fosse imaginar.”

Trabalhador II diz que: *“Eu não sei o custo benefício disto [...] já deu uma amenizada é o número de pessoal [...]”* e o Trabalhador III afirma que: *“Na verdade não acho necessária a implantação de uma empresa pública de direito privado, num hospital público que presta assistência a atua na formação de profissionais na área da saúde. Já tínhamos um Hospital Universitário melhor organizado do que está agora”*.

A percepção dos trabalhadores é que a contratação realizada pela EBSERH foi importante para assistência ao paciente, mas questionam a necessidade da mudança do vínculo empregatício e o custo benefício desta mudança.

As percepções do autoritarismo e do individualismo também aparecem como mudanças principais que foram resultados da nova organização do trabalho. O trabalhador V aponta que *“A principal mudança foi o individualismo que acabou imperando na equipe mesmo. Eu mesmo tomei a atitude de cuidar do meu, fui cuidar do meu quinhão porque a gente estava adoecendo aqui dentro”* e o trabalhador VI relata que *“[...] você não tem mais aquela liberdade, aquela alegria de trabalhar [...]. A mudança é que não é mais como era. Antes toda produção era feita e com alegria, a gente se esforçava, nossa... corria, fazia as coisas para adiantar e não deixar nada. Eu, pelo menos eu.”*

5.2.1.3 Processo de (Des)integração

A chegada dos trabalhadores da EBSERH foi marcada por uma série de conflitos entre eles e os trabalhadores do RJU. As relações de trabalho no HUCAM são agora estabelecidas por verdadeiras disputas por espaço e por mérito que transformam o local de trabalho em um lugar adoecedor.

A percepção dos trabalhadores do RJU foi que a direção do HUCAM/EBSERH teve responsabilidade no processo des(in)tegração. O trabalhador III relata ter percebido:

Que a direção do HUCAM provocou um processo que desencadeou vários conflitos entre os funcionários da EBSEH e do RJU, causando muitas hostilidades entre os mesmos e com isto tem prejudicado o bom desempenho do serviço e levado a má qualidade do mesmo.

O trabalhador V diz que: *“Foi vendida esta ideia na formação de quem estava entrando [...] que nós do RJU não trabalhávamos”.*

A desqualificação também foi sentida por outros trabalhadores. O trabalhador VIII afirma que:

No processo de integração por causa deste discurso de falar que o pessoal da EBSEH seria a salvação e que os trabalhadores do HUCAM não queriam trabalhar e não trabalhavam, isto gerou uma situação delicadíssima para a gente que até hoje afeta nosso trabalho que é esse conflito de EBSEH versus servidores da UFES.

Este pensamento continua com Trabalhador IV relatando que:

Não houve integração, para mim não teve [...]. O processo de integração foi de desintegração, pois deixaram bem claro para eles que a gente estava aqui, mas que não era para eles seguirem o nosso modo de trabalhar então quer dizer que não houve integração [...] então há um separatismo muito grande e isto acontece porque não teve integração.

As novas relações de trabalho instituídas no HUCAM/EBSEH foram construídas na negação do outro e se sustentam em relações de autoritarismo, intolerância e desconfiança, indiferença e intimidações, o que aumenta as exigências afetivas. Neste contexto as relações interpessoais não podem gerar alegria e respeito mútuo muito menos proporcionar qualidade de vida, autonomia e criatividade. Com isto, aparece a infelicidade, doenças, submissão, passividade e impotência para refletir. Por isto, as relações de trabalho geram insatisfação, estafa, doenças e sofrimento o que conduz ao

estranhamento de si e outros processos sociais do trabalho (HELOANI; BARRETO, 2013).

Esta confusão entre público e privado no Serviço Público, faz com que os trabalhadores fiquem subjugados a cultura de *minimização* da importância do papel do trabalhador do serviço público, que se sintam descolado da sua condição de classe trabalhadora e bem como não consiga se enxergar como instrumento da efetivação de políticas e direitos sociais (VALLE; LEITE, 2015). Assim, as autoras relatam que fenômenos como o assédio moral, a depressão e a síndrome de *Burnout*, caracterizada por um esgotamento mental e físico no local de trabalho, são (também) produtos da nova organização do mundo do trabalho. Isto porque as sensações humanas devem ser compreendidas como um vínculo direto entre estas *novas* expressões de um adoecimento social e o processo de precarização/intensificação do trabalho.

O trabalhador IV fala do passado e afirma:

Quando eu entrei aqui nesse hospital as pessoas trabalhavam com mais alegria, eu lembro [...] gente trabalhava lá no hospital, a gente ria, brincava, a gente trabalhava junto. Agora a gente não vê isto mais, não tem alegria, está todo mundo triste, todo mundo vem trabalhar assim... parece que está indo para um campo de guerra. Porque a gente realmente trabalhava numa linha horizontal onde a gente optava, onde a gente opinava, onde a gente conversava, a gente discutia e hoje não é mais assim [...]. o RJU que está aqui batalhou esses anos todos mas agora a gente está com déficit de pessoal, a gente quer que vocês somem, a gente quer trabalhar juntos, se tivesse sido dessa forma o reflexo ia ser muito diferente.

Sobre as reuniões de acolhida e integração dos novos trabalhadores da EBSERH, o trabalhador V afirma que:

As reuniões eram altamente conflituosas e eu acho também o que talvez tenha feito este conflito muito grande é a possibilidade que eu acho que é a possibilidade irreal de

algumas pessoas da equipe ter algum cargo na chefia e isso fez com que o clima se acirrasse mais porque de certa forma as pessoas meio que se vendem e assim enfim.

5.2.1.4 Metas Pactuadas pelo SUS

Sennett (1999) afirma que a incerteza e a instabilidade, sempre estiveram presentes na história humana, elas estão entremeadas na prática de um vigoroso capitalismo. A grande diferença é que nos dias atuais estas tensões estão presentes sem precisar que aconteça alguma tragédia para elas aflorarem. Esta situação de tensão, desperta nos trabalhadores um sentimento de deriva, que se expressa na falta de perspectiva em relação ao futuro e falta de objetivo e propósito em relação ao presente. Esta nova realidade corrói o caráter do trabalhador, retira dele, sobretudo as qualidades que o ligam a outros seres humanos, ou seja, que ligam os seres humanos uns aos outros e dão a cada um deles uma identidade sólida.

O trabalhador X fala sobre o processo de integração entre os trabalhadores do RJU e da EBSEH e diz:

Não houve, hoje o que existe é uma divisão [...]. Eles não se misturam e nem a UFES também quer se misturar porque os trabalhadores da UFES foram massacrados, eu atribuo isto a como foi feito todo este processo admissional [...]. Não era isto que a gente esperava da EBSEH, esperava um crescimento em conjunto. Hoje tem divisão de águas dentro da instituição e isto é muito ruim.

As Tabelas 3 e 4 mostram o número de trabalhadores e a produção do HUCAM e do HUCAM/EBSEH entre os anos de 2012 a 2015.

Tabela 3 - Número de trabalhadores do HUCAM 2012-2015 por vínculo de trabalho

TRABALHADORES	2012	2013	2014	2015
UFES	896	828	786	737
Outros vínculos públicos	112	92	140	88
EBSERH	-	-	652	861
Terceirizados	647	740	444*	489*
TOTAL	1655	1660	2022	2175

* Números aproximados

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 4 - Mapa de produção de assistência no HUCAM entre 2012-2015

ATENDIMENTOS NO HUCAM	2012	2013	2014	2015
Consultas	173.083	191.819	165.296	180.910
Internação	8.671	9.667	9.033	10.731
Média de leitos disponíveis	220	246,7	239	218

Fonte: Universidade Federal do Espírito Santo (2013, 2014, 2015, 2016a)

Analisando as Tabelas 3 e 4, observamos que:

- 1- Os discursos que os trabalhadores do RJU não trabalham não são verdadeiros. Existe praticamente a mesma produção assistencial entre 2012 a 2015, com redução dos trabalhadores do RJU e com a substituição da maioria dos trabalhadores terceirizados por celetistas da EBSEH.

A EBSEH não cumpriu todas as promessas conforme pode ser observar em seus documentos (BRASIL, 2013).

- 2- A estrutura do hospital é praticamente a mesma, como não existiu uma ampliação na estrutura, como o número de consultórios, leitos, leitos de CTI, etc, não tem como aumentar a produção.

- 3- Numa estrutura precária, com condições de trabalho precário e falta de material constante, a contratação apenas de pessoal não será solução para o problema.

5.2.2 Categoria 2: Trabalho

Procuramos identificar as modificações ocorridas nos processos de trabalho a partir da implantação da EBSEH, de que forma se deram estas mudanças, e como elas impactaram na vida dos trabalhadores.

5.2.2.1 Processo de trabalho

Aqui é necessário resgatar conceitos importantes nos quais ainda se confundem os trabalhadores. Marx (2012) afirma que o processo de trabalho se realiza com os meios de trabalho já elaborados, que é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si e o objeto de trabalho e lhe serve para realizar sua atividade sobre este objeto. Entendemos organização do trabalho como "[...] a especificação do conteúdo, métodos e inter-relações entre os cargos, de modo a satisfazer os requisitos organizacionais e tecnológicos, assim como os requisitos sociais e individuais do ocupante do cargo" (DAVIS apud FLEURY, 2009, p. 19).

Merhy e Franco (2010) relatam que a produção do trabalho em saúde é dependente do trabalho humano em ato, configurado no trabalho vivo e na sua micropolítica, ou seja, o trabalho no exato momento da sua atividade criativa, na construção dos produtos através dos quais se realiza, ali. Nesse momento, que é um processo essencialmente relacional, entre alguém e outros. Nessa relação há uma lógica instrumental operando, mas, sobretudo há, em potência, nos espaços relacionais, virtualidades em acontecimentos, como atos de fala e escuta toques e olhares, que são constitutivos

desse processo de trabalho que produz o cuidado e nessa relação os sujeitos se encontram e fazem em conjunto a produção de saúde.

O trabalho é considerado como elemento fundamental na construção do ser humano, agindo como um balizador entre o inconsciente e o consciente, entre o particular e o coletivo. O modo como se organiza o trabalho pode determinar se ele é nocivo ou não. Para que o trabalho não adoença é necessário que novas concepções de organização do trabalho devem ser encontradas e serem estabelecidos compromissos para uma evolução e transformação que mudam desde as instalações físicas da instituição até as relações de trabalho. Tal organização é uma relação social, um compromisso entre as metas a serem atingidas, os procedimentos e as dificuldades reais para a execução do labor (MARTINS; ROBOZZI; BROBROFF, 2010).

Dejours (2004) avalia que o trabalho também é capaz tanto do ponto de vista da saúde individual como do ponto de vista político de proporcionar o melhor. Muitas mulheres e muitos homens estão, graças ao trabalho, em melhor estado de saúde mental do que estariam caso não trabalhassem. O trabalho pode ser um mediador de emancipação e não apenas de alienação. É por conta do trabalho que as mulheres se emancipam da dominação exercida pelo homem.

As novas mudanças na *organização do trabalho* ou a maneira como as *novas* formas de organizar o trabalho foram introduzidos no HUCAM/EBSERH, trouxeram problemas para os trabalhadores do RJU. O trabalhador I relata que

No nosso caso, principalmente, muita gente nova entrou sem qualificação. Tiraram pessoas de vinte anos que faziam aquilo com brilhante desempenho [...]. Hoje em dia tem mais profissionais para fazer a mesma coisa que era feita com menos e eu não sei até que ponto com uma qualidade melhor [...] meu processo de trabalho continuou o mesmo.

O trabalhador II ao falar sobre seu processo de trabalho relata que

O processo de trabalho tem acontecido na minha visão de forma meio excludente [...]. Eu percebo que um grupo é, eu enquanto UFES eu percebo que tem uma tentativa de tentar diminuir a participação do RJU nas tomadas de decisões, nas decisões coletivas, então os processos de trabalho para mim já começam a não me representar, então eu me sinto mal com esta não participação da implantação desses novos processos de trabalho.

Chiavegato Filho e Navarro (2013) ao escreverem sobre Organização de Trabalho em Saúde relatam que entre os desafios e problemas que surgem para a gestão do trabalho em saúde no ambiente da globalização e do neoliberalismo, bem como das condições de trabalho estão: a complexidade da coexistência de regimes de trabalho diferentes para mesmas categorias ocupacionais semelhantes, maior flexibilidade nas condições de trabalho e baixa taxa de participação dos trabalhadores nos postos de tomada de decisão, isso está colocado na fala do trabalhador IX que ao descrever seu trabalho diz: *“[...] houve um afastamento nas decisões, no compartilhamento das decisões, planejamento, um distanciamento muito grande e perigoso para o setor e a gente teve que criar estratégias e ter muita calma para manter nosso trabalho [...]”*

Os trabalhadores apontam as dificuldades de se manterem nos setores, de manter inclusive o próprio setor de trabalho funcionando. Relatam situações que adoecem. O descaso, a falta de autonomia, a necessidade de se manter no trabalho, a falta de reconhecimento, entre outras coisas que estão colocados mais subjetivamente.

A fala do trabalhador III na entrevista vem carregada de indiferença e desprezo, sentimento demonstrado de quem não acredita nas mudanças que estão sendo divulgadas pela direção da empresa. O trabalhador III relata que *“[...] continuo trabalhando da mesma forma [...]. O que tem é muita propaganda, POPs (Procedimento Operário Padrão) que já tínhamos e um colegiado Gestor implantado no [...] que é apenas de fachada. Eu não conheço o contrato de metas”*.

Gaulejac (2007) relata que os instrumentos de gestão não são neutros. Eles são construídos sobre pressupostos raramente explicitados, lógicas implícitas que se impõe

por meio de regras, de procedimentos e de indicadores que se aplicam sem que se possa discutir sua pertinência. As decisões da empresa se legitimam diariamente a partir destes indicadores que se tornam indiscutíveis. Os elementos do mundo gerencial permitem tornar públicos os resultados de cada um, produzir comparações entre os trabalhadores e introduzem uma aparência de objetividade em um mundo de concorrência e de contradições. Ela própria seria uma ideologia que legitima a mercantilização do ser humano, transformando-o em *capital que convém tornar produtivo*.

Supõe-se que a experiência humana possa ser traduzida em cálculo. Os índices e os indicadores meritocráticos converteram o ser humano em fator econômico equivalente à matéria-prima e às ferramentas de produção. A objetividade numérica travestida de neutralidade emula uma circunstância igualitária de avaliação, na qual todos possuem as mesmas chances e são tratados da mesma maneira. Porém, a finalidade máxima de lucro prepondera sobre o valor imaterial intrínseco à vida humana. Os indicadores são instrumentos objetivos que escondem a irracionalidade das metas irrealistas e a arbitrariedade das regras empresariais, pois à liberalização total do capital corresponde uma desregulamentação do trabalho (GAULEJAC, 2007, p. 58).

De acordo com Dejourns (2004) os métodos já conhecidos como o Taylorismo foi substituído por um novo método, *a avaliação individualizada dos desempenhos* com suas diferentes e múltiplas variantes: entrevistas de avaliação, auditagens internas e externas, contratos individualizados de objetivos, gestão por objetivos, balanço de competências, centro de resultados, autocontrole e auto avaliação, entre outros.

A EBSERH implementa seu processo de avaliação a partir da Norma Operacional N° 1 de 7 de abril de 2015, Art. 1º - estabelece os princípios norteadores e regulamenta o processo de gestão do desempenho por competências do colaborador da EBSERH, com o objetivo de atuar como instrumento para o alcance e cumprimento da missão da Empresa, mediante o acompanhamento do desempenho dos colaboradores e da observação das competências que são expressas no trabalho (BRASIL, 2015).

Antunes (2013) relata que com desenvolvimento do mundo do trabalho, as novas modalidades de gestão e a qualidade total, o fruto de todo trabalho é colocado a crédito da gestão em detrimento do trabalhador, como se todo o trabalho morto (máquinas) não necessitasse de trabalho vivo (trabalhador).

O trabalhador X relata que em seu local de trabalho “[...] os processos de trabalho mudaram todos. As pessoas que exercem cargos de chefia, eles mandam, ou você obedece ou eles te coagem para que você aceite. E além de tudo tem pessoas nestes cargos que desconhecem o próprio serviço que está sendo executado”.

Com a implantação da EBSEERH foi colocado no cenário à produção e a contratualização do HUCAM por metas. A relação do hospital com o SUS antes da EBSEERH ocorria a partir da contratualização do hospital com o gestor da saúde, onde se estabeleciam as metas a serem cumpridas e os recursos que o hospital receberia por esta produção. Com a implantação da EBSEERH a situação continua da mesma forma, onde nada foi alterado.

O que nos leva a destacar este conteúdo é o impacto que tem o discurso PRODUÇÃO X METAS como se fosse algo novo que os trabalhadores do RJU nunca tivessem como cumprir, que nunca tivessem cumprido. O vazio deste discurso está na postura dos gestores, tanto dos antigos quanto dos atuais, que não apresentavam e não apresentam aos trabalhadores as metas pactuadas, pois não reconhecem o trabalho de quem cotidianamente produziu e construiu o HUCAM. Os contratos de metas foram estabelecidos a partir da Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1000 de 15 de abril de 2004 que certificou os HUs para realizar as contratações com os Gestores Estaduais. Os trabalhadores que antes não conheciam o contrato por metas continuam sem conhecer. Com exceção de um trabalhador que conhecia um pouco o contrato de metas, os demais trabalhadores não sabem o que precisam e nem quanto precisam produzir para os usuários de forma que ele tenha um atendimento de qualidade e o hospital receba toda sua produção.

O trabalhador III relata que “Não conheço o contrato de metas”. O trabalhador IV também afirma que “Não, não conheço. O trabalhador IX diz que “Aqui houve, muita exigência, muita, e tem que ter metas, tem que cumprir metas, X metas”. Mas o processo de trabalho é a mesma coisa, mas só que agora é mais serviço ainda. Cobrança, muita cobrança. Não conheço o contrato de metas”.

Os trabalhadores têm a responsabilidade pela produção do hospital. Toda cobrança é feita a eles. O sucesso ou o fracasso é sempre da responsabilidade deles, porém na maioria das vezes não sabem qual é o contrato que o hospital tem com o SUS, não sabem como os recursos chegam ao hospital. Não sabem que o que fazem tem um retorno financeiro para instituição, e isto poderia ser mais um fator motivador, significa o seu trabalho, que dá significado em sua vida.

Dejours (1999) explica que o trabalhador que não goza dos benefícios do reconhecimento do seu trabalho, não alcança o sentido da sua relação com o trabalho, é levado a um círculo de sofrimento absurdo, vicioso e desestruturante, capaz de desestabilizar a sua identidade, personalidade e levar a doença mental.

Os problemas no processo de trabalho são muitos e implicam na assistência. O autoritarismo implica no sofrimento mental do trabalhador. I relata que:

Muitas vezes você acha que aquilo não é o melhor para a assistência ou para o profissional ou para a assistência, para o paciente ou para a família ou de uma forma toda para o processo de trabalho, só que a gente não tem tido esta escuta, só ouve o faça, só que isto está vindo de uma forma muito autoritária.

Isto reflete um problema no trabalho em equipe, onde os profissionais não são escutados, e onde não há trabalho em equipe.

Este fato que eu sou enfermeira, mas eu não sou mais responsável pela equipe de enfermagem, se [...] quer trocar o plantão eu só posso dar o ciente e o de acordo, mas quem autoriza não sou eu, é o médico chefe, que não sabe nem onde aquele servidor trabalha. Então acabou com a nossa autonomia. Eu não vou me sujeitar mais a ficar correndo atrás de médico para pegar assinatura de uma troca de plantão, uma alteração de férias, tudo coisas que nós estudamos para isto. Para que eu fiz uma faculdade? (Trabalhador IV)

Dejours (1999) afirma que outra causa frequente de sofrimento no trabalho surge quando o trabalhador sabe o que deve ser feito e não pode fazê-lo porque o impedem as pressões sociais do trabalho. O autor relata também que nas tarefas de execução de seu trabalho, o trabalhador se vê constrangido por métodos e regulamentos incompatíveis entre si.

Os casos dos trabalhadores I e IV são distintos entre si, mas tem a mesma consequência, ambos têm problemas para executar o seu trabalho. O caso do trabalhador I se vê além do sofrimento embutido na fala, uma perda de autonomia de sua profissão, pois não há uma escuta e não consegue intervir na organização do trabalho da forma como acha que deveria. Já com o trabalhador IV existe um ataque, um desrespeito à legislação da profissão da enfermagem.

5.2.2.3 Conflitos

Dejours (1999) ao relatar sobre o sofrimento no trabalho mostra que ele surge também quando o ambiente social é ruim, muito ruim, cada um trabalha por si, enquanto todos sonegam informações prejudicando a cooperação entre os trabalhadores.

O trabalhador IV relata

Eu ouvi esta semana da direção que sente muito e que tem que encaminhar o paciente para o PA (Pronto Atendimento) do município, mas olha só, o paciente operou aqui, teve alta, dois dias após a alta ele se sente mal, retorna ao serviço e a gente vai encaminhar o paciente para o PA (Pronto Atendimento)? Quando a gente opera o paciente a gente assume a responsabilidade pelo paciente e aí depois de 3, 4, 5 dias a gente manda para o PA? Não entra na minha cabeça”.

Esta impotência diante de um paciente que necessita de cuidados leva o trabalhador ao sofrimento.

O trabalhador V relata que a EBSERH

Cria um conflito de separatismo mesmo e na realidade acabou rompendo as outras relações que a gente tem entre nós da própria profissão. Houve um racha completo aqui no [...] e é triste isso né, e laços afetivos que a gente tinha entre as pessoas. Nós saíamos juntas, fazia programações juntas, hoje em dia não existe mais isto. [...]. E as reuniões eram altamente conflituosas e eu acho também o que talvez tenha feito este conflito muito grande é a possibilidade que eu acho que é a possibilidade irreal de algumas pessoas da equipe ter algum cargo na chefia e isso fez com que o clima se acirrasse mais porque de uma certa forma as pessoas meio que se vendem e assim enfim.

Heloani e Barreto (2013) relatam que atualmente neste mundo do trabalho que se consolida no século XXI, há uma corrosão de caráter, ou seja, a identidade que construída a partir do trabalho, fragmentou-se. Apesar do discurso para agirem em equipe, para formarem um time, a prática revela que é cada um por si e que laços de solidariedade, compromisso, amizade, companheirismo foram substituídos por descompromisso, competitividade e indiferença com o sentimento do outro.

Dejours (2004) afirma que a proteção da saúde mental não depende apenas do talento de cada indivíduo, que explicita suas defesas maleáveis e eficientes, essa proteção passa ainda pelas estratégias coletivas de defesa, que tem papel importantíssimo nas capacidades de cada um na resistência ao sofrimento. Segundo o autor, as novas patologias relacionadas ao trabalho, são antes de tudo, patologias da solidão. O mesmo diz também que o desaparecimento dos laços de solidariedade desapareceu até nos espaços públicos, com uma despolitização global. Todas as formas clássicas de solidariedade estão em processo de desestruturação e não apenas as estratégias de defesa coletiva. Diante dos constrangimentos do trabalho, todos se encontram cada dia psicologicamente mais só e diante da perseguição não há mais solidariedade. E quando se está só, abandonado pelos demais, é muito mais difícil suportar a injustiça.

5.2.3 Categoria 3: Adoecimento no Trabalho

Tratamos aqui o impacto da implantação da EBSE RH na saúde dos trabalhadores do HUCAM. Hoje o modismo gerencial que domina o serviço público tem aumentado o adoecimento sendo comum o medo, ansiedade e a insegurança, comodamente chamada de stress.

5.2.3.1 Insegurança

Merhy (2007) ao discutir a micropolítica do processo de trabalho descreve que não cabe o sentimento de impotência no trabalho, pois o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, porque ele pode ser sempre *atravessado* por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Mas não se pode desconhecer que isso pode ocorrer nos momentos em que se abrem fissuras institucionais e em que a lógica estruturada da produção, bem como o seu sentido, são postos em xeque, incluindo a própria maneira como está sendo gerida pelos trabalhos vivos precedentes, que se cristalizam, aliás, na potência do trabalhador.

O trabalhador II relata que:

[...] somos ignorados e isto faz com que a gente não tenha mais expectativas de ter uma carreira. Eu investi toda minha vida profissional aqui. A gente vai sabendo o que fazer na hora de fazer. Nada do que fizemos foi aproveitado. [...] A impressão que dá é que a qualquer momento que esta equipe estiver estruturada com o pessoal da EBSE RH eu vou ser alijado do processo [...].

Em um universo de trabalho em que o sentimento de insegurança está presente no cotidiano dos trabalhadores, é preciso reconhecer que este ambiente é adoecedor. A

insegurança leva o trabalhador aos problemas de saúde mental como ansiedade, depressão, angústia, fadiga, insatisfação, entre outros (CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2013). A mesma insegurança se retrata na fala do trabalhador III que relata:

[...] a gente nunca sabe todas as informações, cada dia tem uma novidade e isto desencadeia um processo de stress não só em mim, mas em todos nós. Aqui hoje as pessoas tem medo até de responder um questionário mesmo tendo estabilidade de emprego.

Linhart (2014) ao discutir a precariedade subjetiva dos trabalhadores assalariados estáveis, questiona se estes trabalhadores que possuem um trabalho estável com contrato por tempo indeterminado em comparação com a massa crescente de assalariados mergulhados na incerteza, sem poder projetar o futuro, não seriam privilegiados? Segundo a autora, mesmo entre estes trabalhadores encontramos a precariedade subjetiva, que é a perda da autonomia no trabalho, a perda da autoestima que está ligada ao sentimento de não dominar totalmente o trabalho, de não estar à altura, de fazer um trabalho ruim, de não estar seguro de assumir seu posto. Ocorre uma individualização sistemática da gestão e uma concorrência entre os trabalhadores. Isto se dá devido ao modismo gerencial, que dá a responsabilidade num ambiente onde não existem condições necessárias para realizar o trabalho. O resultado é o medo, a ansiedade e a insegurança, comodamente chamada de stress.

Esta é a fala da maioria dos trabalhadores, a insegurança! O trabalhador IV relata que:

Então eu sofri muito, principalmente com mando e desmando, sofri bastante e não consegui segurar minha onda. Eu entrei num estado de ansiedade, distúrbio da ansiedade e depressão, pedi afastamento e até hoje estou me recuperando, ainda não estou recuperada.

Trabalhador V “*Eu busquei terapia, estou fazendo terapia, busquei estratégias para não adoecer, porque a gente teve colegas aqui que conseguiram ser remanejadas, tinha*

uma que se não fosse ficaria louca aqui dentro.” Para o trabalhador VII “[...] eu passei um processo de stress um pouco maior e esse stress um pouco maior sempre atrapalha a saúde [...].” Para o trabalhador VIII “Uma indecisão prolongada que me parece um, dois, três meses... uma eternidade que não se definia, ficava um discurso que a gente ia sair daqui, que a gente seria cedido, isto afeta nossa saúde com certeza [...].” Dejours (2015) relata que a desigualdade na divisão do trabalho é uma arma terrível, que utilizam os chefes para além de sua própria agressividade, hostilidade ou perversidade e isto se reflete nas relações de trabalho em termos políticos e em termos de poder.

5.2.3.2 Desrespeito e falta de reconhecimento

O processo de adesão do HUCAM a EBSEH foi autoritária, desrespeitoso e não obedeceu aos tramites legais. O reitor na época, assinou o contrato antes de ser aprovado no Conselho Universitário, na sede da empresa em Brasília. No dia 24 de abril de 2013, antes mesmo do Conselho Universitário homologar a assinatura do contrato da UFES da UFES com a EBSEH, a Pró-reitora de Gestão de Pessoas e Assuntos Estudantis a época publicou uma lista com mais de 100 nomes de trabalhadores que seriam remanejados do hospital para outros Campi (ANEXO D).

Esta arbitrariedade só não avançou por conta da greve que a categoria do HUCAM fez. Greve essa que gerou o acordo do HUCAM, (ANEXO B) que garante a não cessão dos servidores, entre outros pontos

O trabalhador I relata que:

Surgiu uma lista e foi convocada uma reunião com servidores e aí tinha claro que estes servidores não ficariam no HUCAM a partir da entrada da EBSEH, nesta lista tinha o nome dos servidores e entre eles o meu [...] ao ver meu nome exposto em uma lista publicada no site da UFES [...] eu não me importava de colocar outro, a vida toda que

eu tinha construída (...) eu não consigo explicar o que foi esta lista. Eu nem sabia que tinha esta lista [...] eu tinha recebido um e-mail que tinha convocado os servidores e meu nome estava lá na lista [...].

O trabalhador II relata que “[...] eu percebo pela não sei se mudança conflituosa da UFES para EBSERH, como foi muito conflituosa, que gerou a questão da lista [...]”

Essa lista causou nos trabalhadores um grande constrangimento e ainda é um elemento que permanece na memória dos trabalhadores como um fator que causou o desrespeito, que ainda causa a insegurança e até o arrependimento de não ter saído do HUCAM naquela época.

Mas fatos desrespeitosos como o da lista da UFES continuam acontecendo. A atual direção do HUCAM/EBSERH abriu um processo por negligência na Polícia Federal contra 106 trabalhadores da enfermagem no ano de 2015, Processo N°00020241620154025001-SR/PF/ES, no período onde os trabalhadores participaram da greve nacional das universidades federais. É importante frisar que, durante o período da greve, não foi notificado nenhum problema à direção do hospital e nem ao sindicato dos trabalhadores.

Em 10 de agosto de 2016 os trabalhadores passaram a ser notificados para instruir os autos do inquérito policial de forma pública, em listas com 10 trabalhadores, encaminhadas a chefia, por parte do diretor superintendente do HUCAM/EBSERH, a pedido da Polícia Federal, porém sem que fosse garantido o caráter sigilo de justiça (ANEXO E).

No dia 10 de outubro do mesmo ano, o processo foi arquivado. A denúncia feita pela direção do HUCAM/EBSERH contra os trabalhadores a Polícia federal não informou que a categoria estava em greve. A partir do conhecimento do acordo de greve e da falta de intercorrências durante o período a polícia federal arquivou o processo (ANEXO F).

Barreto e Heloani (2013) relatam que a violência no trabalho pode ser descrita como ações ou comportamentos que não podem ser considerados como atitudes razoáveis com as quais atacam, prejudicam, degradam ou ferem uma pessoa dentro do ambiente de seu trabalho ou diretamente ao mesmo. A agressão causada por esta lista pode ser observada no relato dos trabalhadores a seguir:

O trabalhador I relata que

Foram tantos anos de construção, me capacitando, me dedicando investindo na minha formação com base no que eu trabalho aqui, por isso é tão dolorido. Então tem sido bastante desgastante, as coisas têm sido muito impostas, os profissionais não têm sido escutados, muito ouvidos, diante de todo processo que vem acontecendo, eu muitas vezes, me sinto desrespeitada enquanto servidora que tanto batalhei.

No decorrer dos últimos vinte anos, os empregados do setor público e notadamente os funcionários sofreram mais ou menos fortemente o discurso sobre sua suposta ineficiência, sua fraca produtividade, até sua verdadeira utilidade. Na maioria dos países industrializados, muitos são os que esconderam sua condição de funcionário público para não ser ridicularizados nos encontros sociais. É preciso entender que o discurso de certos políticos, até de ministros em certos casos, somados às críticas recorrentes da imprensa e do meio dos negócios, afetaram profundamente a imagem que os funcionários tinham de si mesmos. Ora, o reconhecimento, como mostra a psicodinâmica do trabalho, está no âmago do sofrimento do trabalho (CHANLAT, 2002).

Como já relatamos anteriormente, o trabalho no serviço público não tem a mesma característica do trabalho da iniciativa privada, logo a responsabilidade dos trabalhadores é com o coletivo e com o bem estar social. Para além do salário estes trabalhadores encontram a sua realização no trabalho para além do salário, no reconhecimento do seu trabalho e na importância que o mesmo tem para sua comunidade.

Dejours (2004) ao escrever sobre a psicodinâmica do trabalho relata que a falta de reconhecimento é muito comum no mundo do trabalho e que isto não é qualquer

reivindicação. Os trabalhadores querem e necessitam de reconhecimento do seu trabalho. Ele relata que o reconhecimento passa por uma reconstrução *rigorosa de julgamentos*, que dizem respeito ao trabalho realizado. Este julgamento é feito por atores específicos, diretamente engajados na gestão coletiva da organização do trabalho. Os julgamentos têm em comum o trabalho realizado, não tratam do trabalhador, porém o julgamento ganha a esfera da personalidade e se reflete na identidade do mesmo.

O trabalhador IX em sua fala a nossa entrevista relata que:

Não querem RJU no seu setor, só querem EBSERH [...] as gerencias estigmatizam o RJU desqualifica o trabalho deles, e isto diz respeito nefasto na saúde, destrói a saúde dos trabalhadores, eles já têm anos de trabalho aqui, tem uma história construída e, de uma hora para outra é desvalorizado, é estigmatizado, é desqualificado, são ofendidos, são práticas cotidianas que viram o assédio moral.

O trabalhador X relata que:

[...] eles ignoraram tudo que já existia, todos os saberes, todas as pessoas, principalmente as pessoas, não foram ouvidos e sequer visitados os setores para saber as necessidades. Apesar de eles terem feito levantamentos esse levantamento não serviu de nada [...].

Sennett (1999) relata que as valorizações de experiências passadas eram uma importante proteção contra novas situações perdem o valor, e esta experiência vira motivo de desabono, o que coloca em risco todo senso de valor pessoal, que anula o trabalhador à medida que o tempo passa. Ele ainda argumenta que a carreira constrói o caráter, porém a destruição do sentimento da utilidade do trabalho reduz nos trabalhadores o sentimento de que eles contam como pessoas, de que são necessários aos outros e, como consequência, enfraquece a ligação com o mundo e com o nosso senso de responsabilidade.

5.2.3.3 Exclusão

Durante todo este trabalho temos encontrado nos autores respostas e fundamentos para todo este novo modelo gerencial que é implantado pelo capital em quase todo o mundo. Dejours (1999) sempre nos leva com seu conhecimento a profundidade dos problemas que permeiam o adoecimento da classe trabalhadora. Ao tratar do processo de exclusão vivenciado pelos trabalhadores do HUCAM, o autor relata que a mentira só pode resistir à crítica quando se eliminam as principais provas em que esta última poderia basear a sua argumentação.

Aqui já não se trata simplesmente de silêncio e dissimulação. Consiste também em apagar a lembrança de práticas do passado que possam servir de referência à comparação crítica com a época atual. Muitas são as fórmulas empregadas, mas parece que o maior obstáculo ao apagamento dos vestígios é a presença dos *antigos*, que possuem uma experiência de trabalho acumulada ao longo de muitos anos. A estratégia consiste em afastar esses atores das áreas críticas da organização, em privá-los de responsabilidades e até em demiti-los (DEJOURS, 1999).

A exclusão dos trabalhadores se deu de várias formas, uma dela foi a troca de setor. O trabalhador VI relata que *“Então você não trabalha bem [...] o setor que eu estou agora não é tão ruim [...] você perdeu todo o seu [...] Você está ali mas é uma estranha, entendeu?”*

Dejours (2015) relata que quando o trabalhador usou tudo que possuía de saber e poder em seu trabalho, ou seja, na organização do trabalho, e não pode mais mudar de função ou de tarefa, é, quando foram esgotados todos os meios contra a exigência física. É a certeza que o nível de insatisfação não pode mais diminuir. Acrescenta ainda que quanto mais a organização do trabalho é rígida mais a divisão do trabalho é acentuada, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo. Correlativamente o sofrimento aumenta.

Segundo Dejours (2015), as queixas que sobre a desqualificação do trabalho tem se elevado, sendo que esta desqualificação não se esgota nos índices e nem nos salários, trata-se também da própria imagem que o trabalhador tem de si. Esta desqualificação causa uma vivência depressiva que se mantém com sentimentos de indignidade e de inutilidade e é dominada pelo cansaço.

O trabalhador IV relata que:

Queria aposentar logo, o pessoal da UFES é discriminado, mas foi quem trabalhou aqui até este pessoal chegar e se o hospital ficou ruim não foi culpa nossa foi do governo. Fico muito depressiva quando chega a hora de vir trabalhar. Eu não sinto que pertenço ao hospital, me sinto excluída do trabalho, acho que esse pessoal que chegou agora tenta diminuir a gente e a direção do hospital apoia, sabe quando você acha que tudo que você fez a vida toda não valeu nada, é assim.

E o trabalhador X afirma que:

O silencio está sendo melhor que a reação, porque durante o processo de reação eu fiquei mais doente ainda, [...] pelos problemas de saúde, que eu já enfrento eu fiquei muito mais estressada, então fui deixando passar para ver até onde este rolo compressor ia, ou até onde ele vai [...].

Para Dejours (1999) o relato desta trabalhadora de pôr fim se calar durante este processo, tem uma consequência para a vida e a conduta dos que trabalham. Uma das consequências bastante graves é a estratégia defensiva do silêncio, da cegueira e da surdez. Cada trabalhador se preocupa em resistir, não observar o sofrimento alheio, pois sobre ele não se pode fazer nada. Para resistir ele não reclama de nada e não escuta a injustiça que é imposta a outros trabalhadores. Assim se destrói a estratégia coletiva de defesa dos trabalhadores. O trabalho afirma o autor, não é só produzir, trabalhar é ainda viver junto. Viver junto não é um produto de geração espontânea, pressupões a atenção de um em relação ao outro, um respeito pelo outro e contribuições extremamente complexas por parte de todos, na luta contra os interesses

privados. O trabalho é mesmo, certamente os lócus principais em que se realiza o aprendizado da democracia, mas se o viver junto fracassa, o trabalho pode se tornar uma perigosa força de destruição da democracia e de difusão do cinismo do cada-um-por-si.

Pode-se verificar que nesta ótica financeira todos são medidos pelo seu valor monetário em detrimento de uma reflexão sobre as formas de organização e sobre os problemas humanos. É como se a humanidade depusesse contra si mesma em benefício do capital. Nesse palco de contradições e incertezas, as razões econômicas prevalecem e derrubam todos os argumentos éticos e de preservação da saúde e do tecido social (TRAESEL; MERLO, 2014, p. 232).

A Tabela 5 mostra que o afastamento dos trabalhadores por problemas de saúde tem aumentado - atestado médico. Em 2015, num total de 737 trabalhadores, 374 se afastaram por problemas de saúde com atestado médico. A medida que os trabalhadores se aposentam, reduzindo o número de trabalhadores em efetivo exercício, tem aumentado o percentual de trabalhadores com problemas de saúde, chegando a 50,70 % em 2015. A média dos dias afastados também aumentou chegando a 29,06 dias no ano. Isto significa que existe uma piora nas condições de saúde dos trabalhadores que se afastam. A piora das condições de saúde está relatada na fala dos trabalhadores e de gestores, se materializou nos conflitos gerados na implantação da EBSERH com o processo de desintegração, falta de respeito, de reconhecimento, que gerou insegurança e a política de exclusão dos trabalhadores do RJU estabelecida nas práticas da gestão da EBSERH. Entendemos que esta política não é uma política local, é uma política que se traduz.

Tabela 5 – Afastamento de funcionários por ano (Licença Médica)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total de trabalhadores*	943	909	896	828	786	737
Funcionários afastados	244	256	255	353	361	374
Número de dias	2321	5657	5432	6968	8956	10871
Afastamentos (%)	25,87	28,16	28,46	42,63	45,93	50,74
Média (dias)	9,51	22,09	21,30	19,73	24,80	29,06

*Servidores de Carreira Vinculados ao órgão Pró- Reitoria de Gestão de Pessoas (UFES, 2016)

Fonte: Universidade Federal do Espírito Santo (2016b)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os HUs são espaços de formação e produção do conhecimento na área da saúde. A Reitoria em conjunto com a direção do Centro de Ciências da Saúde e a Direção do HUCAM à época, ao optarem pela adesão do HUCAM a EBSEH não priorizaram o planejamento acadêmico da instituição. Desde antes da assinatura do contrato (ANEXO G), a EBSEH havia apresentado somente uma proposta gerencial para a assistência aos pacientes e, mesmo assim a proposta foi aceita e o contrato assinado. Não houve também um plano de ação para com os trabalhadores Técnico-administrativos do HUCAM, frente às mudanças na gestão e qual órgão responderia por seus direitos e deveres, em especial por sua saúde. Gerando insegurança que ainda persiste atualmente.

O contrato de gestão foi assinado por tempo indeterminado e o Conselho Universitário em nenhum momento pode intervir para solucionar os problemas do hospital.

A EBSEH ainda não cumpriu os itens acordados com a Universidade por época da adesão. Isto tem causado um importante desgaste para administração da Universidade e do HUCAM/EBSEH e para toda comunidade. A opção por este novo modelo gerou em uma parte da comunidade universitária a expectativa de uma melhora substantiva nas condições de ensino, trabalho e de atendimento aos usuários, o que não aconteceu nem na área de pessoal. Atualmente o HUCAM ainda paga terceirizados com recursos do SUS, pois o seu quadro de pessoal não é suficiente para atender à necessidade deste hospital.

Durante todos estes anos de lutas e resistência procuramos defender o HUCAM de forma que ele se mantivesse sempre dentro dos princípios do SUS. Desde 1988 com a nova Constituição Federal e mais recentemente com os intitulados *novos modelos* de gestão os trabalhadores Técnico-administrativos dos HUs tem travado em conjunto com

os demais trabalhadores da saúde uma luta brutal contra as políticas de saúde privatizantes dos governos nas suas três esferas.

A opção pelo estudo da saúde dos trabalhadores do Regime Jurídico único - RJU se deu a partir da forma como a EBSEH foi implantada do HUCAM. Estava colocado de forma visível o desrespeito, a desqualificação e a falta de preparo da direção que assumiu o hospital para lidar com pessoas que tinham papel importante no cuidado e na manutenção do hospital, os trabalhadores do RJU.

Serviços foram sendo terceirizados, o autoritarismo e a exclusão dos trabalhadores aumentavam o adoecimento e o afastamento com pouquíssimas condições de atenção à saúde dos trabalhadores e o Núcleo de Atenção à Saúde funcionando sem uma equipe básica.

Buscamos inúmeras alternativas e conversas com a direção do HUCAM/EBSEH e Reitoria. Foi realizado inclusive um questionário institucional, com todos os trabalhadores do hospital, para avaliar as condições de trabalho, onde só se identificava o vínculo e o local de trabalho. Os trabalhadores da EBSEH, estimulados pelas chefias, responderam o questionário em número maior que os trabalhadores da universidade. Por mais contraditório que possa parecer, os trabalhadores da UFES, com estabilidade, em grande número, por orientação do sindicato e por medo não responderam o questionário (ANEXO H).

Os trabalhadores do RJU desenvolveram duas estratégias de resistência. Uma foi a estratégia do embate, do falar, do contestar, de mostrar que estava ali e que exigia respeito. Outros desenvolveram a estratégia do silêncio, de só observar, de mudar de horário, de encontrar minimamente com as chefias. Outros desenvolveram as duas, primeiro contestavam muito, se mostravam, mostravam seu trabalho e depois se calavam e optavam pela estratégia do silêncio, pois chegaram a seu limite. Dejouris (1999) relata que a estratégia do silêncio só ocorre quando o trabalhador já usou tudo que podia, já chegou em seu limite.

Os trabalhadores não conseguiram desenvolver uma resistência coletiva contra o assédio moral, assim como fizeram com a possível transferência dos trabalhadores da lista. Assim pessoa assediada vivia uma situação de solidão que permitiu a banalização da injustiça, a crescente individualização das relações de trabalho, a falta de solidariedade e o aumento do autoritarismo.

Nos últimos anos que trabalhamos no HUCAM, as crises financeiras do HUCAM tiveram basicamente origem na falta de recursos do governo federal e na ausência de concursos públicos. A ausência de concursos públicos gerava um déficit de pessoal, que para minimamente supri-lo, contratava-se trabalhadores por meio de empresas terceirizadas que eram pagos com recursos próprios advindos do SUS. A culpabilização de dirigentes passados e a necessidade da mudança do modelo de gestão são argumentos inconsistentes que visam mais uma vez enquadrar uma parte importante da Saúde e da Educação nas políticas de mercado. Os dirigentes passados dos HUs, Trabalhadores técnico-administrativos, docentes, estudantes e residentes, mantiveram estes hospitais abertos com todas as limitações que existiam, atendendo da melhor forma no caos permitido pelos governos.

A EBSEERH obedece à lógica da Reforma do Estado, e trás na sua implantação os mecanismos gerencialistas do mundo do trabalho relatado por Antunes (2006) Alves (2011) Gaulejac (2007) e outros, tais como o autoritarismo, competição, desqualificação e a exclusão dos trabalhadores do RJU.

A Gestão do HUCAM/EBSEERH se caracteriza por atitudes autoritárias, intolerantes e de intimidação que se constroem diariamente na negação dos trabalhadores do RJU. O processo autoritário e antidemocrático que os trabalhadores vivenciaram neste período contribuiu de diversas formas para o aumento do adoecimento e para que eles se sintam estranhos ao ambiente de trabalho. Alguns deles esperavam que este novo modelo trouxesse benefícios para o HUCAM. Entretanto, tiveram suas expectativas frustradas.

A desqualificação dos trabalhadores do RJU ocorreu por parte de Gestores contratados pela EBSEH, e era do conhecimento dos gestores da Universidade. Ocorreu, sobretudo quando faziam a integração dos trabalhadores da EBSEH por ocasião de sua admissão. Diziam que os trabalhadores do RJU não trabalhavam e que o pessoal da EBSEH não devia se misturar com eles. Este foi um erro grave de gestão. Porém, há estudos conhecidos no mundo do trabalho em que é preconizado que para se construir um novo modelo de gestão é necessário fazer a desqualificação de tudo que estava instituído e até a excluir.

Tudo isto gerou e gera uma série de conflitos entre os trabalhadores da EBSEH e os trabalhadores do RJU. Ocorre que estes trabalhadores, nos seus conjuntos RJU e EBSEH, não conseguem perceber que o inimigo não se situa e não deve se situar entre os trabalhadores. Assim tornam as relações de trabalho verdadeiras disputas por espaço e por mérito, transformando o local de trabalho em um lugar adoecedor.

Os conflitos se exacerbaram a uma dimensão tão elevada que acabou rompendo as relações afetivas até entre os trabalhadores de uma mesma profissão e, foram rompidos inclusive laços afetivos entre pessoas que trabalharam muitos anos em conjunto, que saíam e que faziam programações juntas.

Existem locais onde os trabalhadores do RJU são estigmatizados, e se não fosse à estabilidade no emprego cremos que não seriam aceitos ou já teriam sido demitidos. As gerencias ignoraram todo o seu trabalho realizado, toda história construída que está ligada a Saúde Pública e ao Ensino. Tudo que havia sido feito no HUCAM foi ignorado, em especial as pessoas. Tentam construir um novo hospital sem falar do antigo, querem construir o futuro destruindo o passado.

Com todos estes problemas os trabalhadores do RJU que continuam no HUCAM, em um número ainda considerável, em dezembro de 2015, eram 737 trabalhadores técnico-administrativos, perderam o referencial no que concerne a resolver questões de direitos e deveres no âmbito da Política de Gestão de Pessoas.

Os trabalhadores da EBSEH são trabalhadores como todos nós trabalhadores do RJU, da SESA, da PMV, da CONSERVO, Bancários Petroleiros, etc. Chegaram ao HUCAM/EBSEH através de concurso público, preenchendo vagas públicas. No HUCAM/EBSEH somos todos trabalhadores da Educação na saúde na assistência. A diferença colocada na implantação da EBSEH, por alguns gestores, não se reflete no cotidiano do hospital com a maioria dos trabalhadores, que tem desenvolvido vínculos de trabalho e relações afetivas saudáveis. Entendo que somos uma mesma categoria, devemos estar em um mesmo sindicato. Só a organização dos trabalhadores pode nos conduzir a um mundo mais justo e mais solidário.

Recomendações:

É imprescindível a restituição do regimento interno do HUCAM com mecanismos de controle da Universidade sobre contrato de gestão HUCAM/EBSEH;

O regimento do HUCAM deve garantir mecanismos de avaliação da gestão e das chefias do HUCAM/EBSEH;

Realizar a eleição para Diretor Superintendente do HUCAM/EBSEH, compromisso assumido pela atual administração da Universidade;

A Universidade não tem exercido o devido poder como gestor contratante da EBSEH e responsável pelos trabalhadores do RJU. Isto posto, urge a obrigatoriedade de a Universidade estabelecer uma política de gestão e intervenção para com os trabalhadores do RJU lotados no HUCAM. Nesse sentido, definir a política de atenção à saúde do servidor, conforme preconizado pelo Subsistema Integrado de Saúde do Servidor (SIASS). Para tanto, deve fortalecer o NASTH do HUCAM, integrando todas as ações no mesmo espaço, incluindo a perícia médica, as ações de vigilância e segurança do trabalho e, a avaliação médica ocupacional e de promoção a saúde do servidor.

A Política de Atenção à Saúde do servidor público federal foi instituída em nível nacional pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), pelo Decreto Presidencial Nº 6.833, de 29 de abril de 2009. Tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo. Para fins deste Decreto considera-se:

- I. **assistência à saúde:** ações que visem a prevenção, a detecção precoce e o tratamento de doenças e, ainda, a reabilitação da saúde do servidor, compreendendo as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção à saúde do servidor público civil federal;
- II. **perícia oficial:** ação médica ou odontológica com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício de suas atividades laborais; e
- III. **promoção, prevenção e acompanhamento da saúde:** ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho.

Para isto, é necessário compor uma equipe de profissionais, além do psicólogo e da assistente social que já atuam, requer um médico do trabalho, um enfermeiro e um técnico de enfermagem e um técnico de segurança do trabalho, dentre outros. Bem como, definir e implementar ações integradas entre a saúde do trabalhador e o Departamento de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas da Universidade.

No aspecto do desenvolvimento de pessoal, é necessário retomar o Núcleo de Educação Permanente (NEP), e implementar cursos e oficinas que visam aprimorar os processos de trabalho e as relações interpessoais.

Em um ambiente de trabalho precário, nas condições colocadas no HUCAM, bem como para toda área da saúde, o trabalhador não pode ser responsabilizado pelo caos. A realização do trabalho em saúde requer toda uma estrutura básica de funcionamento para sustentação do trabalho vivo desenvolvido na assistência, que falta no HUCAM.

REFERÊNCIAS

ALARCON, A. C. R. S. **Prevalência de transtornos mentais comuns em servidores de uma universidade pública de Mato Grosso do Sul**. 2014. 129 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2014.

ANDREAZZI, M. F. S. Empresa brasileira de serviços hospitalares: inconsistência à luz da reforma do estado. **Rev Bras Educ Méd**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, P. 275-84, 2013.

_____.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014.

ALVES, G. **Trabalho e mundialização do capital**. Londrina: Práxis, 1999.

_____. Trabalho, subjetividade e capitalismo manipulatório: O novo metabolismo social do trabalho e a precarização do homem que trabalha. **Rev Estud Trab**, Marília, Ano 4, n. 8, 2011.

_____. Crise estrutural do capital, Maquinofatura e a precarização do trabalho: A Questão Social no Século XXI'. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 235-48, jul./dez. 2013.

ALVES, S. M. P. et al. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. **Ciêñ Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.10, p.3043-50, 2015.

ANTUNES, R. **O caracol e sua concha**: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Autores Associados, 2006.

_____. A nova morfologia do trabalho no Brasil reestruturação e precariedade. **Estudos Avançados**, v. 28, n. 81, p.39-53, 2014.

_____. **Adeus ao trabalho**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

_____.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educ Soc**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-51, maio/ago. 2004.

_____.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Ser Soc Soc**, São Paulo, n. 123, p. 407-27, jul./set. 2015.

ARAÚJO, I. M. M. Direito à saúde: perspectivas do modelo neodesenvolvimentista brasileiro, privatização da saúde e a questão social. **Serv Soc Rev**, Londrina, v. 16, n.2, p. 62-79, jaN./jun. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARRETO, M.; HELOANI, R. Assédio laboral e as questões contemporâneas da saúde do trabalhador. In: _____. **O avesso do trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas**. São Paulo: Outras Expressões, 2013. cap. 4, p. 91-103.

BATISTA JÚNIOR, F. Gestão do SUS: o que fazer? In: BRAVO, M. I. e MENEZES, J. (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: Rede Sirius/ UERJ, 2008.

BATISTA JÚNIOR, F. Políticas de saúde no sistema único de saúde. In: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. (Org.). **Saúde nos governos do partido dos trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rede Sirius/ UERJ, 2014.

BEHRING, E.R. **Brasil em contra reforma: desestruturação do estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/543.pdf>. Acesso em: 16 maio 2016.

_____. **Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 16 ago. 2016.

_____. **Projeto de Lei nº 4.330, de 26 de outubro de 2004**. Dispõe sobre o contrato de prestação de serviço a terceiros e as relações de trabalho dele decorrentes. Câmara dos Deputados, Brasília, 26 out, 2004. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=267841>>. Acesso em: 14 maio 2016.

_____. **Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm>. Acesso em: 14 maio 2016.

_____. Tribunal de Contas da União. **Acórdão n. 3463-51/2012**. 2012. Disponível em: <www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/judoc/Acord/20130215/AC_3463_51_12_P.doc>. Acesso em: 01 set. 2016.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 16 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Relatório **REHUF: Programa Nacional de reestruturação dos Hospitais Universitários**. Secretaria de Educação Superior, 2009.

_____. _____. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Hospitais Universitários: perguntas e respostas**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/publicacoes/cartilha_final.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2016.

_____. _____. **Relatório nacional de re-estruturação dos Hospitais Universitários Federais**. Brasília, 2009. Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/agenda/seminario-banco-mundial/apresentacao_dhr_relatorio_rehuf.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

_____. _____. **Norma operacional nº 01, de 07 de abril de 2015**. Disponível em: <http://eblegis.datalegis.inf.br/action/UriPublicasAction.php?acao=abrirAtoPublico&sgl_tipo=NOP&num_ato=00000001&seq_ato=000&vlr_ano=2015&sgl_orgao=DGP/EBSERH/MEC&cod_modulo=60&cod_menu=3495>. Acesso em: 01 set. 2016.

_____. Tribunal de Contas da União. **Acórdão n. 3463-51/2012**. 2012. Disponível em: <www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/judoc/Acord/20130215/AC_3463_51_12_P.doc>. Acesso em: 01 set. 2016.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciêns Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-44, 2010.

CARDIAL, A. M. D. N. **Novas determinações do capital na saúde brasileira: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares em questão**. 2013. 176 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2013.

Carvalho, G. A saúde pública no Brasil. **Estud Av**, São Paulo, v. 27, n. 78. p. 7-26, 2013.

CANCIAN, N. **Ministro da Saúde defende plano de saúde mais popular para aliviar o SUS**. Folha de São Paulo. Texto disponível em 06 jul. 2016. Disponível em:

<<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1789101-ministro-da-saude-defende-plano-de-saude-mais-popular-para-aliviar-o-sus.shtml>>. Acesso em: 01 set. 2016.

CECÍLIO, L. C. O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-16, 2005.

CHANLAT, J. F. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA 7., 2002, Lisboa, **Anais...** Lisboa, 2002.

CHIAVEGATO FILHO, L. G.; NAVARRO, V. L. A ideologia gerencialista no sistema único de Saúde (SUS): a organização do trabalho de médicos. **Psicol Rev**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 96-115, abr. 2014.

CHIAVEGATO FILHO, L. G.; NAVARRO, V. L. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e avanço da ideologia gerencialista. In: _____. **O avesso do trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas**. São Paulo: Outras Expressões. 2013. cap. 4, p. 91-103.

Congresso em Foco. **Câmara discute novo ‘trem da alegria’ para servidores**. 2015. Disponível em: < <http://congressoemfoco.uol.com.br/noticias/camara-prepara-nova-modalidade-de-%E2%80%98trem-da-alegria%E2%80%99/>>. Acesso: 13 nov. 2016.

COUTINHO, A. L. C. A estabilidade do servidor público na reforma administrativa. **Rev Esc Sup Mag Estado Pernambuco – ESMAPE**, Recife. v.4. n. 9, jan./jun. 1999.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DEJOURS, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

DIAS, B. C.; OLIVEIRA, M. **Mario Scheffer: plano de saúde nunca vai substituir o SUS**. 2016. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/2016/05/mario-scheffer-plano-de-saude-nunca-vai-substituir-o-sus/>. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____.; BAHIA, I. **Indicado para ANS é contrário ao ressarcimento de planos privados ao SUS**. 2014. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/2014/04/indicado-para-ans-e-contrario-ao-ressarcimento-de-planos-privados-ao-sus/>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

DINIZ, T. G. S. et al. **Estabilidade no emprego e o comportamento do servidor público de municipal**. 2012. Disponível em: < <http://www.aedb.br/seget/>

arquivos/artigos12/1201677.pdf>. Acesso: 13 nov. 2016.

FERREIRA, M. C. **O clientelismo e os cargos comissionados**: impacto na eficiência da administração pública. 2014. Disponível em: < <http://abdet.com.br/site/o-clientelismo-e-os-cargos-comissionados-impacto-na-eficiencia-da-administracao-publica/>>. Acesso: 13 nov. 2016.

FLEURY, S. “Revisitando a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. **Rev Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p 156-164, 2009.

FREITAS, M. E. Existe uma saúde moral nas organizações? **Organ Soc**, Salvador, v. 12, n. 32, p. 13-27, jan./mar. 2005.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social**: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. São Paulo: Ideais & Letras, 2007.

GRANEMANN, S. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

HOLANDA, F. B. **Cotidiano**. 1971. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=FB4laqWITB8>>. Acesso em: 01 set. 2016.

LACAZ, M. D. **As causas da angústia operária** 2007. Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/editorial.php?edicao=111>. Acesso em: 05 set.2016.

LEHER, R. A ideologia da globalização na política de formação profissional brasileira. **Trab Educ**, Belo Horizonte, ago./dez. n. 4, p. 117-134, 1998.

LIMA, R. C. D. **A enfermeira**: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. 1998. 244 f. Tese (Doutorado em Planejamento e Administração em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

LINHART, M. D. **As caudas da angústia operária**. 2014. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/editorial.php?edicao=111>>. Acesso em: 05 set. 2016.

MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **Rev Adm Púb**, Rio de Janeiro, v.34, n.4, p.133-46, jul./ago. 2000.

MARCH, C. A Empresa brasileira de serviços hospitalares, universidades públicas e autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital. **Univ Soc**, Brasília, DF, v. 62, n. 49, p. 62-70, 2012.

MARINHO, T. **Ministério do Planejamento aprova contratação de servidores para o Hucam**. 2013a. Disponível em: < <http://ufes.br/conteudo/minist%C3%A9rio-do->

planejamento-aprova-contrata%C3%A7%C3%A3o-de-servidores-para-o-hucam>. Acesso: 24 jul. 2016.

MARINHO, T. **Hucam será gerido por meio de parceria entre a UFES e a EBSEH**. Vitória, UFES, 2013b. Disponível em: <<http://portal.ufes.br/conteudo/hucam-sera-gerido-por-meio-de-parceria-entre-ufes-e-ebserh>>. Acesso em: 02 set. 2016.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev Esc Enfer USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, 1107-11, 2010.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F. O financiamento da saúde depois de 25 anos de SUS. In: COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. (Org.). **25 anos do direito universal à saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2014. p. 177-94.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 30. ed. Rio de Janeiro: São Paulo: Editora Civilização Brasileira, 2012.

_____. **Teoria da mais valia**: 1863. São Paulo: Bertrand Brasil, 1987.

MARX, K; ENGELS, F. **O manifesto comunista**. São Paulo: Friedrich Engels, 1948.

MASCARENHAS, P. **Projeto de terceirização gera 'escravos modernos', analisa Antunes**: conjuntura segue caminho indicado por Adeus ao Trabalho?", que ganha 16ª edição. 2015. Disponível em: <http://www.jb.com.br/pais/noticias/2015/05/17/projeto-de-terceirizacao-gera-escravos-modernos-analisa-antunes/>. Acesso em: 17 maio 2016.

MERHY, P. E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. 3. ed. São Paulo. Hucitec, 2007.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na Saúde**. 2010. Disponível em: < http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franc.pdf >. Acesso em: 24 set. 2016.

MÈSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Bointempo, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 4. ed. São Paulo: Editora de Humanismo, Ciência e Tecnologia, 1992.

NEUMANN, V. N.; FREITAS, M. E. A. Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar. **REME Rev Min Enfer**, Belo Horizonte, v. 2, n. 4, p. 531-7, out./dez. 2008.

ORSI, C. **PL 4330 institucionaliza a burla, diz Ricardo Antunes**. Disponível em: <<http://www.boitempoeditorial.com.br/v3/Noticias/visualizar/3946>>. Acesso em: 30 jul. 2016.

PAULA, A. P. P. **Por uma nova gestão pública**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2005.

PEREIRA, J. M. M. The 2000 Meltzer Report and the World Bank and IMF reform. **Rev Bras Polít Int**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 2, p. 118-37, 2011.

PEREIRA, L. C. B. **Reforma do estado e administração pública gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006.

PLANO de saúde popular pode atrasar tratamentos. Tribuna da Bahia, 17 jul. 2016. Disponível em: <<http://www.tribunadabahia.com.br/2016/07/17/plano-de-saude-popular-pode-atrasar-tratamentos>>. Acesso em: 01 set. 2016.

PINZÓN, H. J. G. **Vivências de trabalhadores da Saúde frente à lógica capitalista: um estudo da Atenção Básica na Colômbia e no Brasil**. 2016. 195 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2016.

REIS, C. O.O. **O Estado e os planos de saúde no Brasil**. Rev Serv Públ, Brasília, DF, v. 51, n. 1, p. 124-47, 2014.

REZENDE, C. A. P. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal**. 2008. Disponível em: <<https://fopspr.files.wordpress.com/2008/08/o-modelo-de-gestao-do-sus-e-as-ameacas-do-projeto-neoliberal.pdf>>. Acesso em: 6 maio 2016.

RIBEIRO, C. V. S.; MANCEBO, D. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. **Psicol Ciên Prof**. Brasília, DF, v. 33, n. 1, p. 192-207, 2013.

RIBEIRO, W., COMELIO, M. Relatório de atendimento psicológico do serviço de psicologia do Nasch: 2014. Vitória, ES: Núcleo de atenção à saúde do trabalhador do HUCAM, 2016.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

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

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cad Saúde Pública**, v. Rio de Janeiro, 31, n. 4, p. 663-6, abr. 2015.

SILVA, M. C. S. Q.; MENDES, A. M. A Prática em clínica psicodinâmica do trabalho como estratégia de promoção da saúde. **Tempus (Brasília)**, Brasília, DF, v. 6, n. 2, p.195-297, 2012.

SMITH, Adam. **A riqueza das nações**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983.

SODRÉ, F, et al. Empresa brasileira de serviços hospitalares: um novo modelo de gestão? **Ser Soc Soc**, São Paulo, n. 114, p. 365-80, abr./jun. 2013.

SOUZA, M. A. S. L. As novas configurações do trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 334-44, ago./dez. 2010.

SOUZA, Z. B.; REIS, L. M. Entre o atender e o ser atendido: políticas em saúde para o trabalhador do serviço público. **Cad Psicol Soc Trab**, São Paulo, v.16, n. 1, p. 87-106, 2013.

SOUZA, S. A. D.; MOULIN, M. G. B. Serviço público: significados e sentidos de um trabalho em mutação. **Cad Psicol Soc Trab**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 49-65, 2014.

SOUZA, D. **Capital estrangeiro na saúde: ter ou não ter?** Disponível em: <[Http://pensesus.fiocruz.br/capital-estrangeiro-na-sa%C3%BAde-ter-ou-n%C3%A3o-ter](http://pensesus.fiocruz.br/capital-estrangeiro-na-sa%C3%BAde-ter-ou-n%C3%A3o-ter)>. Acesso em: 21 nov. 2015.

TEIXEIRA, J. V.; CRUZ, C. A. M.; AZEVEDO, A. P. Universalidade do atendimento à saúde no Brasil: impasses e perspectivas. **Rev Pol Públ**, São Luis, v. 20, n 1, p. 201-20, jan./jun. 2016.

TRAESEL, E. S.; MERLO, A. R. C. “Somos sobreviventes”: vivências de servidores públicos de uma instituição de seguridade social diante dos novos modos de gestão e a precarização do trabalho na reforma gerencial do serviço público. **Cad Psicol Soc Trab**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 224-38, dez. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. Prestação de contas ordinária anual: relatório de gestão do exercício de 2012. 2013. Disponível em: <<http://www.proplan.ufes.br/sites/proplan.ufes.br/files/field/anexo/Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o%20UFES%20Exerc%C3%ADcio%202012.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2016.

_____. **Prestação de contas ordinárias anual**: relatórios de gestão do exercício de 2013. 2014. Disponível em: <www.proplan.ufes.br/sites/proplan.ufes.br/files/field/anexo/relatorio_de_gestao_ufes_exercicio_2013_0.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2016.

_____. **Prestação de contas ordinárias anual**: relatórios de gestão do exercício de 2014. 2015. Disponível em: <http://www.proplan.ufes.br/sites/proplan.ufes.br/files/field/anexo/relatorio_de_gestao_ufes_exercicio_2014.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2016.

_____. **Prestação de contas ordinárias anual**: relatórios de gestão do exercício de 2015. 2016. Disponível em: <http://www.proplan.ufes.br/sites/proplan.ufes.br/files/field/anexo/relatorio_gestao_exercicio_2015.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2016a.

_____. PROGEP. **Relatório de absenteísmo por licença médica: 2010-2015**. Vitória, ES: PROGEP, 2016b.

_____. **Resolução nº. 41/2013 do Conselho Universitário da Universidade Federal do Espírito Santo**. Disponível em: < <http://www2.daocs.ufes.br/resolu%C3%A7%C3%A3o-n%C2%BA-412013-cun>>. Acesso em: 24 jul. 2016.

VALLE, K. F.; LEITE, J. L. L. Admirável novo mundo: precarização/intensificação do trabalho sobre os servidores públicos. **Temporalis**, Vitória, v.15, n. 30, p.161-82, 2015.

VAZQUEZ, D. A. **O plano Temer/Meireles contra o povo: o desmonte social proposto pela PEC 241**. Disponível em: <http://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2016/07/DesmonteSocialPlanoTemer.pdf>. Acesso: 1 nov. 2016.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro por meio deste termo, que concordo em ser entrevistado (a) e participar da pesquisa referente ao projeto intitulado **“Análise da implantação da Empresa Administradora Pública de Direito Privado na Saúde dos trabalhadores do Regime Jurídico Único de um Hospital Universitário de Vitória/ES.”** Desenvolvido pela pesquisadora Janine Vieira Teixeira. Fui informado (a) ainda que a pesquisa é orientada pelo Prof.º Drº César Albenes de Mendonça Cruz. Afirmando que aceitei participar espontaneamente, sem receber qualquer incentivo e a ter qualquer ônus, com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) que a pesquisa apresenta riscos mínimos, pois se propõe a analisar uma realidade que vem sendo vivida pelos trabalhadores no Hospital Universitário de Vitória/ES. Estes riscos serão amenizados pela não identificação dos entrevistados, para não acarretar nenhum tipo de constrangimento nas suas atividades no Hospital Universitário. Fui informado(a) ainda, que somente a pesquisadora e o seu orientador terão acesso às minhas informações e as mesmas ficarão sob a guarda da pesquisadora, por até 5(cinco) anos após a conclusão da pesquisa, quando então serão descartadas de maneira adequada. Estou ciente que posso me retirar dessa pesquisa e também me recusar a dar alguma informação a qualquer momento, sem qualquer constrangimento. Quaisquer outras informações adicionais que julgar importantes para a compreensão do desenvolvimento da pesquisa e de minha participação poderão ser obtidas junto a pesquisadora Janine Vieira Teixeira por meio do telefone (27) 99912-9005 e pelo e-mail: janineteixeira1988@gmail.com”, bem como, pelo telefone (celular) de César Albenes de Mendonça Cruz (27) 99816-6052 e do e-mail: cesar.cruz@emescam.br.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-EMESCAM (CEP/EMESCAM) – telefone: (027)33343586. Atesto o recebimento da cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Vitória, ___ de _____ de 2015.

Assinatura do Entrevistado

ANEXOS

ANEXO A - Resolução do Conselho Universitário Nº. 41/2013**RESOLUÇÃO Nº. 41/2013**

ESTABELECE CRITÉRIOS PARA A CONSULTA ACERCA DO CARGO DE SUPERINTENDENTE DO HUCAM JUNTO À EBSEH, BEM COMO REQUISITOS PARA CANDIDATURAS AO MENCIONADO CARGO.=8>

O CONSELHO UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, no uso de suas atribuições legais e estatutárias,

CONSIDERANDO o que consta do Processo nº. 5.923/2013-00;

CONSIDERANDO o que dispõe a Lei nº 12.353, de 28 de dezembro de 2009, o Regimento Interno da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) e o Contrato nº. 1.008/2013 celebrado entre a Universidade Federal do Espírito Santo e a EBSEH;

CONSIDERANDO o parecer Conjunto das Comissões de Assuntos Didáticos, Científicos e Culturais, de Legislação e Normas, de Assuntos Didáticos e de Orçamento e Finanças;

CONSIDERANDO, ainda, a aprovação da Plenária, por maioria, na Sessão Extraordinária realizada no dia 10 de junho de 2013,

RESOLVE:

Art. 1º. O Superintendente do Hospital Universitário “Cassiano Antonio Moraes” (HUCAM), cargo de nomeação e livre exoneração do quadro da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), será indicado ao Presidente da EBSEH pelo Magnífico Reitor da Universidade Federal do Espírito Santo, na forma do estabelecido no art. 46, § 2º, do Regimento Interno da EBSEH.

Art. 2º. A comunidade acadêmica do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e do HUCAM, compreendendo os servidores docentes, servidores técnico-administrativos em educação e estudantes de graduação e pós-graduação (*lato sensu* e *stricto sensu*), será consultada acerca indicação de um nome a ser submetido ao Reitor.

Parágrafo único. As regras do processo de consulta, seu calendário e a composição da comissão responsável pela sua organização serão estabelecidos por Resolução do Conselho Universitário da UFES.

Art. 3º. Os candidatos à Superintendência do HUCAM deverão ser servidores do quadro ativo permanente da UFES e, nos termos do art. 46, § 2º, do Regimento Interno da EBSEH, atender aos seguintes requisitos:

I. possuir vínculo empregatício em regime de 40 horas, no mínimo, com dedicação integral para o desempenho do cargo;

II. ser portador do título de doutor;

III. possuir comprovada experiência em gestão pública, preferencialmente na área da saúde.

Art. 4º. Será assegurado assento no Conselho Universitário da UFES ao Superintendente do HUCAM, garantindo-lhe todas as prerrogativas inerentes aos membros deste Conselho.

Art. 5º. Esta Resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Sala das Sessões, 10 de junho de 2013.

REINALDO CENTODUCATTE
PRESIDENTE

ANEXO B - Termo de acordo de greve

Reitor e servidores firmam acordo para o fim da paralisação no Hucam

Publicado em 13 de Maio de 2013 - 16:51

Por Thereza Marinho

Após reunião realizada entre o reitor Reinaldo Centoducatte e representantes do Sindicato dos Trabalhadores na Ufes (Sintufes) na manhã desta segunda-feira (13), foi firmado um termo de acordo que assegura aos servidores da Ufes que atuam no Hospital Universitário (Hucam) a manutenção de todos os seus direitos e deveres, ainda que a gestão do Hospital seja compartilhada entre a Ufes e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

Após a assinatura do termo de acordo, os servidores da Ufes lotados no Hucam se comprometeram a retornar suas atividades nesta terça-feira, dia 14, após uma semana de paralisação.

“Chegamos a um acordo, de forma a garantir que a implantação da Ebserh seja feita de forma tranquila para os servidores. Os pontos acordados já eram previstos pela Administração da Universidade, mas, atendendo a um pedido da categoria, foram formalizados por meio de um termo de acordo”, afirma o reitor Reinaldo Centoducatte.

Com a assinatura do acordo ficaram estabelecido os seguintes pontos:

- Deixam de existir as listas de servidores indicados a permanecer ou a serem removidos do hospital;
- Os servidores do Hucam, efetivos e em estágio probatório, podem requerer sua remoção para outros setores da Universidade, se o desejarem;

- Os servidores que atuam no Hucam, efetivos e em estágio probatório, não serão removidos por critério de oportunidade e conveniência, para outros setores da Ufes, salvo se concordarem com essa remoção

- Em relação aos direitos e deveres previstos em lei, os servidores efetivos e em estágio probatório não serão subordinados à gestão da Ebserh;

- Fica mantida a jornada de trabalho de 30 horas semanais homologada pelo Conselho Universitário, sendo que os servidores em regime de plantão farão escala de 12 por 60 horas, como atualmente ocorre.

Categoria:

Destaque

ANEXO C - Documentos EBSRH e HUCAM

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS**RECEITUÁRIO**

Nome: _____

USO INTRA-OCULAR

1- Ranibuzamabe(lucentis) 10mg/ml

Aplicar 0,1ml da medicação em olho

_____ via pars plana em três
sessões, sendo uma sessão a cada 30 dias

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico

AV. Marechal Campos s/n - Maruípe - Vitória - ES
EBSERH-Mod.069

**EBSERH**
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS**NOTIFICAÇÃO DE AUSÊNCIA**

Do setor de _____

Para: Sub Coordenador de Pessoal

Comunicamos que o funcionário: _____

ausentou-se dos serviços no dia ____ / ____ / ____ às ____ horas,

 Doenças Acidente de trabalho Sem justificativa __________
Responsável pelo Setor

Autorizo o retorno aos serviço no dia: ____ / ____ / ____

Sub Coordenador de Pessoal_____
Chefe de Divisão_____
Ass. do Funcionário

H Hospital
Universitário
Federal de Pernambuco

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

CUIDADOS PÓS CIRÚRGICOS

- 1 - Evitar esforços físicos e a permanência ao sol.
- 2 - Evite aborrecimentos.
- 3 - Quando deitar-se, manter a cabeça elevada.
- 4 - É contra indicado fazer bochechos nas primeiras 24 horas após a cirurgia.
- 5 - Aplicar gelo no local, durante as primeiras 24 (vinte e quatro) horas. O gelo deverá estar acondicionado em bolsa própria ou em envoltório plástico. A aplicação deverá ser feita pelo lado externo, protegendo-se a pele e os lábios. Após as 48 horas, fazer compressas com água morna em caso de inchaço importante.
- 6 - Dieta líquido-pastosa e fria, por um dia. Após o segundo dia, a dieta poderá ser morna se quiser, evitando mastigar do lado operado.
- 7 - Higienizar a boca normalmente através da escovação dentária
- 8 - Cumprir corretamente os horários da medicação prescrita.
- 9 - Em caso de sangramento, lavar a boca com água gelada e comprimir o local operado com gaze ou algodão. Trocar a compressa de 15 em 15 minutos.
- 10 - Em caso de qualquer complicação ou dúvida ligue imediatamente para o DENTISTA. Ou ligue para o ambulatório 3335-7325.
- 11 - Não é necessário retirar os pontos, o fio é absorvível e cai com 5 a 10 dias pós procedimento.

Ebsersh - Mod. 221

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

H Hospital
Universitário
Federal de Pernambuco

Preparo para US de Abdome/Abdome e Pelve (Manhã)

VÉSPERA DO EXAME / /

- 1 - Tomar 2 comprimidos de Luftal de 6/6h.
- 2 - Tomar 2 comprimidos de Lactopurga às 16 h.
- 3 - Evitar alimentos gordurosos, leite e café.
- 4 - Não ingerir alimentos sólidos após as 20 h.

NO DIA DO EXAME / /

- 1 - Não ingerir alimentos sólidos, leite ou café.
- 2 - Tomar 4 copos de água 2 h antes do exame.
- 3 - Não urinar até que o exame seja realizado.

EBSERH-Mod. 132

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

H Hospital
Universitário
Federal de Pernambuco

Preparo para US de Rins e Vias Urinárias

VÉSPERA DO EXAME: / /

- Tomar 2 comprimidos de Luftal de 6/6h;
- Evitar alimentos gordurosos, leite e café;

NO DIA DO EXAME: / /

- Tomar café da manhã leve evitando leite e café;
- Tomar 4 copos de água 2h antes do exame;

EXAME MARCADO PARA / / AS h.

EBSERH-mod.134

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

H Hospital
Universitário
Federal de Pernambuco

RADIOLOGIA E ULTRASSONOGRAFIA PREPARO PARA EXAME

VESPERA DO EXAME:

- 1 - Tomar um comprimido de LUFTAL às 8, 12, 16 e 20 horas.
- 2 - Tomar 2 comprimidos de LACTO PURGA às 16 horas.
- 3 - Não se alimentar após as 20 horas.

Após este horário é permitido apenas ingerir água ou líquido (chá, café e suco)

DIA DO EXAME:

- 1 - Não ingerir nenhum alimento sólido ou gorduroso, tais como manteiga.
- 2 - Tomar apenas água, café ou chá.
- 3 - Favor trazer Ultrassom anterior.

Data: / / 20

EBSERH-Mod.171

UFES - HUCAM - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
Nome paciente: _____	
Nº. Registro: _____	Clínica: _____
Leito: _____	Enfermaria: _____ Idade: _____ Sexo: _____
Tipo Infecção: <input type="checkbox"/> Comunitária <input type="checkbox"/> Hospitalar	
Indicação Clínica: _____ _____ _____	
EXAMES SOLICITADOS	
HORA: _____ h	
DATA: ____/____/____	Assinatura e Carimbo do Médico _____



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES

LAUDO DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO

01 ESTABELECIMENTO SOLICITANTE E EXECUTANTE: Hospital Universitario Cassiano Antonio Moraes			02 CNES: 4044916	
03 Nº DA SOLICITAÇÃO	04 DATA DA EMISSÃO	05 Nº DA AUTORIZAÇÃO	06 Nº PRONTUÁRIO	
Identificação do Paciente				
07 NOME DO PACIENTE			08 CARTÃO NACIONAL DE SA	
09 DATA DE NASCIMENTO	10 IDADE GESTACIONAL	11 PESO DO RN AO NASCER	12 APGAR	13 ANTI-HIV - VDRL
15 NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			14 SEXO SIM () NÃO ()	
16 ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO)				
17 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:		18 IBGE	19 UF:	20 CEP:

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS:							
22 CARÁTER DA INTERNAÇÃO () URGÊNCIA () ELETIVA			23 LEITO / CLÍNICA				
DADOS CLÍNICOS	24 PESO	25 ALTURA	26 PA	27 TEMPERATURA	28 FREQ. CARDÍACA	29 FREQ. RESPIRATÓR	
	30 VIAS AÉREAS () LIVRES () GRANULA DE GUEDEL () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO						
	31 TIPO DE VENTILAÇÃO () ESPONTÂNEA () UMBU () VENTILADOR			32 CHOQUE () SIM () NÃO	33 GRAU DE CIRCULAÇÃO ()		
	34 ACESSO VASCULAR SIM () NÃO () LOCAL:		35 HIDRATAÇÃO VENOSA () SIM () NÃO		36 HIDRATAÇÃO TORÁXICA SIM () NÃO () LOCAL:		
	37 DROGAS VASOATIVAS SIM () NÃO ()	38 INSTABILIDADE HEMODINÂMICA () SIM () NÃO		39 DIETA () ZERO () SONDA () SUCÇÃO		40 NUTRIÇÃO PARENTERAL	
	AValiação NEUROL	41 GRASGOW () SIM NÃO ()		42 NÍVEL DE GRASGOW DE (I A XV)		43 SINAIS FOCAIS () SIM () NÃO	
		45 MIDRIASE SIM () NÃO ()		45 PUPILAS REAGENTES () SIM () _____ (DIR/ESQ)			
	46 DIAGNÓSTICO INICIAL				47 CID 10 PRINCIPAL		
	48 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			49 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
	50 NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		51 CNS/CPF		54 ASSINATURA E CARIMBO (nº DO CONSELHO)		
52 NOME DO MÉDICO REVISOR		53 CNS/CPF					
DATA DA INTERNAÇÃO		/ /					

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
NOTIFICAÇÃO ALTA HOSPITALAR**

Nome: _____ Registro: _____

Data da Internação: ____/____/____ Data da alta: ____/____/____

Motivo da alta: () Curado () Melhorado () Transferência () A pedido () Óbito
() Outros motivos

Clínica: _____

OBS: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

HUCAM - Mod. 046

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES

ENCAMINHAMENTO

Para: _____ Registro: _____

Sr.: _____

Clínica: _____ Motivo: _____

Vitória: ____/____/____ Assinatura _____

HUCAM - Mod. 013

ANEXO D - Indicação de Remoção



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

MENSAGEM AOS SERVIDORES COM INDICAÇÃO DE REMOÇÃO DO HUCAM PARA OUTROS SETORES DA UFES

Prezado (a) servidor (a) do Hucam,

Agradecemos sua participação na reunião realizada nesta data sobre a EBSEH, acreditando que através do diálogo estabelecido tivemos a oportunidade de demonstrar as possibilidades de reestruturação do quadro de pessoal do Hucam de forma gradativa e participativa.

Informamos nossa disponibilidade em atendê-los para esclarecimentos de quaisquer dúvidas que possam persistir, principalmente àqueles que não puderam comparecer.

Disponibilizamos na página desta Pró-Reitoria (www.progepaes.ufes.br) a relação nominal dos servidores que foram indicados para remoção para outros setores desta Universidade, ressaltando que as pessoas citadas terão a oportunidade de se manifestar a respeito de peculiaridades e expectativas relativas à mudança de lotação proposta. As situações serão analisadas pessoalmente, caso a caso.

A partir de agora, criamos este canal de comunicação que será utilizado para troca de informações sobre o processo de transição (relativas aos servidores) e pelo qual você poderá interagir encaminhando dúvidas e considerações. Solicitamos a confirmação do recebimento desta mensagem, assim como aguardamos sua manifestação.

Em, 24 de abril de 2013.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como 'Maria Lucia Casate'.

Maria Lucia Casate

Pró-Reitora de Gestão de Pessoas e Assistência Estudantil

ANEXO E – Notificação dos autos do inquérito policial

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES –HUCAM
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Memo. N.º 055/16-SUP/HUCAM/EBSERH

Vitória, 16 de setembro de 2016.

À
Chefia da Unidade do Sistema Urinário
Prof. MÁRCIO MAIA LAMY DE MIRANDA

Estamos encaminhando, em anexo, a cópia do ofício nº 2956/2016-IPL 0564/2015-4-SR/PF/ES da Superintendência Regional da Polícia Federal no Espírito Santo intimando servidores para prestação de declaração.

Solicitamos a V. S.ª que seja dada ciência aos servidores elencados lotados nessa unidade e que esses assinem o quadro anexo, devolvendo à Superintendência até o dia 23/09/2016.

Atenciosamente,

Prof. LUIZ ALBERTO SOBRAL V. JÚNIOR
Superintendente do HUCAM | EBSERH



Av. Marechal Campos, 1355 – Santa Cecília
CEP: 29043-260 Vitória-ES

EBSERH

ANEXO F - Arquivamento do processo

SR/PP/ES
Fj: _____
Rub: _____

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA - POLÍCIA FEDERAL
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL - ESPÍRITO SANTO
Av. Vale do Rio Doce, 01, São Torquato, Vila Velha/ES - CEP 29.114-915

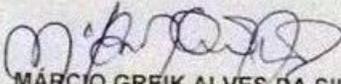
DESPACHO

I. Considerando que a greve dos servidores da Saúde, incluindo-se os trabalhadores do HUCAM, foi objeto de Ação de Dissídio de Greve, combinada com Obrigação de Fazer e Não Fazer, com pedido de liminar, perante o Superior Tribunal de Justiça, Petição n.º 10.536 - DF (2014/0139295-3), que noticia acordo para por termo à greve deflagrada pela categoria representada pela Federação e para a reposição das atividades paralisadas decorrente do movimento paredista, motivo pelo qual a justiça julgou extinto o incidente processual sem julgamento do mérito, em razão da superveniente perda do seu objeto;

II. Considerando que não foi relatado nenhum dano ao serviço, ou a pacientes, além dos normais efeitos de uma ação grevista;

III. Dispensar a oitiva dos demais intimados, a partir da data de 12/10/2016, devendo os autos serem conclusos para esta autoridade policial, a fim de ser relatado com sugestão de arquivamento, considerando que os fatos investigados não constituem crime;

Vila Velha/ES, 11 de outubro de 2016


MÁRCIO GREIK ALVES DA SILVA
Delegado de Polícia Federal

DATA

Ao(s) 11 dia(s) do mês de outubro de 2016, RECEBO estes autos com o despacho supra. Eu, _____ Roberto KENNEDY Roques Côrtes, Escrivão de Polícia Federal, que o lavrei.

IPL N° 0564/2015

ANEXO G - Contrato que entre si celebram a Universidade Federal do Espírito Santo e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH



CONTRATO Nº /2013

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO e a EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH

A **UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**, com sede na Avenida Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, Vitória - ES, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 32.479.123/0001-43, neste ato representada por seu Reitor Prof. **REINALDO CENTODUCATTE**, brasileiro, casado, engenheiro eletricitista, portador do RG nº 244.493, expedido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado do Espírito Santo, inscrito no CPF/MF sob o nº 616.006.107/06, domiciliado na Rua Laurentino Proença Filho, 639 – Apto 202, Jardim da Penha – Vitória – ES, CEP 29060-440, doravante denominada **CONTRATANTE**, e **EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH**, Empresa Pública vinculada ao Ministério da Educação, criada pela Lei nº 12.550, de 15 dezembro de 2011, com sede no Edifício Parque da Cidade Corporate – Torre C – 1º, 2º e 3º andares – Setor Comercial Sul, Quadra 9, Lote C, Asa Sul, Brasília – Distrito Federal, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 15.126.437/0001-43, neste ato representada por seu Presidente, **JOSÉ RUBENS REBELATTO**, brasileiro, casado, fisioterapeuta, portador do RG nº 7.481.896, expedido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda sob número 867.117.688-68, domiciliado na Rua Equador 295, Parque Estancia Suíça, CEP 13566-800, São Carlos/SP, e por seu Diretor de Atenção à Saúde e Gestão de Contratos, **CELSO FERNANDO RIBEIRO DE ARAÚJO**, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº 5661765, expedido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado do Paraná, inscrito no cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda sob número 186.975.779-34, residente e domiciliado na Av. Paraná, 642, Apto. 182-A, Bairro Cabral, CEP 80035-130, Curitiba/PR, com poderes conferidos pelo Decreto nº 7661/11, de 28 de dezembro de 2012, doravante denominada **CONTRATADA**, na forma da previsão do artigo 5º da Lei 12.550/2011, resolvem estabelecer o presente contrato de administração mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas, preservando-se a autonomia universitária constante do artigo 207 da Constituição da República.

Cláusula Primeira - Do Objeto

O presente contrato tem por objeto a administração, pela **CONTRATADA**, do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, compreendendo a oferta, à população, de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, no



âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas vinculadas à CONTRATANTE no campo da saúde pública, na forma e condições definidas neste Contrato e na Lei nº 12.550/2011, vedado o atendimento de pacientes de convênios e particulares.

Parágrafo Primeiro - É vedado o aditamento deste Contrato com o intuito de alterar seu objeto, entendida como tal a modificação, ainda que parcial, das finalidades definidas na Cláusula Primeira.

Parágrafo Segundo - Resguardado o objeto, este contrato poderá ser aditado a qualquer tempo mediante acordo formal entre as partes.

Parágrafo Terceiro – É parte integrante deste contrato os cinco anexos relacionados a seguir: Anexo I – Plano de reestruturação; Anexo II – Documentos referentes ao imóvel; Anexo III – Último levantamento patrimonial; Anexo IV – Relação de servidores que permanecerão em exercício no hospital; e Anexo V – Cronograma de manutenção de contratos e vínculos pré-existentes no hospital.

Cláusula Segunda – Do Regime Jurídico

Este CONTRATO constitui espécie do gênero contrato administrativo e se regula pelas suas cláusulas e pelos preceitos de direito público, especialmente pela Lei nº 12.550/2011, aplicando-se lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/1993 e os princípios da Teoria Geral dos Contratos.

Cláusula Terceira –Do Plano de Reestruturação

A CONTRATANTE declara ter pleno conhecimento do Plano de Reestruturação realizado pela CONTRATADA, que se encontra no Anexo I e servirá de referencial para a consecução dos objetivos do presente contrato.

Parágrafo Primeiro – O Plano de Reestruturação, elaborado a partir de informações gerais sobre o hospital, contém ações estratégicas e metas para período máximo de 12 (doze) meses, em todas as áreas de atuação da CONTRATADA.

Parágrafo Segundo – Durante o período previsto no parágrafo anterior será elaborado o Plano Diretor do Hospital, conjuntamente pela CONTRATADA e CONTRATANTE.

Cláusula Quarta – Da Cessão do Patrimônio

A CONTRATANTE cederá à CONTRADADA o imóvel localizado na Avenida Marechal Campos, 1355, Santa Cecília, Vitória – ES, CEP 29043-260, cuja descrição, dimensões/planta e certidão de registro de imóveis, encontram-se no Anexo II, bem como os bens permanentes nele contidos relacionados no Anexo III, pelo período de vigência do contrato, mediante processo e instrumento de cessão de uso próprios.



Parágrafo Primeiro – A CONTRATANTE autoriza, desde já, que a CONTRATADA utilize o imóvel e os bens referidos na presente cláusula para a consecução dos objetivos do presente contrato, zelando pela integridade e manutenção do referido patrimônio.

Parágrafo Segundo – A cessão dos bens permanentes pela CONTRATANTE à CONTRATADA surtirá efeitos após a realização de inventário que será concluído no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da assinatura do presente contrato.

Cláusula Quinta – Dos Servidores Públicos em exercício no Hospital Universitário

A critério da CONTRATANTE, os servidores públicos em exercício no Hospital na data da assinatura do CONTRATO permanecerão em seus postos, exercendo as mesmas atividades, e continuarão sujeitos ao regime previsto na Lei nº 8.112/1990, inclusive quanto aos deveres, proibições e regime disciplinar descritos na mesma Lei, vedado qualquer hipótese de desvio de função.

Parágrafo Primeiro – Compete à CONTRATANTE fornecer à CONTRATADA relação nominal dos servidores públicos efetivos (Anexo IV) que permanecerão em atividade no ambiente do Hospital, sob gestão da EBSEH.

Parágrafo Segundo – Observadas as disposições legais e regulamentares, compete à EBSEH a gestão administrativa dos servidores que permanecerem em exercício no Hospital, especialmente quanto a aspectos referentes a:

- a) concessão, com ônus pela CONTRATADA, de diárias, passagens e indenização de transporte;
- b) redistribuição interna de competências e alocação de pessoal;
- c) controle de frequência, de produtividade e de horas extraordinárias de trabalho;
- d) programação de escala de trabalho, de recessos, e de plantões; e
- e) autorização e programação de férias, licenças e afastamentos, quando for o caso.

Parágrafo Terceiro – A nomeação de servidor ou empregado público para Cargo em Comissão ou Função Gratificada no Hospital Universitário dar-se-á somente mediante prévia cessão do trabalhador à EBSEH pelo seu órgão de origem, com ônus para a CONTRATADA

Parágrafo Quarto – Quando a cessão mencionada no parágrafo anterior for de servidor do quadro efetivo de docentes ou técnicos administrativos da CONTRATANTE, o processo de cessão dar-se-á por meio de Portaria do Reitor, garantidos os direitos referentes ao regime de origem, na forma do art. 7º da Lei nº 12.550/2011.



Parágrafo Quinto – Quando a cessão mencionada no parágrafo terceiro for de docente do quadro efetivo da CONTRATANTE, fica acordado que a CONTRATADA poderá disponibilizar a sua participação em atividades teóricas das disciplinas acadêmicas de seu Departamento de origem, conforme grade curricular previamente apresentada, com carga horária semanal de até oito horas.

Parágrafo Sexto – Ao tomar conhecimento de qualquer irregularidade supostamente cometida por um servidor em exercício no Hospital Universitário, compete à EBSEH promover apuração prévia, mediante sindicância investigativa e, finda a apuração, a Sindicância será encaminhada à autoridade competente para promover o juízo de admissibilidade quanto à instauração de Sindicância ou de Processo Administrativo Disciplinar.

Parágrafo Sétimo – A CONTRATADA oportunizará aos servidores públicos que permanecerem em exercício no Hospital a opção pelo Plano de Benefícios – EBSEH, caso seja mais favorável ao servidor.

Parágrafo Oitavo – Com relação aos servidores que exerçam atividades de caráter administrativo ou de apoio técnico, CONTRATADA e CONTRATANTE avaliarão conjuntamente a conveniência e oportunidade de manutenção nos quadros do Hospital Universitário.

Cláusula Sexta – Das regras de transição

A CONTRATANTE manterá ativas as atividades, contratos e vínculos pré-existentes no Hospital, às suas expensas, pelos prazos constantes do cronograma (Anexo V), em prestígio à continuidade do serviço público.

Parágrafo Primeiro – Quando constatada a necessidade, a CONTRATADA poderá desde já adotar providências para a contratação de serviços, contratando com terceiros, se necessária, a prestação de serviços relacionados à execução de atividades-meio.

Parágrafo Segundo – A CONTRATADA poderá, extintos os prazos previstos no caput da presente cláusula, manter vínculos e contratos voltados ao desenvolvimento de atividades acessórias ao CONTRATO já existentes no Hospital, desde que necessários ao fiel cumprimento das metas objeto deste contrato, bem como observadas a lei e decisões judiciais e administrativas aplicáveis ao caso.

Parágrafo Terceiro – A CONTRATANTE é responsável por eventuais débitos decorrentes das relações jurídicas estabelecidas e mantidas nos prazos estipulados no cronograma previsto no caput, de forma que não haverá qualquer vínculo entre as pessoas jurídicas e naturais prestadoras dos serviços e a CONTRATADA, salvo na hipótese prevista no parágrafo segundo da presente cláusula.

Parágrafo Quarto – A CONTRATANTE providenciará, às suas expensas e nos prazos estabelecidos, as extinções dos vínculos e contratos referidos no caput da presente cláusula.



Parágrafo Quinto – A CONTRATADA por meio dos cargos diretivos de superintendente e gerências, na forma do artigo 46, §3º do Regimento Interno da empresa, fará o acompanhamento dos atos de transição, especialmente a realização do Processo Seletivo e/ou Concurso Público.

Parágrafo Sexto – A gestão plena do Hospital pela CONTRATADA se efetivará somente tendo decorrido o período de transição, quando os empregados convocados por aprovação no Processo Seletivo e/ou Concurso público assumirem seus postos de trabalho.

Parágrafo Sétimo – Durante o período de transição o recurso aportado na unidade hospitalar pela produção assistencial permanecerá sob a gestão da CONTRATANTE (Unidade Hospitalar), mantendo-se a responsabilidade desta quanto aos insumos médicos hospitalares e demais contratos terceirizados.

Cláusula Sétima– Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA

São obrigações da CONTRATADA:

- I. Administrar com ética e transparência o Hospital Universitário da Universidade Federal do Espírito Santo, inclusive no que se refere às atividades de aquisição de bens e serviços, obras, consultoria jurídica e representação processual;
- II. Zelar e manter o patrimônio cedido no âmbito deste contrato;
- III. Desenvolver gestão qualificada e moderna no Hospital Universitário;
- IV. Implantar ferramenta informatizada de gestão hospitalar;
- V. Aplicar o valor arrecadado a título de prestação de serviços hospitalares, em decorrência do presente contrato, no atendimento do objeto social da CONTRATADA, e adotar todas as medidas inerentes à gestão e prestação de serviço de excelência por parte do Hospital.
- VI. Manter força de trabalho do Hospital Universitário adequada ao bom funcionamento dos serviços, observando-se o dimensionamento do quadro de pessoal;
- VII. Editar, mensalmente, Boletim de Pessoal, com os atos relacionados à gestão de recursos humanos, encaminhando-o ao órgão de gestão de pessoas da CONTRATANTE, até o quinto dia útil do mês subsequente.
- VIII. Preservar os espaços e serviços necessários para o processo de ensino e aprendizagem destinados à formação profissional dos cursos oferecidos pela Universidade e ao desenvolvimento de pesquisa;
- IX. Incentivar a produção de conhecimento científico e tecnológico no âmbito do hospital, promovendo e fomentando projetos de pesquisa e a definição de diretrizes;
- X. Criar um fundo para o incentivo à pesquisa, cujo percentual será definido anualmente pela Diretoria Executiva da CONTRATADA;



- XI. Definir, preservando as necessidades para o ensino e a pesquisa de interesse da CONTRATANTE, o perfil do Hospital Universitário, a partir das necessidades da rede de saúde e das políticas prioritárias do Ministério da Saúde;
- XII. Promover, junto à Universidade e aos Gestores do SUS, a discussão e o estabelecimento de um modelo de atenção à saúde, focado em linhas de cuidado, contemplando as políticas prioritárias do SUS e a integração ensino-serviço;
- XIII. Estabelecer as bases de negociação, gerenciar o contrato de prestação de serviços de saúde junto à gestão do SUS e definir as metas de desempenho da atenção à saúde;
- XIV. Promover a reestruturação física e a modernização do parque tecnológico do Hospital Universitário;
- XV. Promover a padronização dos insumos hospitalares, de acordo com política definida pela CONTRATADA para a rede de hospitais universitários federais;
- XVI. Apoiar a estruturação do Hospital Universitário para o processo de certificação como Hospital de Ensino – HE
- XVII. Elaborar, no período máximo de 12 meses, em parceria com a CONTRATANTE, o Plano Diretor do Hospital Universitário.
- XVIII. Fornecer relatórios semestrais do cumprimento das metas dispostas no Anexo I deste contrato;
- XIX. Publicar, em sítio próprio da rede mundial de computadores, extrato do presente contrato.

Cláusula Oitava – Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATANTE

São obrigações da CONTRATANTE:

- I. Disponibilizar os materiais (bens móveis e imóveis) mediante instrumento de cessão de uso para a consecução dos objetivos do presente contrato;
- II. Manter as condições adequadas ao cumprimento das metas do presente contrato;
- III. Respeitar e fiscalizar as metas de desempenho, indicadores e prazos de execução, previstas no Anexo I, conforme art. 6º, II da Lei nº 12.550/2011;
- IV. Apresentar, para a CONTRATADA, relação dos servidores públicos que exerçam, no Hospital Universitário, atividades relacionadas ao objeto do presente contrato e/ou da Universidade, cuja permanência no hospital seja pertinente, nas condições estipuladas no presente contrato;
- V. Garantir que a carga horária docente destinada ao acompanhamento de alunos no cenário de ensino-aprendizagem, seja realizada no ambiente do hospital universitário, considerando o seu perfil assistencial;
- VI. Fornecer à Procuradoria Geral Federal ou à CONTRATADA, conforme o caso, todos os documentos, elementos, dados técnicos e informações necessárias para possibilitar a defesa judicial e extrajudicial dos interesses e finalidade social do Hospital Universitário;



VII. Responder integralmente pelos débitos relacionados às atividades desenvolvidas pelo Hospital Universitário, referente a fatos ou situações ocorridas e/ou alegadas até a data da assunção plena da gestão, de acordo com o art. 6º deste CONTRATO, ainda que não conhecidas após a assinatura do presente instrumento, a fim de preservar seus interesses e finalidade social;

VIII. Transferir à Contratada os recursos destinados às ações de média e alta complexidade recebidos do Ministério da Saúde e de outras fontes para a execução do objeto deste Contrato, mediante a emissão de empenho e respectiva ordem bancária no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – SIAFI;

IX. Autorizar o Fundo Nacional de Saúde - FNS a transferir diretamente à CONTRATADA os recursos do Ministério da Saúde destinados ao Hospital Universitário no âmbito do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF.

Cláusula Nona – Dos Cargos Diretivos do Hospital

Os procedimentos para a seleção de ocupantes dos Cargos em Comissão e Funções Gratificadas do Hospital serão os seguintes:

I - O Superintendente será indicado ao Presidente da EBSEH pelo Reitor da Universidade à qual pertence o Hospital, na forma do estabelecido no artigo 46, § 2º, do Regimento Interno da Empresa;

II - As Gerências serão ocupadas por pessoas selecionadas por Comitê de Seleção composto por membros da Diretoria Executiva da EBSEH e o Superintendente selecionado para o Hospital, na forma do artigo 46, § 3º do Regimento Interno da Empresa.

III - Para o cargo de Auditor, será realizada seleção pelos Auditores Geral e Adjunto da EBSEH, por meio de critérios técnicos específicos para a área, e submetida à apreciação da Diretoria Executiva da Empresa.

IV - A escolha do Ouvidor do Hospital será também realizada pelo Colegiado Executivo do Hospital, obedecendo a critérios técnicos sugeridos pelo Ouvidor Geral da EBSEH.

V - Para os cargos de Chefia, a seleção será feita pelo Colegiado Executivo e o representante do nível hierárquico imediatamente superior.

Parágrafo Primeiro – O indicado para o cargo de Superintendente deverá comprovar experiência em gestão pública na área da saúde, correspondente ao tempo de experiência exigido para o cargo de Gerente.

Parágrafo Segundo – Os cargos de Superintendente e de Gerentes serão de livre nomeação e os demais cargos serão ocupados por servidores públicos cedidos à EBSEH com fundamento no art. 93, inciso I, da Lei nº 8.112, de 1990, ou empregados admitidos por concurso público, de acordo com o art. 46 § 1º, 2º e 3º do Regimento Interno da EBSEH.



Parágrafo Terceiro – A seleção dos Cargos em Comissão e Funções Gratificadas será feita a partir da análise e classificação de, no mínimo, três currículos para cada posição, apresentados pelo Superintendente.

Parágrafo Quarto – O processo com os resultados e as devidas justificativas das indicações deverá ser encaminhado pela Divisão de Gestão de Pessoas do Hospital Universitário à Diretoria de Gestão de Pessoas da EBSEH, para os procedimentos de nomeação dos indicados.

Parágrafo Quinto – Os critérios específicos para o processo de seleção dos candidatos a Cargos em Comissão, e para a seleção dos candidatos a ocupar Funções Gratificadas, são os definidos na Resolução nº 8/2012 da Diretoria Executiva da EBSEH.

Parágrafo Sexto – Caso não seja identificado candidato que preencha os requisitos sugeridos para algum cargo, caberá ao Comitê Gestor do Hospital realizar a indicação para o mesmo, com apresentação das devidas justificativas à Diretoria Executiva da EBSEH.

Parágrafo Sétimo – Os nomeados aos Cargos em Comissão ou Funções Gratificadas submetem-se a regime de integral dedicação ao serviço, podendo ser convocados sempre que houver interesse da EBSEH.

Parágrafo Oitavo – O procedimento de exoneração para os cargos em comissão e funções gratificadas previstas na referida Resolução seguirá as regras gerais aplicáveis ao caso, ad nutum.

Cláusula Décima – Do Financiamento e do Pagamento

A prestação de serviços objeto do presente Contrato será financiada pelas dotações orçamentárias do Ministério da Educação, alocadas diretamente no orçamento da EBSEH, e pelos recursos provenientes do Ministério da Saúde e de outras fontes de recursos públicos, os quais serão integralmente transferidos pela Contratante à Contratada.

Parágrafo Primeiro – Os recursos REHUF provenientes do Ministério da Saúde também compõem as fontes de financiamento do presente contrato e serão transferidos diretamente à EBSEH pelo FNS mediante autorização expressa da Contratante.

Parágrafo Segundo – Durante a vigência do presente Contrato a Contratante transferirá à Contratada os recursos provenientes do Ministério da Saúde e de outras fontes de recursos públicos, mediante a emissão de empenho e ordem bancária no SIAFI.



Cláusula Décima Primeira – Da incomunicabilidade de atos de gestão de recursos humanos

A contratação, a qualquer tempo, de mão-de-obra, por qualquer das partes, não implicará em relação entre aqueles contratados e a outra parte deste contrato, não havendo em nenhuma das hipóteses a transferência de quaisquer ônus em relação às referidas contratações de mão-de-obra.

Cláusula Décima Segunda - Da Extinção do Contrato

Este CONTRATO poderá ser extinto por resolução de ambas as partes, por rescisão unilateral, em virtude de extinção da unidade hospitalar, por inexecução ou execução inadequada e por anulação, observado o devido processo legal e a ampla defesa, bem como observados, no que couber, os artigos 77 e 78 da lei 8.666/93.

Parágrafo Primeiro – A rescisão unilateral somente ocorrerá mediante prévio aviso de 06 (seis) meses à outra parte.

Parágrafo Segundo – Caso a CONTRATANTE exerça a rescisão unilateral do contrato, esta permitirá o levantamento das benfeitorias e bens materiais aplicados na unidade hospitalar pela CONTRATADA ou a indenizará por valor correspondente, bem como a ressarcirá quanto aos valores decorrentes da extinção antecipada de contratos cíveis e trabalhistas celebrados, conforme o caso.

Parágrafo Terceiro – As disposições constantes no parágrafo segundo serão aplicadas também nos demais casos previstos no caput da presente cláusula, no que couber.

Cláusula Décima Terceira – Da Vigência

Excepcionalmente, dada a natureza do serviço prestado e do objeto da CONTRATADA, o contrato é celebrado por prazo indeterminado, com validade e eficácia condicionadas à publicação resumida do instrumento pela CONTRATANTE, no Diário Oficial, e na integralidade, pela CONTRATADA, no seu sítio da internet.

Cláusula Décima Quarta – Dos Casos Omissos

Os casos omissos referentes a este contrato serão resolvidos à luz da Lei nº 12.550/2011 e do Decreto nº 7.661/2011, pelas partes de comum acordo ou, não havendo esta possibilidade, mediante submissão da questão à Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Federal.

Cláusula Décima Quinta – Do Foro

Fica estabelecido o foro da Seção Judiciária de Vitória/ES, como competente para dirimir quaisquer dúvidas ou questões decorrentes da execução deste contrato.



E, por se acharem justas e contratadas, as partes assinam o presente contrato em três vias de igual teor e forma, contendo rubrica das partes em todas as folhas, na presença das testemunhas, para que produza todos os efeitos legais.

Brasília, de de 2013.

Pela EBSEH:

Pela UFES:

JOSÉ RUBENS REBELATTO
Presidente da EBSEH

REINALDO CENTODUCATTE
Reitor da UFES

CELSO FERNANDO RIBEIRO DE ARAÚJO
Diretor de Atenção à Saúde e Gestão de Contratos

Testemunhas:

1)

2)

CPF:

CPF:

ANEXO H - Formulário de Clima e Cultura Organizacional

FORMULÁRIO DE CLIMA E CULTURA ORGANIZACIONAL

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL

FICHA DE INSTRUÇÕES A proposta deste questionário é conhecer as pessoas que trabalham no Hospital, analisar suas necessidades e grau de satisfação.

Abaixo, algumas orientações:

- Fique a vontade para responder o questionário; seja o mais verdadeiro possível.
- A participação na pesquisa é voluntária, contudo, a sua participação é importante.
- Considerando a importância do sigilo, você não deve registrar seu nome nos cadernos.
- Leia com atenção as perguntas e marque um X para cada resposta.
- Caso a pergunta não corresponda à sua realidade de trabalho, deixe a resposta em branco, ou marque “não sei”.

SEÇÃO A

A1. Gênero:

() Feminino () Masculino

A2. Estado civil:

() Solteiro () Casado () Divorciado
() Viúvo () Outro: _____

A3. Filhos:

() Sim () Não

A4. Faixa Etária:

() 18 a 30 anos () 31 a 40 anos () 41 a 50 anos
() 51 a 60 anos () Acima de 61 anos

A5. Tempo de Serviço:

() Até 3 anos () 3 a 10 anos () 11 a 20 anos
() 21 a 30 anos () Acima de 31 anos

A6. Vínculo:

() UFES () EBSEH () Terceirizados () Ministério da Saúde
() SESA () DNPM () Prefeitura Municipal de Vitória

A7. Setor de trabalho: _____

A8. Cargo: _____

SEÇÃO B

B1. Como você classifica o seu atual grau de motivação para o trabalho?

() Muito baixo () Baixo () Regular
() Alto () Muito alto () Não Sei

B2. Como você classifica o HUCAM para prestar serviços, comparando-o com outros hospitais?

- () Um dos piores () Abaixo da média () Na média
 () Acima da média () Um dos melhores () Não sei

B3. Você se sente recompensado em relação à dedicação que você tem para com o HUCAM?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

B4. Até que ponto você sente orgulho de prestar serviços no HUCAM?

- () Em muito baixo grau () Em baixo grau () Em médio grau
 () Em alto grau () Em muito alto grau () Não sei

B5. Até que ponto você controla adequadamente o seu tempo profissional de modo a não prejudicar sua vida pessoal e familiar?

- () Em muito baixo grau () Em baixo grau () Em médio grau
 () Em alto grau () Em muito alto grau () Não sei

B6. Até que ponto o HUCAM é um hospital emocionalmente saudável para se prestar serviços?

- () Em muito baixo grau () Em baixo grau () Em médio grau
 () Em alto grau () Em muito alto grau () Não sei

B7. Você está satisfeito no seu atual local de trabalho?

- () Muito Insatisfeito () Insatisfeito () Nem Insatisfeito-Nem Satisfeito
 () Satisfeito () Muito Satisfeito () Não sei

SEÇÃO C**C1. A cooperação entre funcionários da sua área no HUCAM é:**

- () Péssima () Ruim () Regular
 () Boa () Ótima () Não sei

C2. Até que ponto você considera sua chefia imediata em seu trabalho no HUCAM um líder?

- () Em muito baixo grau () Em baixo grau () Em médio grau

D2. A comunicação entre funcionários de sua área com os de outras áreas do HUCAM é:

- () Péssima () Ruim () Regular
 () Boa () Ótima () Não sei

D3. As informações do HUCAM chegam até você de forma rápida?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

D4. Você confia nas informações que recebe oficialmente do HUCAM?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

D5. As informações (do HUCAM) chegam até você de forma clara?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

D6. Até que ponto você conhece as normas gerais do HUCAM?

- () Em muito baixo grau () Em baixo grau () Em médio grau
 () Em alto grau () Em muito alto grau () Não sei

D7. Até que ponto você conhece a missão, visão e valores do HUCAM?

- () Em muito baixo grau () Em baixo grau () Em médio grau
 () Em alto grau () Em muito alto grau () Não sei

D8. Até que ponto você conhece o organograma e se reconhece dentro da estrutura organizacional do HUCAM?

- () Em muito baixo grau () Em baixo grau () Em médio grau
 () Em alto grau () Em muito alto grau () Não sei

D9. Cite os três principais canais de informação (informativos, etc.) com os quais você obtém informação sobre o que acontece, com relação ao seu trabalho de modo geral:

1. _____

2. _____
3. _____

D10. Você teria alguma sugestão para melhorar a comunicação entre você e o Hospital?

SEÇÃO E

E1. Considerando a função que você ocupa, como você classifica seu salário em comparação com outros hospitais?

- () Muito pouco adequado () Pouco adequado () Na média
() Adequado () Muito adequado () Não sei

E2. Qual é o nível de satisfação de sua família em relação aos benefícios oferecidos pelo Hospital?

- () Muito baixo () Baixo () Regular
() Alto () Muito alto () Não sei

E3. Como você classifica seu salário comparando-o com os de seus colegas no HUCAM?

- () Muito pouco adequado () Pouco adequado () Na média
() Adequado () Muito adequado () Não sei

E4. O que você acha das atividades/eventos (sociais, de integração) realizados pelo HUCAM?

- () Péssimo () Ruim () Regular
() Bom () Ótimo () Não sei

E5. Em comparação com os outros hospitais, como você classifica os benefícios oferecidos pelo HUCAM?

- () Péssimos () Ruins () Regulares
() Bons () Ótimos () Não sei

SEÇÃO F

F1. Sua chefia imediata em seu trabalho no HUCAM lhe fornece oportunidades de exercer um trabalho estimulante?

- () Nunca () Raramente () Às vezes

() Frequentemente () Sempre () Não sei

F2. Quando tudo vai bem em seu trabalho no HUCAM, seu esforço é reconhecido pelo hospital?

() Nunca () Raramente () Às vezes
() Frequentemente () Sempre () Não sei

F3. Você se sente valorizado pelo HUCAM?

() Nunca () Raramente () Às vezes
() Frequentemente () Sempre () Não sei

F4. As oportunidades de crescimento profissional são iguais para todos (no HUCAM)?

() Nunca () Raramente () Às vezes
() Frequentemente () Sempre () Não sei

F5. O HUCAM oferece boas oportunidades de crescimento profissional?

() Nunca () Raramente () Às vezes
() Frequentemente () Sempre () Não sei

F6. Como você se vê dentro do HUCAM?

SEÇÃO G

G1. O HUCAM trata as questões de segurança no trabalho:

() Muito pouco adequadamente () Pouco adequadamente () Na média
() Adequadamente () Muito adequadamente () Não sei

G2. Até que ponto existe o comprometimento dos funcionários do HUCAM com a segurança geral no trabalho?

() Em muito baixo grau () Em baixo grau () Em médio grau
() Em alto grau () Em muito alto grau () Não sei

G3. Até que ponto você está satisfeito com as instalações do seu local de trabalho?

- () Em muito baixo grau () Em baixo grau () Em médio grau
 () Em alto grau () Em muito alto grau () Não sei

G4. O HUCAM fornece as condições necessárias para que você possa trabalhar com qualidade?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

SEÇÃO H

H1. Sua chefia imediata, em seu trabalho no HUCAM, se interessa pela capacitação de seus subordinados?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

H2. O HUCAM estimula a participação das pessoas, a fim de aperfeiçoar a qualidade de seus serviços?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

H3. Como você classifica sua capacitação para desempenhar corretamente suas atuais funções (no HUCAM)?

- () Péssimo () Ruim () Regular
 () Bom () Ótimo () Não sei

H4. Seu desempenho profissional é avaliado de forma justa (no HUCAM)?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

SEÇÃO I

I1. Você tem oportunidade, no seu trabalho no HUCAM, de ver suas ideias implantadas?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

12. O HUCAM estimula os prestadores de serviços a fim de aperfeiçoar a qualidade de seus serviços?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

13. Você busca melhorias de produtividade no seu trabalho?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

14. As sugestões/ideias apresentadas pelos prestadores de serviços para melhorar os processos no trabalho são tratadas com a devida importância pelo HUCAM?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

SEÇÃO J

J1. Os conhecimentos técnicos de sua chefia imediata em seu trabalho no HUCAM são:

- () Muito fracos () Fracos () Regulares
 () Bons () Ótimos () Não sei

J2. Quando solicitado, a sua chefia imediata, em seu trabalho no HUCAM, age rapidamente na solução dos problemas da sua área ?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

J3. O apoio que você tem de sua chefia imediata, em seu processo de trabalho no HUCAM, para resolver os seus problemas profissionais é:

- () Péssimo () Ruim () Regular
 () Bom () Ótimo () Não sei

J4. As normas e procedimentos, em seu processo de trabalho no HUCAM, são aplicados igualmente a todos?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

J5. Você conhece claramente quais são suas responsabilidades no trabalho no HUCAM?

- () Desconheço () Pouco () Razoavelmente
 () Bem () Muito bem () Não sei

J6. Na sua opinião, a sua dedicação para com o HUCAM:

- () Tem diminuído muito () Tem diminuído () Tem se mantido
 () Tem aumentado () Tem aumentado muito () Não sei

J7. Sua chefia imediata, em seu trabalho no HUCAM, é justa na distribuição de tarefas aos funcionários?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

J8. Você consegue levar facilmente ao conhecimento de sua chefia imediata, em seu trabalho no HUCAM, os problemas que lhe afetam?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

J9. Na sua opinião, o comprometimento dentro da sua equipe, em seu trabalho no HUCAM é:

- () Péssimo () Ruim () Regular
 () Bom () Ótimo () Não sei

J10. Na sua opinião, a cooperação entre funcionários de áreas diferentes, em seu trabalho no HUCAM é:

- () Péssima () Ruim () Regular
 () Boa () Ótima () Não sei

J11. Na sua opinião, a diferença dos vínculos de trabalho, dentro do HUCAM, afetam as relações de trabalho de que forma?

- () Muito negativa () Negativa () Não afetam
 () Muito positiva () Positiva () Não sei

J12. Como você define a integração dos trabalhadores de diferentes vínculos no mesmo setor de trabalho, dentro do HUCAM?

- () Péssima () Ruim () Regular
 () Boa () Ótima () Não sei

J13. Na sua opinião, os funcionários estão comprometidos com o sucesso do Hospital?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

J14. Até que ponto sua chefia imediata, em seu trabalho no HUCAM, está capacitada para avaliar seu desempenho?

- () Em muito baixo grau () Em baixo grau () Em médio grau
 () Em alto grau () Em muito alto grau () Não sei

J15. Até que ponto você acredita que a avaliação de desempenho é um processo que traz resultados positivos para os funcionários?

- () Em muito baixo grau () Em baixo grau () Em médio grau
 () Em alto grau () Em muito alto grau () Não sei

J16. A habilidade de sua chefia imediata, em seu trabalho no HUCAM, de tratar com as pessoas é:

- () Muito fraca () Fraca () Regular
 () Boa () Ótima () Não sei

SEÇÃO K

K1. Na sua opinião, os serviços do HUCAM são:

- () Péssimos () Ruins () Regulares
 () Bons () Ótimos () Não sei

K2. Como você vê o futuro do HUCAM?

- () Péssimo () Ruim () Regular
 () Bom () Ótimo () Não sei

K3. A imagem que o HUCAM transmite para o público em geral é de um hospital:

- () Entre os piores () Abaixo da média () Na média

- Acima da média Entre os melhores Não sei

K4. Por quanto tempo mais você pretende trabalhar no HUCAM?

- Pretendo sair rapidamente Alguns meses Alguns anos
 Não tenho planos de sair da empresa Até o fim da carreira Não sei

K5. O HUCAM é burocratizado:

- Em muito baixo grau Em baixo grau Em médio grau
 Em alto grau Em muito alto grau Não sei

K6. O HUCAM demonstra estar integrado às comunidades onde atua?

- Em muito baixo grau Em baixo grau Em médio grau
 Em alto grau Em muito alto grau Não sei

K7. Comparando com outros hospitais de seu conhecimento, até que ponto o HUCAM está orientado na busca da satisfação do usuário?

- Em muito baixo grau Em baixo grau Em médio grau
 Em alto grau Em muito alto grau Não sei

SEÇÃO L

L1. Você se considera um profissional de educação dentro do HUCAM?

- Em muito baixo grau Em baixo grau Em médio grau
 Em alto grau Em muito alto grau Não sei

L2. Você acredita que participa ativamente na formação de novos profissionais de saúde?

- Em muito baixo grau Em baixo grau Em médio grau
 Em alto grau Em muito alto grau Não sei

L3. Você observa comportamentos inadequados no ambiente de trabalho?

- Nunca Raramente Às vezes
 Frequentemente Sempre Não sei

L4. Você considera que há aplicação de medidas disciplinares em relação aos desvios de conduta no trabalho?

- () Nunca () Raramente () Às vezes
 () Frequentemente () Sempre () Não sei

L5. Como você considera os procedimentos adotados pela instituição para o remanejamento interno de trabalhadores?

- () Muito pouco adequados () Pouco adequados () Na média
 () Adequados () Muito adequados () Não sei

L6. De uma forma geral, qual é o seu grau de satisfação prestando serviços no HUCAM?

- () Muito Insatisfeito () Insatisfeito () Nem Insatisfeito-Nem Satisfeito
 () Satisfeito () Muito Satisfeito () Não sei

L7. Para você, como trabalhador do HUCAM, quais são os três valores mais importantes que FALTAM no seu trabalho? (marcar três itens à escolha)

Com relação ao HUCAM
() Relacionamento com colegas de trabalho
() Condições físicas de trabalho
() Salário
() Relacionamento com meu chefe
() Confiança na liderança do hospital (diretoria)
() Realização pessoal
() Carreira, desenvolvimento profissional
() Reconhecimento pelo trabalho
() Benefícios
() Segurança no emprego
() Treinamento

L8. Até que ponto você acredita que os resultados dessa pesquisa serão utilizados para produzir melhorias no HUCAM?

- Em muito baixo grau Em baixo grau Em médio grau
 Em alto grau Em muito alto grau Não sei

L9. Você teria alguma proposta ou sugestão para melhorar o seu relacionamento de trabalho?

L10. Finalmente, você teria alguma proposta ou sugestão para melhorar o desempenho do HUCAM de modo geral?
