

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E CIÊNCIAS CONTÁBEIS
MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO**

Débora Frederico Salles

**O Campo HU/UFJF à luz da Teoria Bourdieusiana: as reconfigurações das
relações de poder a partir da implementação da gestão Ebserh**

Juiz de Fora

2022

Débora Frederico Salles

**O Campo HU/UFJF à luz da Teoria Bourdieusiana: as reconfigurações das
relações de poder a partir da implementação da gestão Ebserh**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração. Área de concentração: Gestão das Organizações

Orientador: Prof. Dr. Denis Alves Perdigão

Coorientador: Prof. Dr. Victor Cláudio Paradela Ferreira

Juiz de Fora
2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Salles, Débora Frederico Salles.

O campo HU/UFJF à luz da Teoria Bourdieusiana : as reconfigurações das relações de poder a partir da implementação da gestão Eberh / Débora Frederico Salles Salles. -- 2022. 195 p. : il.

Orientador: Denis Alves Perdigão Perdigão
Coorientador: Victor Cláudio Paradelo Ferreira Ferreira
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Administração e Ciências Contábeis. Programa de Pós-Graduação em Administração, 2022.

1. Hospitais Universitários Federais. 2. Eberh. 3. Bourdieu. 4. Relações de Poder. 5. Saúde. I. Perdigão, Denis Alves Perdigão, orient. II. Ferreira, Victor Cláudio Paradelo Ferreira, coorient. III. Título.

DÉBORA FREDERICO SALLES

O Campo HU/UFJF à Luz da Teoria Bourdieusiana: as reconfigurações das relações de poder a partir da implementação da gestão Ebserrh

Dissertação
apresentada ao
Programa de Pós-
graduação em
Administração
da Universidade
Federal de Juiz de
Fora como requisito
parcial à obtenção do
título de Mestra em
Administração. Área
de
concentração: Gestão,
Tecnologias e
Processos
Organizacionais.

Aprovada em 20 de dezembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Denis Alves Perdigão - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Victor Cláudio Paradelo Ferreira - Coorientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª. Drª. Lilian Alfaia Monteiro
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª. Drª Elisângela Domingues Michelatto Natt

Juiz de Fora, 20/12/2021.



Documento assinado eletronicamente por **Victor Claudio Paradela Ferreira, Professor(a)**, em 20/12/2021, às 16:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Denis Alves Perdigão, Professor(a)**, em 20/12/2021, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lilian Alfaia Monteiro, Professor(a)**, em 21/12/2021, às 12:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Elisângela Domingues Michelatto Natt, Usuário Externo**, em 01/02/2022, às 11:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0622729** e o código CRC **8B31CA32**.

Aos meus pais Maria Helena e Waldir (*in memoriam*)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela saúde e as bênçãos recebidas em um contexto pandêmico, o que me possibilitou conduzir o mestrado com muita determinação, foco e vontade.

Ao meu pai, Waldir Salles (*in memoriam*). Desde cedo me mostrou o valor do esforço pessoal e dos estudos. Lembro-me o quanto gostava de se sentar ao meu lado, curioso para saber o que estava estudando, na tentativa de me incentivar e aprender. Mas não pôde me acompanhar até a conclusão do mestrado. Infelizmente.

À minha mãe, Maria Helena Frederico, pelo tempo compartilhado no período da pandemia. Com seu apoio, possibilitou que a pesquisa fluísse, mesmo diante das adversidades.

Aos meus irmãos, Lílian, Robertha e Vinícius, os três no meu coração. Com eles posso sempre contar.

Ao meu professor orientador, Denis Alves Perdigão. Com a disciplina Política e Poder nas Organizações me despertou o interesse na área. Tracei novo caminho para a pesquisa. O meu reconhecimento e gratidão pela sua disponibilidade e contribuições na condução da sua orientação, descomplicando o processo.

Ao meu professor coorientador Victor Cláudio Paradela Ferreira, com quem iniciei a minha jornada acadêmica e as produções científicas no Grupo de Estudos e Pesquisas em Pessoas e Organizações - GEPPPO, a quem sou muito grata.

Lilian Alfaia Monteiro, mestra que me fez olhar para a pesquisa com lente distinta na disciplina Seminário de Dissertação.

Professora Elisângela Domingues Michelatto Natt. Disponibilidade e contribuições na pesquisa nas bancas de qualificação e defesa da dissertação.

À professora Vanessa Barros. O carinho em seus ensinamentos no software *IRaMuTeQ* muito contribuiu para a pesquisa.

Aos meus colegas de mestrado, Alessandra, Charlie, Eliza, Fabrício, Guilherme, Kátia, Luiza, Manuela, Marília, Nathalia, Paula, René, Rodrigo, Victor e Vinícius. Tornaram a nossa missão mais agradável ao compartilhar bons momentos, às vezes difíceis, mas necessários. Seria ainda melhor se não tivéssemos que nos isolar por conta da Covid-19, a partir de março de 2020.

Em especial, a minha amiga Sabrina, que partilhou com entusiasmo as nossas atividades acadêmicas. Apoio precioso durante o mestrado.

Aos participantes da pesquisa, médicos e enfermeiros do HU/UFJF-Ebserh. Mesmo no período crítico da pandemia se dispuseram a conceder as entrevistas e permitir a investigação.

À UFJF, pela oportunidade do mestrado e todo o aprendizado acadêmico e pessoal que adquiri.

Por fim, sinto-me imensamente grata e feliz pela conclusão do projeto. Representa um marco na minha trajetória acadêmica e profissional em função das vastas horas, finais de semana e aulas (presenciais e online) dedicados aos estudos, pesquisas e desenvolvimento das argumentações e proposições.

RESUMO

Esta pesquisa se propôs a investigar o campo HU/UFJF/Ebserh, com o objetivo de identificar de que forma a implantação do modelo Ebserh de gestão dos hospitais universitários federais reconfigurou as relações de poder entre os agentes profissionais enfermeiros e médicos que atuam no Hospital Universitário da UFJF. Partiu-se da suposição inicial de que a Ebserh muda o contexto organizacional do HU. Em consequência, há reflexos nas relações de trabalho em virtude do recente vínculo celetista de trabalhadores. O estudo buscou na abordagem bourdieusiana o arcabouço conceitual-analítico, olhando em maior profundidade conceitos de campo, *habitus* e capital, a fim de revelar relações entre agente e campo. A premissa epistemológica da pesquisa é estrutural-construtivista, com natureza de caráter qualitativo, pois procurou compreender os fenômenos a partir das percepções e opiniões dos agentes na fase de coleta de dados no contexto de trabalho. O método adotado é o de estudo de caso de Yin (2015), com unidade de análise o conjunto de relações de poder entre os agentes médicos e enfermeiros. Os dados foram coletados por meio de pesquisa documental e entrevistas no formato semiestruturado, tratados por meio de procedimentos de análise de conteúdo de Bardin (2016). Utilizou-se a técnica da análise categorial temática, com o *software IRaMuTeQ*. Os resultados mostram que ocorre nova redistribuição no campo HU/UFJF entre os vínculos RJU e Ebserh, mantendo-se, ainda, assimetrias de poder que se concentram nos agentes médicos, mas tendendo à redução, confirmando a suposição inicial.

Palavras-chave: Bourdieu. Ebserh. Gestão. Hospitais Universitários Federais. HU. Relações de Poder. Saúde.

ABSTRACT

This research aimed to investigate the HU/UFJF/Ebserh field, with the purpose of identifying how the implementation of the Ebserh management model of federal university hospitals has reconfigured the power relations between professional nurses and physicians who work at the UFJF University Hospital. The starting assumption was that Ebserh changes the organizational context of the HU and, as a consequence, there are reflections on labor relations due to the recent clt employment relationship. This study sought in the Bourdieusian approach, the conceptual-analytical framework, looking in greater depth at the concepts of field, *habitus* and capital in order to reveal the relationships between agent and field. The epistemological premise of the research is structural-constructivist and its nature is qualitative, as it sought to understand the phenomena from the agents' perceptions and opinions in the data collection phase in their work contexts. The method adopted is the case study of Yin (2015), having as unit of analysis the set of power relations between medical agents and nurses. Data were collected through document research and interviews in a semi-structured format, treated through Bardin's (2016) content analysis procedures, drawing on the thematic categorical analysis technique, using the *IRaMuTeQ* software. The results show that there is a new redistribution in the HU/UFJF field between the RJU and Ebserh links, still maintaining the power asymmetries that are concentrated in medical agents, but tending to reduction, confirming the initial assumption.

Keywords: Bourdieu. Ebserh. Management. Federal University Hospitals. HU. Power Relations. Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura organizacional básica do sistema Ebserh	35
Figura 2 - Estrutura de atenção à saúde de médio porte	36
Figura 3 - Construto da Teoria Bourdieusiana	40
Figura 4 - Espaço das posições sociais e espaço dos estilos de vida.....	44
Figura 5 - Questões orientadoras para a coleta de informações no campo.....	53
Figura 6 - Desenvolvimento de uma análise de conteúdo	57
Figura 7 - Desenho esquemático da pesquisa	59
Figura 8 - Unidade Santa Catarina	63
Figura 9 - Unidade Dom Bosco	63
Figura 10 - Centro de Atenção Psicossocial - Caps.....	64
Figura 11 - Estrutura organizacional básica do HU/UFJF-Ebserh	69
Figura 12 - Gerência de Atenção à Saúde (GAS/HU/UFJF-Ebserh)	70
Figura 13 - Subcategorias que representam as propriedades dos campos - Etapas B e C.....	76
Figura 14 - Nuvem de palavras que representam os capitais específicos do subcampo enfermeiro.....	83
Figura 15 - Nuvem de palavras que representam os capitais específicos do subcampo médico	84
Figura 16 - Requisitos para acesso a cargo de gestão.....	90
Figura 17 - Percepções sob o impacto do início da gestão Ebserh.....	98
Figura 18 - Gráfico da similitude da relação entre enfermeiro e médico no HU na percepção do enfermeiro.....	114
Figura 19 - Gráfico da similitude da relação entre enfermeiro e médico no HU na percepção do enfermeiro Ebserh.....	115
Figura 20 - Gráfico da similitude da relação entre enfermeiro e médico no HU na percepção do enfermeiro do RJU.....	117
Figura 21 - Gráfico da similitude da relação entre enfermeiro e médico no HU na percepção do médico	118
Figura 22 - Nuvem de palavras das percepções do enfermeiro sobre a interação entre o grupo	124
Figura 23 - Nuvem de palavras das percepções do médico sobre a interação entre o grupo .	124
Figura 24 - Subcategorias que representam o <i>habitus</i>	129
Figura 25 - Possíveis motivos (ou não) da autonomia.....	134
Figura 26 - Percepção do enfermeiro e médico sobre os aspectos determinantes do ethos ...	135
Figura 27 - Subcategorias que representam a articulação das disposições no campo	142
Figura 28 - Fatores determinantes do capital decisivo na percepção do enfermeiro e médico	143
Figura 29 - Matriz relacional corrigida - estrutura na prática.....	169

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Hospitais universitários federais: rede Ebserh	33
Quadro 2 - Modelo de análise apoiado nas etapas do Modelo Teórico de Bourdieu	52
Quadro 3 - Modelo de análise da pesquisa documental	54
Quadro 4 - Macroproblemas preliminarmente selecionados	62
Quadro 5 - Serviços habilitados ao HU	64
Quadro 6 - Serviços ofertados pelo HU-UFJF/Ebserh	65
Quadro 7 - Quadro de pessoal do HU	66
Quadro 8 - Profissionais por área	67
Quadro 9 - Discentes por curso de graduação no 1º semestre de 2018	67
Quadro 10 - Residências no 1º semestre de 2018	68
Quadro 11 - Perfil dos enfermeiros entrevistados	71
Quadro 12 - Perfil dos médicos entrevistados	72
Quadro 13 - Percepções do enfermeiro RJU sobre a relação de trabalho com o médico	106
Quadro 14 - Percepções do enfermeiro Ebserh sobre a relação de trabalho com o médico	107
Quadro 15 - Percepções do médico RJU sobre a relação de trabalho com o enfermeiro	110
Quadro 16 - Percepções do médico Ebserh sobre a relação de trabalho com o enfermeiro	111
Quadro 17 - Percepções do enfermeiro sobre a interação entre o grupo	120
Quadro 18 - Percepções do médico sobre a interação entre o grupo	122
Quadro 19 - A <i>hexis</i> , na percepção do enfermeiro, impacta a formação de grupos?	130
Quadro 20 - A <i>hexis</i> , na percepção do médico, impacta a formação de grupos?	132
Quadro 21 - As decisões sobre procedimentos de cuidados aos pacientes são programadas e discutidas?	136
Quadro 22 - Hierarquia	144
Quadro 23 - Percepções do enfermeiro sobre as regras do grupo	149
Quadro 24 - Percepções do médico sobre as regras do grupo	150
Quadro 25 - Percepções do enfermeiro sobre o prescrito e o real das atividades	152
Quadro 26 - Percepções do médico sobre o prescrito e o real das atividades	153
Quadro 27 - Artigos das bases <i>SciELO</i> e <i>Capes/MEC</i>	185
Quadro 28 - Dissertações e teses das bases <i>IBICT/BDTD</i> e <i>Capes/MEC</i>	186
Quadro 29 - Periódicos com maior número de artigos publicados	187
Quadro 30 - Artigos que compõem o núcleo de partida para o referencial teórico	187
Quadro 31 - Dissertações e teses que compõem o núcleo de partida do referencial teórico	189

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Subcategoria trajetória acadêmica e profissional do agente enfermeiro - Etapa B.	77
Tabela 2 - Subcategoria trajetória acadêmica e profissional do agente médico - Etapa B.	79
Tabela 3 - Subcategoria capitais efetivos dos agentes enfermeiro e médico - Etapa B.	82
Tabela 4 - Frequência das palavras que deram suporte para a elaboração das “nuvens de palavras”	83
Tabela 5 - Subcategoria estrutura dos capitais dos agentes enfermeiro e médico - Etapa B.	87
Tabela 6 - Subcategoria capital dominante dos agentes enfermeiro e médico - Etapa B.	89
Tabela 7 - Subcategoria análise das relações objetivas entre as posições - Etapa C.	95
Tabela 8 - Percepções do enfermeiro sob a ótica das relações de trabalho	96
Tabela 9 - Percepções do enfermeiro RJU sob a ótica das relações de trabalho	98
Tabela 10 - Percepções do enfermeiro Ebserh sob a ótica das relações de trabalho	100
Tabela 11 - Percepções do médico sob a ótica das relações de trabalho	102
Tabela 12 - Percepções do médico RJU sob a ótica das relações de trabalho	103
Tabela 13 - Percepções do médico Ebserh sob a ótica das relações de trabalho	104
Tabela 14 - Frequência de fatores dificultadores e facilitadores na relação com o médico	105
Tabela 15 - Frequência das palavras que deram suporte à elaboração do gráfico da similitude da Figura 18.	113
Tabela 16 - Frequência das palavras que deram suporte à elaboração do gráfico da similitude da Figura 19.	116
Tabela 17 - Frequência das palavras que deram suporte à elaboração dos gráficos da similitude das Figuras 21 (médico) e 18 (enfermeiro)	118
Tabela 18 - Frequência das palavras que deram suporte à elaboração das “nuvens de palavras”	125
Tabela 19 - Percepções do enfermeiro e médico sobre aspectos da estrutura organizacional	126
Tabela 20 - Subcategorias que representam o <i>habitus</i>	129
Tabela 21 - Subcategorias que representam a articulação das disposições no campo	142

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CGs	Colegiados Gestores
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
IFE	Instituição Federal de Ensino
MEC	Ministério da Educação
MP	Medida Provisória
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
OS	Organização Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIT	Plano Individual de Trabalho
POP	Procedimento Operacional Padrão
PROADES	Programa de Avaliação de Desempenho
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RJU	Regime Jurídico Único
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TAE	Técnico-Administrativo em Educação
TCU	Tribunal de Contas da União
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UPs	Unidades de Produção

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH): SUA TRAJETÓRIA	21
2.1.1 A organização hospitalar no ocidente	21
2.1.2 Os hospitais universitários	26
2.1.3 As reformas gerenciais	28
2.1.4 A reforma gerencial brasileira de 1995	29
2.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS SOB A GESTÃO EBSERH	34
2.3 TEORIA BOURDIEUSIANA.....	38
2.3.1 Campo.....	40
2.3.2 <i>Habitus</i>	43
2.3.3 Capital.....	45
3 ESTRUTURA METODOLÓGICA	49
3.1 NATUREZA DA PESQUISA.....	50
3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	51
3.3 PARTICIPANTES.....	55
3.4 CONTEXTO DA PESQUISA.....	55
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	55
3.6 ANÁLISE DE DADOS	56
4 O CAMPO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFJF	59
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	60
4.2 PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO - PDE 2019/2022 HU-UFJF/Ebserh	61
4.3 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO HU-UFJF/EBSERH	62
4.3.1 Estrutura física	62
4.3.2 Capacidade instalada	64
4.3.3 Quadro de pessoal.....	66
4.3.4 Ensino, pesquisa e extensão	67
4.3.5 Modelo de governança.....	68
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	71
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	71
5.2 A OPERACIONALIZAÇÃO DAS ETAPAS DE INVESTIGAÇÃO	73

5.3 CAMPO - DELIMITAÇÃO DO CAMPO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFJF NO ESPAÇO SOCIAL (ETAPA A)	74
5.4 CATEGORIAS DE ANÁLISE DAS ETAPAS B, C, D, E.....	75
5.4.1 Campo (Etapas B e C)	75
5.4.1.1 Campo - Distribuição dos agentes no espaço social e identificação das relações dos agentes - Etapa B.....	76
5.4.1.1.1 Trajetória social do agente.....	76
5.4.1.1.2 Capitais efetivos	82
5.4.1.1.3 Estrutura dos capitais.....	86
5.4.1.1.4 Capital dominante	89
5.4.1.2 Campo - Análise das relações objetivas entre posições no campo - Etapa C.....	95
5.4.1.2.1 Relação entre enfermeiro EBSEH e RJU.....	96
5.4.1.2.2 Relação entre médico EBSEH e RJU	102
5.4.1.2.3 Relação entre enfermeiro e médico	105
5.4.1.2.4 Interação entre grupos	119
5.4.1.2.5 Estrutura organizacional.....	126
5.4.2 Análise das disposições subjetivas (<i>habitus</i>) - Etapa D	129
5.4.2.1 <i>Hexis</i>	130
5.4.2.2 <i>Eidos</i>	133
5.4.2.3 <i>Ethos</i>	135
5.4.3 Disposições no Campo- Construção de uma matriz relacional - Etapa E.....	142
5.4.3.1 Elite (capital decisivo).....	143
5.4.3.2 Como os agentes são julgados?	146
5.4.3.3 Regras inconscientes do jogo	148
5.4.3.4 Como a violência simbólica é exercida?	154
5.4.4 Síntese da problemática do campo - Etapa F.....	157
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	170
6.1 PERSPECTIVAS FUTURAS	174
REFERÊNCIAS.....	175
APÊNDICE A - Revisão Sistemática de Literatura	184
APÊNDICE B - Roteiro das Entrevistas	192
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	194

1 INTRODUÇÃO

A complexidade da ‘máquina da saúde’ faz surgir novos especialistas, os gestores de saúde que buscam diagnósticos e soluções para ser mais previsível e programável. “Uma máquina racionalizada e eficiente: um negócio de especialistas”, que outrora se concentrava nas mãos e mentes dos profissionais de saúde, em especial os médicos (SOUZA *et al.*, 2014, p.13).

A complexidade reside ainda, segundo os autores, na percepção de que o cuidado em saúde é coproduzido pelos usuários e especialistas, afastando-se a ideia, portanto, de que ao usuário compete somente usar os serviços. É capaz de criar caminhos e significações, que pelo seu agir leigo implicariam múltiplas máquinas da saúde.

O hospital, uma das máquinas, centra-se no conceito de organização complexa, perpassada por múltiplos interesses e “lugar de construção de identidades profissionais com grande reconhecimento social”. A organização tem papel estratégico na prestação de serviços de saúde de uma região, objeto, por consequência, de contínuo processo de ressignificação [as múltiplas máquinas], devido à referência na produção do cuidado que se norteia nos princípios de qualidade, integralidade e eficiência (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007, p. 966).

Inseridos na rede hospitalar no Brasil encontram-se os Hospitais Universitários Federais (HUs). Diferenciam-se em diversos aspectos dos demais, e devem ser analisados nas especificidades organizacionais. Os HUs assumem no campo do ensino, pesquisa e extensão as funções de treinamento, formação de pessoas e inovação tecnológica, desenvolvendo, além disso, ações que buscam aproximar a academia dos serviços na área da saúde, destacando-se como centros de referência de média e alta complexidade para a rede pública (BRASIL, 2010).

Além das características da “máquina da saúde”, especificamente dos HUs, deve-se retornar à Constituição Federal de 1988. Aprofunda-se a reflexão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e compreende-se o processo que culminou com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), que traz um novo modelo de gestão para os HUs.

A Constituição Federal de 1988 preconiza, em seu artigo 196: saúde é direito de todos e dever do Estado. Para atender a esse princípio como direito social, universal, igualitário e integral forma-se o SUS (BRASIL, 1988).

Entretanto, na existência do SUS, o preceito se encontra em processo de construção, segundo indica o relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde¹, em que se destaca a proposta do item 2 da Seção das Diretrizes do Eixo II - Consolidação dos Princípios do SUS:

2 (ACE2D, ALE2D, ESE2P2, MAE2P1, PBE2D, SEE2D) - Consolidação dos princípios do SUS, mantendo-o de forma integral, equânime, universal e de gestão pública, garantidos na Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, **sem terceirização**, de forma a concretizar e fortalecer o sistema, reduzindo **suas fragilidades** a partir de uma gestão estratégica e participativa, com ênfase na regionalização, na ampliação dos espaços de participação e controle social (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019, p. 33) (grifos da autora).

Vários fatores influenciaram a não concretização efetiva dos princípios e surgiram logo após, nos anos 1990, no contexto da contrarreforma do Estado brasileiro. Behring (2008) defende que a redução do gasto público social e as reformas voltadas ao mercado, mesmo com a criação da CPMF e a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000², não foram capazes de assegurar os conceitos de universalidade, integralidade e equidade do SUS.

Na análise de Fadul (1999), o período foi consequência da crise do modelo de Estado do Bem-Estar, que vigorou até os anos 70 e 80, considerado modelo de Estado tradicional, ao garantir e disponibilizar serviços coletivos gratuitos. Mas perderam a sustentação devido ao desequilíbrio das finanças públicas.

A autora avalia que ao se refletir sobre a reforma do Estado devem ser considerados dois posicionamentos que não se excluem no contexto das ideias neoliberais. O primeiro diz respeito às demandas de serviços versus escassez de recursos, pressionando o Estado a ser mais eficiente. O segundo, a onda do liberalismo e a concepção de um Estado mínimo forte e eficaz em contraposição à administração pública direta ou indireta ineficiente que se volta para a redução do tamanho do Estado.

Kruger, Moraes e Sobieranski (2020) ressaltam que de 1990 a 2000 intensificaram-se as ideologias pautadas na contrarreforma, denominadas gestão gerencialista. Influem no

¹ Documento intitulado: Relatório Nacional Consolidado. 16ª Conferência Nacional de Saúde: Democracia e Saúde. Brasília, DF, 04 a 07 de agosto de 2019.

² A Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, trata das alterações dos artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para assegurar os recursos mínimos ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

atendimento das necessidades sociais, pois se propala a ideia de que não é responsabilidade do Estado a provisão social e deve ser transferida ao mercado.

As Organizações Sociais surgem nesse ambiente reformista, ainda no primeiro mandato do governo Cardoso (1995). Iniciou-se a discussão sobre mudança da gestão do SUS para outras formas de gestão não estatais a partir dos contratos de gestão e parcerias, mediante transferência de recursos públicos, viabilizados pelas OSs e Fundações Estatais de Direito Privado (SILVA, 2012).

Segundo a autora, no governo presidido por Lula igualmente ocorreu um movimento reformista em 2007 na administração pública. Para a gestão de serviços de diversas áreas sociais, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) defendeu a utilização de modelo já existente na administração pública - as Fundações Estatais de Direito Privado - como alternativa de se implementar as políticas sociais de forma mais ágil com maior profissionalismo gerencial.

Na crise dos hospitais de ensino nas últimas décadas - na ótica de Gomes (2016) acentuou-se em 2000; segundo Lampert *et al.* (2013), recaiu sobre o novo governo, em 2003, originando-se as razões para uma nova gestão, que resultou na criação da Ebserh. Para Silva e Assis (2016), as insuficientes condições de atendimento levantaram questionamentos a respeito da gestão dos HUs.

Apesar dos investimentos na reestruturação e revitalização desses hospitais públicos nos últimos anos, especialmente pelo Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), em 2010, o governo federal não conseguiu solucionar o tema dos trabalhadores para atender às demandas de saúde. Diversos estudiosos consideram que a crise referente à grande lacuna no quadro de pessoal dos hospitais universitários foi o argumento para legitimar a proposta de uma empresa pública, a Ebserh, em gerenciar os HUs no Brasil (GOMES, 2016; PERSSON; MORETO NETO, 2018).

Como consequência, é aprovada a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, instituindo a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) que se caracteriza como empresa pública de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao MEC. Uma nova forma jurídica de administrar os HUs, principalmente os federais, estipulando metas de desempenho, prazos e indicadores. No Hospital Universitário da UFJF, o Contrato de Gestão Especial Gratuita nº 58/2014 entre a UFJF e a Ebserh é assinado em 19 de novembro de 2014 (BRASIL, 2011b; EBSEH, 2014a).

Do ponto de vista legal, a Ebserh representa a terceirização ou privatização dos HUs federais. A avaliação é de que esse modelo transferiria para os interesses econômicos a responsabilidade do governo pelas ações sociais. Para Fadul (1999), por exemplo, o processo de reforma resultou em amplo programa de privatização de serviços públicos. Kruger, Moraes e Sobieranski (2020) avaliam, igualmente, que a perspectiva gerencialista impacta a mudança de gestão de instituições públicas de direito público para privado, conduzindo à privatização dos serviços sociais.

Outros autores compartilham a ideia de privatização dos HUs, como Person e Moretto Neto (2018) e Zaganelli e Bussinguer (2016), ao analisar que o sistema de saúde, por influência do modelo neoliberal, caminha para a privatização. No entanto, conforme Sodré *et al.* (2013), a Ebserh integra a Administração Indireta, não resultando em delegação de serviços e descontinuidade dos serviços do SUS, mas, quando se compara a modelos estatais clássicos dirige-se a uma relativização das normas de direito público.

Por fim, além do conjunto de fatos que precederam a criação da Ebserh, em 2017 é aprovada a Lei nº 13.429/2017, que trata do trabalho temporário e relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros (BRASIL, 2017).

A entrada em vigor da Lei 13.429/2017 pode ser representativa para os HUs sob a administração da Ebserh, ampliando-se a complexidade de gestão, pois autoriza mais um vínculo empregatício em atividades fins. Poderão existir três vínculos: servidores públicos estatutários, celetistas contratados pela Ebserh via concurso público e terceirizados - a empresa poderá contratar, pois a terceirização está legitimada no país.

Na concepção de Fleury (2007), resgatar o contexto político e econômico e o momento de criação da organização são essenciais à compreensão de sua natureza. Primordial no processo a investigação dos fatos críticos ocorridos, como as crises, expansões e pontos de inflexão, pois o tecido simbólico se evidencia ao pesquisador mais claramente.

Fischer (2007) defende que para entender a complexidade deve-se investigar a relação entre padrões culturais e processos e relações de poder que determinam o campo organizacional. Para a autora, as dimensões da cultura e do poder são padrões inter-relacionados, que se influenciam. As práticas estão subjacentes, mas permitem definir o perfil da organização ao se aprofundar nos diversos níveis e compreender as causas de fenômenos, inexplicáveis em um primeiro momento.

Em razão do contexto, as relações de trabalho e de poder no HU/UFJF são influenciadas, emergindo um novo cenário. A pesquisa deverá buscar respostas à seguinte pergunta: como os

diferentes regimes de trabalho encontrados na Ebserh-HU/UFJF impactam as relações de poder entre servidores públicos estatutários e funcionários celetistas a ela vinculados?

O objetivo geral da pesquisa é identificar como a implementação do modelo Ebserh de gestão dos hospitais universitários federais reconfigura as relações de poder entre os agentes profissionais enfermeiros e médicos que atuam no Hospital Universitário da UFJF e contemplar os seguintes objetivos específicos³:

- Delimitar o campo HU/Ebserh no espaço social;
- Reconhecer posições e relações dos agentes no campo HU/Ebserh;
- Descrever a lógica das relações entre as posições dos agentes no campo HU/Ebserh, com base em suas percepções;
- Identificar as disposições subjetivas dos agentes pesquisados - o *habitus*;
- Elaborar a matriz relacional corrigida da articulação entre as posições dos agentes pesquisados no campo HU - a estrutura na prática.

A pesquisa partiu da suposição inicial de que a Ebserh transforma o contexto organizacional do HU/UFJF. Em consequência, há reflexos nas relações de trabalho em virtude do recente vínculo celetista de trabalhadores. Os novos contornos se evidenciaram nas etapas de investigação, demonstrando que resultaram na fragmentação das relações profissionais e de coesão social.

Este estudo centra-se especificamente no conjunto de relações de poder entre agentes profissionais. A análise ocorreu com base na percepção de servidores públicos e empregados celetistas dos cargos enfermeiro e médico. Não foram consideradas objeto de investigação as percepções da administração local e central da Ebserh, e nem desenvolvidas comparações com outros hospitais federais de ensino. Abordou-se o tema dos pontos de vista psicológico, sociológico e histórico, utilizando como métodos de coleta de dados a pesquisa documental e a entrevista.

A relevância da pesquisa deve-se ao fato de o poder ser elemento de destaque no âmbito da administração hospitalar, capaz de moldar e transformar sua dinâmica. Com a mudança de gestão no HU, novas configurações foram estabelecidas. Conhecer as reais relações e manifestações é essencial para garantir a estabilidade e buscar práticas de aprimoramento de

³ O delineamento dos objetivos específicos segue a metodologia de Thiry-Cherque (2008), detalhada no Terceiro Capítulo - Estrutura Metodológica, o que permitiu atingir o objetivo geral.

gestão. É hospital de ensino, vinculado à UFJF, reconhecido como espaço complexo que articula ensino, pesquisa e extensão, além de possuir papel assistencial de destaque no contexto do SUS.

Este estudo avançou nas pesquisas concluídas sobre os atuais dilemas da Ebserh, como assimetrias de poder, ambientes de trabalho conflituosos e com pouca interação devido aos diferentes vínculos. A questão central foi o conjunto das relações de poder entre os agentes profissionais no HU/UFJF.

Além de dar continuidade aos estudos sobre a temática, evidenciados na revisão de literatura, no apêndice A, a pesquisa contribuirá para a comunidade acadêmica e a sociedade. Permanecerá disponível mais um estudo de caso complexo, que envolve um recente modelo de gestão adotado na maioria dos hospitais universitários federais, abrindo outras óticas de se ver, entender e modificar situações para organizar e administrar. A sociedade, indiscutivelmente, deve ter acesso de qualidade aos serviços hospitalares. Ao se aprofundar nas interações e relações de poder no HU, poderá ser aberto diálogo interno, permitindo novos e mais adequados delineamentos à gestão de pessoas, com reflexos na eficácia da prestação de serviços.

A pesquisa está organizada em seis capítulos, com esta introdução. O segundo é o referencial teórico, o terceiro a estrutura metodológica a ser desenvolvida. O quarto apresenta o campo Hospital Universitário da UFJF. No quinto, os resultados e discussão. Por fim, no capítulo sexto as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Buscou-se na abordagem bourdieusiana o arcabouço conceitual-analítico, olhando-se em maior profundidade conceitos de campo, *habitus* e capital, a fim de prover as categorias e subcategorias que sustentaram a operacionalização das etapas de investigação, que revelaram relações entre agente e campo e permitiram responder ao questionamento que orientou o trabalho.

A lógica argumentativa é estruturada em torno da unidade de análise que consiste no conjunto de relações de poder entre os agentes enfermeiros e médicos, que emergiram após a implantação do modelo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares no HU-UFJF.

Inicialmente, na seção 2.1, são apresentadas as referências e teorias que possibilitam a compreensão do ambiente em que se deram a criação da Ebserh e a adesão dos hospitais universitários federais. Mais especificamente, do HU-UFJF, a esse modelo de gestão. Na seção 2.2 é discutida a estrutura organizacional dos hospitais universitários sob a gestão da Ebserh e, por fim, a Teoria Bourdieusiana.

2.1 A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH): SUA TRAJETÓRIA

A seção apresenta o contexto de criação da Ebserh em 2011. Inicia-se com o movimento ocorrido no Brasil, a partir da década de 1990, de reforma do Estado e valorização do modelo de gestão gerencialista em detrimento das organizações públicas. Para isso, caracterizam-se preliminarmente a organização hospitalar e transformações dos hospitais universitários.

2.1.1 A organização hospitalar no ocidente

A estrutura hospitalar é objeto de debates ideológicos e políticos desde o seu nascimento. Não é inédito e recente o mérito das discussões atuais sobre a Ebserh, nem mesmo com a reforma do Estado brasileiro, como se observa na perspectiva de Foucault.

No final do século XVIII, a medicina moderna surge com reflexões sobre essência e origem de sua positividade, ou seja, torna-se visível ao olhar o sofrimento dos seres humanos. “A percepção da doença no doente supõe, portanto, um olhar qualitativo; para apreender a doença é preciso olhar onde há *secura*, ardor, excitação, onde há *umidade*, *ingurgitamento*, *debilidade*” (FOUCAULT, 1977, p.13).

Na leitura de Díaz (2012, p.30), emerge novo uso da linguagem científica, pois além de dizer o que se vê, atribui-se realidade ao que é visto, mediante linguagem objetiva. “É-se fiel à experiência e, ao mesmo tempo, ela se constitui. Ao mesmo tempo que se descreve, descobre-se. O interior é revelado no espaço discursivo do cadáver. No mesmo terreno a verdade tem origem e manifesta-se”.

O nascimento da clínica refere-se à nova visão e ao princípio de uma ciência positiva. A clínica surge como fato histórico, mudando a experiência do médico a partir de perfil do perceptível e enunciável (FOUCAULT, 1977).

No mesmo período, final do século XVIII, as estruturas hospitalares voltam ao debate ideológico. O objetivo era orientar reformas da estrutura médica sustentadas nas concepções dos economistas e médicos que veem na família o único lugar possível de recuperação da doença. O Estado alienaria em seu benefício os bens dos hospitais, transferindo a gestão e recursos à administração centralizada, criada para esse fim, reduzindo o custo para a nação. Dois problemas interrompem o êxito do projeto: a natureza política e econômica dos bens hospitalares, e o segundo a natureza médica, que se relaciona às doenças complexas ou contagiosas (FOUCAULT, 1977).

O hospital é definido como microcosmo, configuração específica do mundo patológico. “Aí, sob o olhar do médico de hospital, as doenças serão agrupadas por ordens, gêneros e espécies, em um domínio racionalizado que restitui a distribuição originária” (FOUCAULT, 1977, p. 44).

No mesmo sentido de Foucault (1977), Feuerwerker e Cecílio (2007) apresentam a concepção do hospital como organização complexa e estratégica à prestação de serviços de saúde. É-lhe concedido papel de destaque na produção do cuidado à sociedade. Em consequência, originam-se contínuos debates, que se materializam entre expectativas de gestores e usuários.

O reconhecimento da complexidade se encontra em Cecílio e Merhy (2003), sob a ótica das relações de trabalho. Para os autores, o cuidado ao paciente no hospital é de natureza multidisciplinar, pois os parciais se complementam a partir de interações que geram atos e saberes em processo de disputa. Os autores identificam a existência de mecanismos instituídos de dominação e relações assimétricas de poder entre as profissões, que ocultam a imprescindível colaboração.

Schraiber *et al.* (1999) avaliam que os trabalhos especializados na saúde se formam em relações de complementaridade e interdependência. Resultam de um processo de divisão

originado na prática dos médicos. A relação, segundo os pesquisadores, não significa interações entre os agentes, mas ocorreriam se existissem mecanismos de gestão que as estimulassem.

Franco (2006) faz analogia do trabalho em saúde ao funcionamento em rede. Apresenta um conceito das redes na micropolítica do processo de trabalho, com a ideia de pertencimento dos trabalhadores entre si, como equipe, e pertencimento a uma rede maior, com outras equipes e unidades de saúde. Para Franco (2006, p. 464), “[...] o trabalho em saúde resulta de encontros entre trabalhadores e usuários, fluxos permanentes entre sujeitos, que se caracterizam como operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos. Formam intrincada rede de relações, a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo”.

Segundo Cecílio e Merhy (2003), a forma de o hospital se organizar conduz ao processo complexo e ambíguo de coordenação. Ocorreria entre os membros das várias equipes de determinado serviço e distintos serviços hospitalares. O hospital assim funcionaria, a despeito dos desafios:

Apesar de tudo, constatamos que afinal “a coisa funciona”, isto é, a atenção é realizada, o hospital mantém com as portas abertas de segunda a sexta, 24 horas por dia, e o atendimento tem começo, meio e fim. **Interrogar esse milagre da “coordenação”**, que no cotidiano vamos naturalizando, pode ser um bom ponto de partida para tentar compreender um pouco melhor o que se passa na vida do hospital (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 113) (grifo da autora).

Na concepção dos autores, refletir sobre a organização hospitalar a partir de como se efetiva a coordenação é uma das formas de compreendê-la. Apresentam os temas a seguir. Revelariam, além do que aparentemente encontra-se nos organogramas tradicionais, que o hospital tem três bem marcadas lógicas de coordenação.

Quem faz essa coordenação de fato? Haveria múltiplas coordenações simultâneas? Quais os atores estratégicos para a coordenação? Há uma coordenação tipo topo-base? Há um centro coordenador (ou centros coordenadores), ou a coordenação se faz mais como rede, sem um centro único? Só governa quem tem lugar nas estruturas formais, ou todos governam na cotidianidade das organizações? (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 113).

Cecílio e Merhy (2003) ressaltam que a primeira lógica é a da coordenação estruturada por profissões ou especialidades, como chefia médica, chefia de enfermagem, chefia do serviço social, que se apresentam normalmente nos organogramas tradicionais. A segunda é a da

coordenação por serviços ou unidades de produção, e a terceira a do cuidado - depende de reconhecimento, pois apesar de sua importância não é configurada nos organogramas em virtude de ser conduzida pela enfermagem (no poder no hospital tem relação inferior ao médico).

Schraiber *et al.* (1999) afirmam que a desigualdade dos poderes decorre de autoridades técnicas distintas que significam valores diferentes que se convertem em desigualdade na legitimidade de julgar e decidir no trabalho, ocasionando tensão mediante a autonomia técnica que os profissionais buscam ampliar.

E Peduzzi (2001) enfatiza que a prática médica consiste no núcleo original do qual derivam outros trabalhos especializados necessários às ações que permitem a atenção integral à saúde. Para o autor, as diferenças técnicas relacionam-se às especializações dos saberes entre as áreas profissionais, e as desigualdades à existência de valores e normas sociais que hierarquizam e disciplinam as diferenças técnicas entre as profissões. “Isto significa que algumas profissões são ‘superiores’ a outras, e que há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais” (PEDUZZI, 2001, p. 107).

Para Bernardes *et al.* (2007), ao pesquisar o modelo de gestão colegiada⁴ em um hospital público, alguns coordenadores, principalmente o médico, possuem resistência à relativização do poder e decisões. Os enfermeiros expressam a falta de autonomia, demonstrando contradição entre o discurso dos gerentes e coordenadores e o que é percebido ou vivenciado pelos trabalhadores.

Uma das conclusões dos autores é questionar se novas configurações possibilitariam democratizar as relações ou, no mínimo, reduzir as assimetrias de poder. Não parecem inovar na micropolítica do hospital, pois os profissionais se identificam com corporações, na própria identidade em referência a outras.

As disputas entre categorias profissionais são observadas na pesquisa de Silva, Sá e Miranda (2015). Estudaram os colegiados gestores (CGs) e unidades de produção (UPs) em um hospital, baseados na percepção dos atores responsáveis pelo processo e autonomia de quem realizava o cuidado em saúde.

⁴ Modelo de gestão colegiada: organograma horizontalizado em torno de unidades de produção ou de cuidado, coordenação unificada das unidades de cuidado realizada por qualquer profissional de nível universitário, ênfase na comunicação lateral e colegiado de gestão com a participação de todos os coordenadores.

Segundo os pesquisadores, as categorias profissionais influenciam a gestão do hospital, principalmente em relação à organização, havendo disputa e tensão, com a hegemonia dos médicos:

[...] hoje, a organização do hospital obedece quase simplesmente aos interesses de classe, e dentro desses interesses de classe há uma disputa de classes e hegemonia de classes (Entrevista 7).

[...] é difícil a gente aceitar compartilhar poder, cada uma das categorias por menos empoderada que seja, a gente tem muito medo de perder poder, a prova disso é que a gente se cerca, nos segredos, em nossos espaços fechados (Entrevista 5).

[...] o cara é chefe do ambulatório há 12 anos, aquilo ali é a cara dele, ele manda em tudo, ele quem decide tudo, ele é único que passa todo fluxo de poder com a direção [...]. Se ele sair ou se ele morrer tem que começar tudo de novo (Entrevista 1) (SILVA; SÁ; MIRANDA, 2015, p. 3067- 3068).

Ferreira, Garcia e Vieira (2010) analisam as relações de poder entre a categoria profissional de administradores hospitalares e médicos proprietários de hospitais, destacando achados que caracterizam os dilemas:

A principal característica dos conflitos expostos refere-se à percepção de superioridade do profissional médico em relação aos demais, ou seja, aos “outros”, que não fazem parte da mesma categoria profissional e/ou classe social.

O objeto mais evidente da disputa, de acordo com um dos depoimentos, refere-se à compra e à utilização de materiais e equipamentos de tecnologia avançada, para que os médicos possam realizar seus diagnósticos e tratamentos com qualidade e também protegê-los de reclamações. [...] É nesse momento que os administradores sentem o peso da superioridade médica no processo de tomada de decisão [...] (FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010, p. 46-47).

Os resultados indicam que o tema “poder” se evidencia quando se discutem autonomia e controle dos profissionais. Cecílio e Moreira (2002) destacam que é assunto estudado por diversos autores, na tentativa de se obter respostas a um problema prático, a acentuada autonomia no trabalho, principalmente na *práxis* médica.

Para Vendemiatti *et al.* (2010, p.1302), “[...] a estrutura organizacional dos hospitais abriga subculturas com peculiaridades que demarcam campos de poder que são desafios ao processo de gestão”. Descrevem que as lideranças de médicos e enfermeiros tomam decisões que envolvem a dimensão administrativa, e o corpo gerencial ocupa funções que envolvem processos de gestão de equipes e ações de controle que não contemplam o cotidiano médico.

Os autores concluem que há tensão entre as duas dimensões - a subcultura de especialistas técnicos, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, e a subcultura administrativa. Os gestores administrativos das instituições hospitalares enfrentam desafios adicionais, comparados a outras organizações, pois têm que superar as práticas de subculturas de especialistas e atribuir significado às ações, pois parecem ser vistas apenas como operacionais.

Littike e Sodré (2015) relatam que uma das formas de se avaliar o modelo de gestão de um hospital universitário federal, tema da próxima subseção, é por meio dos processos de trabalho dos gestores. Inclui aspectos políticos, pois revelariam questões não percebidas aos pesquisadores, gestores e profissionais de saúde. Segundo as autoras, o processo de trabalho nos serviços de saúde é singular, o que implica dizer que a ação do trabalhador mostra como o objeto de trabalho será transformado.

2.1.2 Os hospitais universitários

Os hospitais universitários são responsáveis por dois relevantes campos de atuação. O primeiro refere-se ao ensino, pesquisa e extensão, com a missão de formar pessoas, realizar treinamento e inovar na área de saúde. O segundo consiste em ofertar serviços de saúde de média e alta complexidade ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

Toro (2005) avalia que aos HUs compete expressiva parte do ensino na área de saúde e serviços prestados ao SUS. No entanto, segundo o autor, nota-se situação conflitante, pois, apesar do papel estratégico, não foi afastado o contexto de crises pelas quais os hospitais passaram nas últimas décadas, com dificuldades para preservar a missão. Para o autor, as dificuldades encontram-se, essencialmente: i) relações com a academia; ii) atendimento despersonalizado; iii) inserção no SUS; iv) gestão interna; v) financiamento.

O mesmo autor, em 2005, relatou que os HUs, até 1992, eram somente campo de treinamento técnico, particularmente para a área médica, sem vínculo com o sistema de saúde. A gestão era definida no mérito acadêmico, exercida pelos docentes mais graduados, portanto, os mais influentes, distanciando-se de uma gestão profissionalizada.

Uma definição tradicional de hospital universitário se encontra em Médici (2001), que o caracteriza como extensão de instituição de ensino em saúde, reconhecido como hospital de ensino. Oferece treinamento na área de saúde e presta serviços médicos de nível terciário. Além disso, nas últimas décadas, integraram os sistemas de saúde, dando-lhes certa autonomia.

O autor apresenta o HU, pela OMS, sustentado por estudo que analisou o estado da arte dos hospitais universitários de 22 países. Os resultados ressaltam que é um centro de atenção médica de alta complexidade, possuindo papel relevante em nível terciário e atividades de ensino e pesquisa. E neles há expressiva concentração de recursos físicos, humanos e financeiros, exercendo relevante missão na comunidade.

A OMS reconhece que não compete aos HUs resolver os problemas sociais, pois possuem igualmente a responsabilidade do ensino, e isso implica custos mais elevados. São financiados pelo setor público, parte dos serviços prestados gratuitamente. A OMS indica que a população de menor renda poderia ser mais bem atendida, com menor custo, maior efetividade e maior eficiência se houvesse integração adequada à rede hierarquizada de serviços (MÉDICI, 2001).

Os autores e a OMS compartilham a mesma visão de um hospital universitário e discutir as crises pelas quais atravessaram remete-nos ao cerne da reforma dos Estados que culminaram na criação da Ebserh.

Cislagui (2011) mostra que os debates sobre as contrarreformas nas políticas sociais procuram explicações causais entre duas questões, problemas de gestão ou subfinanciamento.

Na sua visão, a autora explica que é característica do período neoliberal a redução dos recursos públicos para políticas sociais e no caso das universidades, que inclui os hospitais universitários, o subfinanciamento é percebido desde o governo Cardoso, seguindo no período do governo Lula.

Iamamoto (2008) reflete sobre o projeto neoliberal e argumenta que há subordinação dos direitos sociais à lógica orçamentária, e observam-se inversão e subversão, pois ao invés de o direito constitucional impor a distribuição orçamentária, passa a ser submetido à disponibilidade de recursos.

De acordo com a autora, observa-se a tendência de privatização das ações governamentais, para se instituir critérios de definição de quais direitos sociais serão atendidos, aproximando-se as responsabilidades públicas da mercantilização do atendimento das necessidades sociais, evidente na saúde, educação, entre muitos outros.

Para discutir a crise nos HUs e contextualizar a edição da Lei 12.550/11, que cria a Ebserh, deve-se tomar como ponto de partida as reformas gerenciais e o Plano Diretor de Reforma do Estado Brasileiro. A partir de diferentes níveis de análise, se identifiquem as causas e aspectos que levaram a esse modelo de gestão dos hospitais universitários federais e os impactos nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil.

2.1.3 As reformas gerenciais

A noção de crise apresentada por Silva (2003, p. 46) serve de base para reflexões sobre a proposta de reforma do estado. “O conceito de crise é um marco a partir do qual é possível identificar e diferenciar as diversas concepções da dinâmica capitalista, as relações entre as suas estruturas e os seus momentos de ruptura e superação”.

Com a nova crise do capitalismo nos anos 1970 e 1980, o capital encontrou, segundo a autora, como solução para a sua sobrevivência a financeirização e reestruturação do processo produtivo, que se expressa no aumento da produtividade e taxa de exploração da força de trabalho. No campo político-ideológico, a crise foi apresentada pelos neoconservadores como anormalidade do sistema, produzida por fatores externos. Não demoraram em atribuir ao modelo de Estado de Bem-Estar Social. “Para os neoconservadores, a crise não é elemento constitutivo do sistema capitalista” (SILVA, 2003, p.54).

Behring (2008) acredita que os processos de reforma do Estado em curso nos diversos países, principalmente na década de 1990, podem ser compreendidos somente no contexto das transformações mais profundas no mundo do capital, principalmente a partir dos anos 1970.

A pesquisadora considera como preocupação central identificar os nexos causais, enfatizando o que existe de mais duradouro e estrutural nas relações sociais capitalistas contemporâneas, mesmo que este duradouro seja paradoxalmente a própria instabilidade e a aceleração da compressão espaço-temporal de que fala Harvey.

Na leitura de Harvey (1992) encontra-se o entendimento de que o capitalismo foi e continua a ser um modo de produção revolucionário, em que as práticas e processos materiais de reprodução social se encontram em permanente mudança, como as qualidades objetivas e significados do tempo e espaço. “[...] A história da mudança social é em parte apreendida pela história das concepções de espaço e de tempo, bem como dos usos ideológicos que podem ser dados a essas concepções [...]” (HARVEY, 1992, p.201).

Para Martins (1998), convencionou-se chamar de crise do Estado aspectos endógenos e exógenos à estrutura do Estado. Em relação aos endógenos, exemplifica os atributos do Estado, frequentemente associados à ineficiência, disfunção da intervenção estatal na garantia do bem-estar social ou estabilidade econômica e sobrecarga fiscal. Nos aspectos exógenos, as crises do petróleo, crises de liquidez e instabilidade no mercado financeiro internacional. Segundo Martins (1998, p. 111): “Uma interpretação contingencialista da crise do Estado social sugere,

grosso modo, a existência de ambiente social mutante, que impõe novas necessidades e novas formas de satisfazê-las, em função do qual se empreende um esforço de adaptação interativa”.

Na avaliação de Rezende (2008), a reforma gerencial dos anos 1990 teve três eixos norteadores: a) novos arranjos institucionais para oferecer a criação de valor público; b) ampliação da capacidade de gestão e c) desempenho público. Para o autor, um dos objetivos centrais da agenda de reformas era a revisão do papel do Estado voltando-o para a execução de funções clássicas e o seu arquétipo, a criação de uma burocracia gerencial orientada para o desempenho.

O autor, em seu estudo comparativo sobre as reformas administrativas, conclui que a difusão do paradigma gerencial na administração pública levou países e governos de diferentes orientações a aderir aos propósitos das reformas gerenciais no final do século XX, centrados em novos valores para a gestão pública e modelos descentralizados de governança. Entretanto, o autor frisa que a reforma não se consolidou: a) custos de transação, incertezas e ambiguidades; b) preponderância do ajuste fiscal; c) legados de desempenho; d) dilema do controle.

A análise será apresentada na reforma gerencial brasileira, tema da próxima seção, que tem o dilema do controle como uma das razões para a falha da reforma.

2.1.4 A reforma gerencial brasileira de 1995

A reforma gerencial brasileira origina-se no início do governo Cardoso, em 1995. Na visão de Bresser Pereira (1999), as emendas constitucionais propostas para a reforma do estado foram fundamentais, destacando três enviadas ao Congresso: reforma tributária, reforma da previdência social e reforma administrativa. Para ele, ministro responsável pela reforma gerencial da administração pública, somente a administrativa alcançou o seu objetivo. Para Bresser Pereira (1999), então, a reforma gerencial de 1995 configurou-se como ‘nova gestão pública’, que substituiu a administração pública burocrática, ineficiente, perpassada por práticas clientelistas em administração pública gerencial.

Segundo Bresser (1999), a Reforma Gerencial da Administração Pública foi sancionada pelo Congresso após dois anos e meio, em 1997, mas denominada de Reforma Gerencial de 1995, visto que o Plano Diretor foi aprovado nesse ano e, conseqüentemente, a emenda constitucional enviada ao Congresso.

No entanto, Fadul (1999, p.74), ao avaliar a reforma do Estado destaca que deve buscar a renovação dos serviços públicos com o fim de melhorar a eficiência e incorporar cultura

gerencial na administração pública. Mas deve, antes, ampliar o entendimento. Ressalta a autora: “[...]é preciso aliviar a rigidez da gestão pública e produzir serviços que sejam acessíveis a todos, mas que respondam também a critérios econômicos de organização”. Para Fadul (1999), mudanças abruptas são seguidas de incertezas, dúvidas e questionamentos, vistas como ameaças a conquistas sociais que aproximam os serviços públicos da lógica de mercado.

Da mesma forma que Fadul (1999), Barbosa (1996) não acredita que um novo plano de avaliação de desempenho, que parece atrelado à reforma do Estado, atinja resultados esperados, pois, mais uma vez, tenta-se resolver por decreto questão que não se resume à existência de sistema de meritocracia, mas à legitimidade na prática social.

Com essas análises da concepção da Reforma, é importante apresentar no que consistiu. Segundo Bresser Pereira (1999), foi definida no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado de 1995 e abarcou os seguintes aspectos: i) descentralização dos serviços sociais para estados e municípios; ii) entrega das atividades sociais e científicas ao setor público não estatal; iii) transferência da produção de bens e serviços ao mercado; iv) definição de atividades do núcleo estratégico do setor público e aquelas passíveis de contratações; v) distinção entre a formulação de políticas e sua execução; vi) maior autonomia às atividades exclusivas do Estado como para os serviços sociais e científicos a serem transferidos; na prática, transformados em organizações sociais, como no caso de hospitais, universidades, escolas, centros de pesquisa e museus.

Iniciava-se uma mudança no setor público que consistia na transferência das atividades de apoio ao setor privado, por meio de terceirização, abrangendo dos serviços simples aos complexos. Para Bresser (1999), a proposta mais inovadora do Plano Diretor foi a transferência das atividades sociais e científicas para o setor público não estatal, na forma de organizações sociais.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado centra-se na execução de organizações sociais para a produção de bens ou serviços públicos não exclusivos do Estado pela sociedade, de forma não lucrativa, característica dos processos de reforma do Estado (BRASIL, 1998).

Para Rezende (2008), o Plano Diretor da Reforma de 1995 não conseguiu nova matriz institucional sustentada pelo desempenho, como previsto, ao criar as organizações sociais e agências executivas como novo modelo descentralizado e flexível de delegação e controle.

Behring (2008), ao estudar as proposições do Plano Diretor, argumenta que a sua efetivação se caracteriza como verdadeira “contrarreforma”. A autora frisa que as comparações

simplistas com a crise de 1929 e a referência genérica ao intervencionismo estatal procuram justificar a reforma como irreversível. O que se vê, entretanto, é o foco no ajuste fiscal, afastando-se das preocupações com a proteção social, a democracia e a cidadania, pois seriam discursos do governo para a aprovação.

Andreazzi (2013) avalia que no Brasil a reforma administrativa foi alternativa de redução de pessoal e controle de custos, em lugar das mudanças substanciais de modernização nas estruturas institucionais, pois havia a prioridade latente do ajuste fiscal nas políticas de Estado.

Outra alternativa recente advinda com a Reforma, foi a proposta de instituição da Ebserh. Segundo Marchi (2012), não se caracteriza como recente e inédita, pois rerepresenta os mesmos princípios das Fundações Estatais de Direito Privado e Organizações Sociais, que repercutem nas políticas da saúde e educação.

Na visão de Gomes (2016), a ótica gerencialista alcançou o sistema de saúde como forma de resolver a insuficiência do quadro de pessoal, de recursos materiais e financeiros dos hospitais universitários federais, que se agravou com a edição da Lei nº 8.080/90, ao estabelecer a integração dos serviços dos hospitais universitários ao SUS.

Segundo a autora, a crise intensifica-se nos anos 2000. Em maio de 2003, o governo publica a Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/MPOG nº 562/2003, criando uma comissão interinstitucional para avaliar a situação dos hospitais universitários e de ensino. Alguns programas para amenizar a crise surgiram dessa comissão, como o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS e, logo após, o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), instituído pelo Decreto nº 7.082/2010 e regulamentado pela Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação nº 833, de 05 de julho de 2010.

O Rehuf teve como finalidade permitir aos hospitais universitários federais condições materiais e institucionais para dar continuidade às funções de ensino e assistência à saúde (BRASIL, 2010).

Gomes (2016) lembra que as medidas não foram suficientes para resolver a crise, pois um dos principais problemas era o gasto com pessoal terceirizado, contratado por fundações de apoio, devido à ausência de concurso público. A proposta Ebserh surge como meio de flexibilização do regime jurídico dos serviços de saúde.

Segundo Andreazzi (2013), o projeto Ebserh do governo resulta da reforma bresseriana consubstanciada na Emenda Constitucional 19/98, pois se sustentou nos seguintes aspectos: i)

núcleo estratégico; ii) atividades exclusivas de Estado; iii) serviços não exclusivos e iv) produção de bens e serviços para o mercado.

A primeira iniciativa legislativa para a criação da Ebserh foi a Medida Provisória nº 520, enviada ao Congresso, em 31 de dezembro de 2010, ao final do governo Lula. Não foi aprovada, por decurso de prazo, devido às resistências e debates no âmbito das universidades. O governo federal reedita uma nova versão, o Projeto de Lei nº 1.749/2011 que é aprovado sob a forma da Lei 12.550 de 15/12/2011 (ANDREAZZI, 2013; GOMES, 2016).

Enumerar os motivos para o encaminhamento da MP 520 elaborada pelos Ministros de Educação e do Planejamento revela vários elementos. Andreazzi (2013) os relaciona: i) solucionar a questão da precarização dos trabalhadores, por meio do regime celetista, em substituição à realização de concursos públicos; ii) viabilizar autonomia financeira e procedimentos próprios de compras e contratações e iii) possibilitar a captação de recursos próprios por meio de prestação de serviços.

Em relação ao Projeto de Lei 1.749/2011, Gomes (2016) destaca o parecer emitido pela Comissão Especial fundamentado na determinação do Acórdão nº 1.520/2006 do Tribunal de Contas da União:

Nesse contexto, o Poder Executivo, visando oferecer uma solução para a questão da força de trabalho terceirizada dos hospitais universitários, propõe que seja autorizada a criação de empresa pública destinada a apoiar as atividades dos hospitais universitários, com o emprego de pessoal admitido por concurso público, em substituição aos terceirizados recrutados por meio das fundações de apoio às universidades (BRASIL, 2011a).

Andreazzi (2013, p.277) afirma que esse projeto de lei se centrou na possibilidade de contratação de pessoal do regime celetista para os hospitais. Houve a análise dos dois cenários: “o ideal (MP 520) e o possível (Lei 12.550/11)”.

A Ebserh foi criada pela Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011, sob a forma de empresa pública unipessoal, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado (BRASIL, 2011b).

A sua finalidade está expressa no artigo 3º. A Ebserh mantém o princípio da gratuidade da prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial, de apoio diagnóstico e terapêutico. Assegura a prestação de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, no campo da saúde pública, às instituições públicas federais de ensino, observada a autonomia universitária (BRASIL, 2011b).

Hoje, a rede de hospitais universitários federais é formada por 50 hospitais ligados a 35 universidades federais, sendo 40 vinculados à Ebserh, conforme mostra o Quadro 1, distribuídos por região (EBSERH, 2021).

Quadro 1 - Hospitais universitários federais: rede Ebserh

Região	Hospital-Universidade	Qtde
Centro-Oeste	HUMAP-UFMS/HUJM-UFMT/HUB-UnB/HU-UFMG/HC-UFG	05
Nordeste	HUPAA-UFAL/HUPES-UFBA/MOC-UFBA/HUAC-UFMG/HUWC-UFC/HUJB-UFMG/MEAC-UFC/HU-UFMA/HULW-UFPA/HC-UPE/HU-UFPI/HUAB-UFRN/HUOL-UFRN/MEJC-UFRN/HU-UFS/HUL-UFS/HU-Univasf	17
Norte	HUGV-UFAM/CHU-UFPA/HDT-UFP	03
Sudeste	HU-UFJF/HC-UFMG/HU-UFSCar/HC-UFU/Hucam-Ufes/HU-GG-Unirio/HC-UFTM/Huap-UFF	08
Sul	HE-UFPE/HU-UFSC/HUSM-UFSC/CHC-UFPR/CHC-UFPR(HC-UFPR)/CHC-UFPR (MVFA-UFPR)/HU-Furg	07
	Total	40

Fonte: Ebserh, 2021

Como se nota no quadro, 80% dos HUs estão vinculados à Ebserh pois, segundo as análises de Sodré *et al.* (2013), a empresa foi citada como ‘única solução’ para a crise, o que garantiu a adesão das universidades federais diante de um discurso de ineficiência da administração pública e a possibilidade de modernização da gestão dos hospitais universitários com dinamismo e agilidade.

Para os autores deve-se diferenciar a Ebserh das Organizações Sociais (OSs), pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos. A Ebserh é ente da administração pública indireta. Não se considera a Ebserh privatização no sentido técnico, pois não resulta em delegação de serviços, que continuam sendo ofertados pelo SUS. Observa-se, entretanto, que se caminha para a flexibilização das normas de direito público ao compará-la a outros modelos estatais clássicos.

Outro dilema apresentado por Druck (2016) é a utilização da justificativa da falta de recursos financeiros como argumento para uma empresa pública, cujos recursos são públicos, ao invés de investir diretamente nas universidades federais, que criaram e sustentaram os hospitais.

O MEC mantém o entendimento de que as diretrizes que orientaram a criação da Ebserh centram-se na modernização da gestão, reestruturação da força de trabalho, reestruturação física e tecnológica e qualificação da gestão orçamentária e financeira (EBSERH, 2013).

Littike e Sodré (2015, p.3058) criticam o modelo, a proposta para os HUs privilegia uma diretriz para a modernização gerencial na lógica do mercado. As autoras concluem: “[...] não há um novo e inovador modelo de gestão. Percebe-se uma continuidade histórica de implantação de modelos na saúde que rompem com o que havia de inovador, o SUS”.

Podem ser citadas pesquisas no mesmo sentido de análise, como a de Flausino (2015), que relata a nitidez da relação poder-saber entre as categorias profissionais que justificava e naturalizava as assimetrias de poder. Para o autor, a admissão de trabalhadores pela Ebserh proporcionou as bases para o exercício do poder, pois os contratados possuíam os mais altos salários, eram vistos como o “futuro” do hospital, com apoio da gestão. Em sua análise, o ingresso era visto como invasão de espaço, gerando distintos conflitos.

Pessoa (2018) afirma que o ambiente sociogerencial, caracterizado por comprometimento e integração entre os trabalhadores, tornou-se conflituoso e com pouca cooperação, chegando a ser observado como violento do ponto de vista psicológico devido aos impactos das mudanças gerenciais.

Na visão de Gomes (2018), é modelo privatizante de gestão, com inúmeras mudanças nas condições e relações de trabalho, principalmente para os profissionais de saúde, como a precarização da força de trabalho. O autor destaca que o quadro de pessoal no hospital passa a ser constituído, em sua maioria, por celetistas, o que demonstra intensificação da precarização do trabalho e privatização dos serviços públicos. A inserção dos profissionais em diferentes vínculos de trabalho evidencia a fragmentação, pois os trabalhadores das mesmas atividades pertencem a vínculos distintos, possuem carga horária e remuneração desiguais, o que gera conflitos.

Devem ser analisadas as diretrizes técnicas do MEC para a estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da Ebserh, a fim de identificar se há características inovadoras do modelo de gestão e formas de se pensar a organização do processo de trabalho, tema da próxima seção.

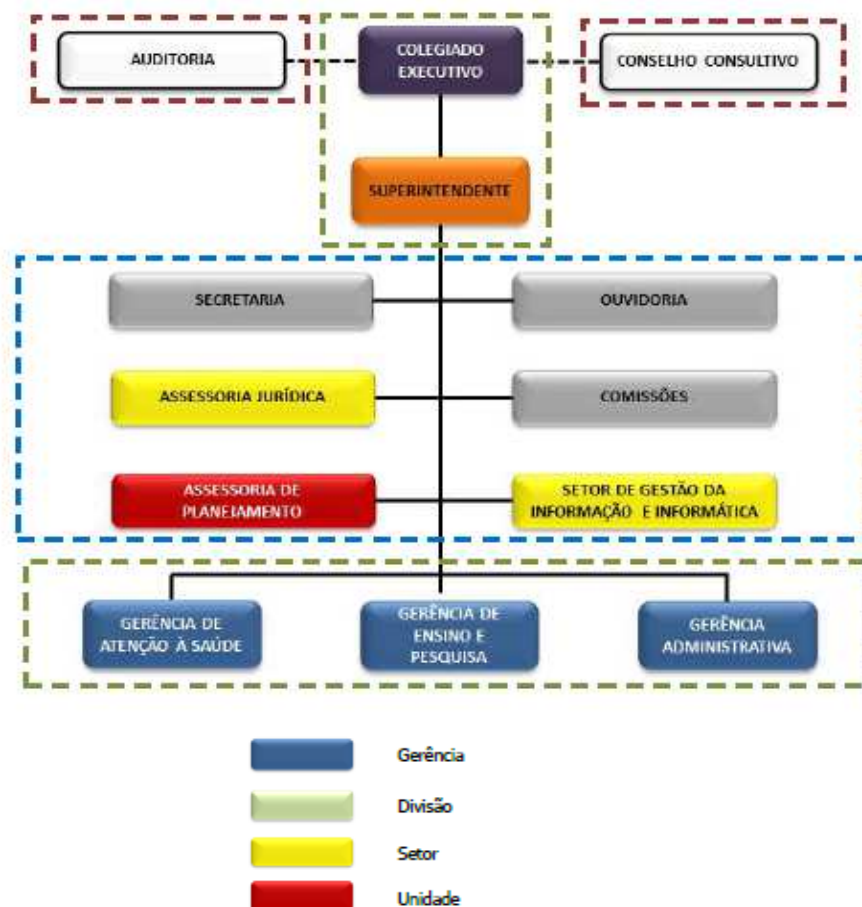
2.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS SOB A GESTÃO EBSERH

Segundo o MEC, o requisito principal da estrutura organizacional desenhada está no alinhamento à estrutura da sede da empresa, a fim de se manter os mesmos princípios, objetivos, processos de trabalho e níveis de coordenação (EBSERH, 2013).

Apesar do discurso da modernização, chama a atenção o modelo proposto de estrutura básica, conforme a Figura 1, que se baseia no seguinte:

[...] a formulação partiu da análise de diversas estruturas existentes, de modo que o novo modelo contemplasse a realidade e forma de organização adotada nos hospitais. De acordo com a definição tradicional de estrutura organizacional, considera-se a existência de cinco blocos lógicos, conforme Figura II (EBSERH, 2013, p. 03).

Figura 1 - Estrutura organizacional básica do sistema Ebserh



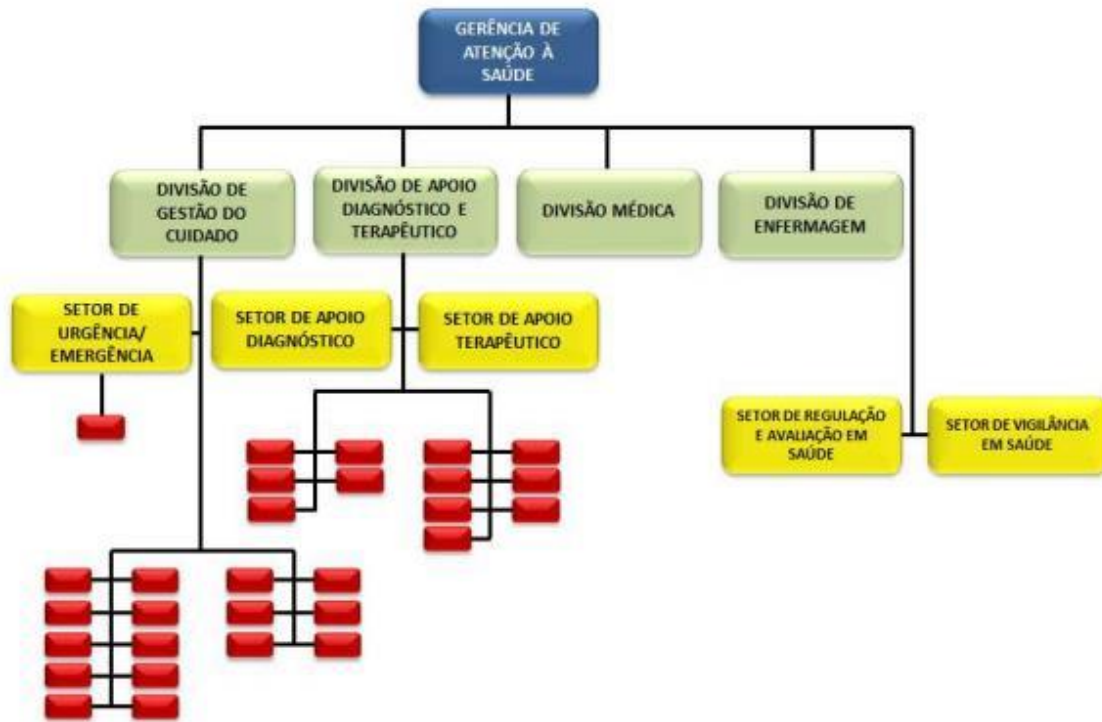
Fonte: Estrutura organizacional dos hospitais sob a gestão Ebserh: diretrizes técnicas - versão 1.0: mar./2013, p.7.

Dessa estrutura básica, derivam três outras de acordo com o porte do hospital: a) pequeno (menor que 200 leitos); b) médio porte (200 a 399 leitos); c) grande porte (igual ou maior que 400 leitos) e d) hospital especializado ou maternidade (EBSERH, 2013).

Apresenta-se a Figura 2, que desdobra a gerência de atenção à saúde de hospital de médio porte de forma a permitir análise mais detalhada de como se estrutura o cuidado.

Conforme Cecílio e Merhy (2003), uma das formas de compreender a organização hospitalar é a partir da efetivação da coordenação.

Figura 2 - Estrutura de atenção à saúde de médio porte



Fonte: Estrutura organizacional dos hospitais sob a gestão Ebserh: diretrizes técnicas - versão 1.0: mar/2013, p.19.

Assim, o núcleo operacional contempla os setores e unidades responsáveis pela coordenação das atividades fins, ou seja, os serviços assistenciais e a linha intermediária, as divisões, com a finalidade de realizar a integração horizontal e vertical. Na cúpula, as gerências que correspondem as instâncias decisórias e deliberativas do hospital (EBSERH, 2013).

Vale frisar ainda que, para o MEC, a estrutura organizacional contempla diretrizes para uma organização da atenção à saúde de modo a superar a fragmentação da gestão, sustentando-se, inclusive, na lógica de constituição de redes (EBSERH, 2013).

A essência da implementação da Rede de Atenção à Saúde está na busca da integração das ações, de forma a melhorar o seu desempenho e, dessa forma, garantir a integralidade do cuidado à população. Dessa maneira, as diretrizes clínicas se voltam para as linhas de cuidados que têm como princípio orientar a prestação de serviços assistenciais de forma que o SUS consiga responder às demandas epidemiológicas relevantes (EBSERH, 2013).

A lógica do modelo foi adotada na estrutura organizacional dos hospitais gerenciados pela Ebserh, em que a assistência é organizada em linhas de cuidado, sob a coordenação da Divisão de Gestão do Cuidado (EBSERH, 2013).

É essencial explorar a pesquisa de Cecílio e Mendes (2014, p.39) sobre propostas alternativas de gestão hospitalar. Mostram que “[...] na micropolítica do hospital, as diretrizes da direção sofrem uma espécie de ‘distorção’ ao atravessarem o campo de forças resultantes do protagonismo dos trabalhadores e de suas estratégias visando a defesa dos seus espaços de autogoverno”.

Os autores avaliam a importância de se superar os paradigmas burocrático e estrutural-funcionalista hegemônicos no campo da saúde e construir alternativas, como as contribuições das teorias da ação, de base sociológica, e do campo, denominadas de estruturacionismo, como o trabalho de Bourdieu, que trata da relação entre estrutura e liberdade.

Para isso, deve-se estudar o significado dos conceitos para subsidiar a reflexão. Em Ramos (2009) busca-se o paradigma burocrático. Segundo o autor, decorre da evolução da administração pública, distinta em duas fases significativas: administração patrimonial e administração racional ou burocrática. A administração patrimonial consistiria em uma forma de expropriação, pois os cargos públicos são distribuídos independentemente das qualificações dos servidores, entretanto, a prática seria legitimada pela tradição. Na visão de Ramos, a administração racional ou burocrática apresenta as seguintes características “típico-ideais”:

a) princípio de competência que delimita as atribuições dos funcionários e se constituem as instâncias; b) hierarquia funcional e um sistema de tramitação, pelo qual as relações de super-ordenação e de subordinação se organizam nitidamente; c) documento é peça fundamental da administração burocrática; d) o cargo público é considerado uma profissão; e) os servidores burocráticos apresentam as seguintes características [...] (RAMOS, 2009, p.87-89).

A organização burocrática, para Weber, relaciona-se a instrumentos sustentados por normas e regras fixas escritas, clara hierarquia de autoridade, baseada no conhecimento técnico e objetivos delineados. A racionalidade do modelo, portanto, centra-se no controle com base no conhecimento (MARINHO, 1990).

O paradigma estrutural-funcionalista, definido por Radcliffe-Brown, concentra-se na estrutura das relações sociais, definidas pelas instituições aos sujeitos, atribuindo funções a cada unidade para a manutenção da estrutura. A função das partes é manter a estrutura. O indivíduo, ao se integrar à sociedade, passa a agir coletivamente com os demais indivíduos, exercendo

funções institucionalmente reconhecidas para a manutenção do sistema social (OLIVEIRA; SANTANA; ALVES, 2014).

Destacam-se das análises de Cecílio e Mendes (2014) sobre a pesquisa organizacional distorção entre o organograma real e as imposições das corporações profissionais para proteger campos de saber-poder. A instituição de colegiados de gestão não garante a distribuição de poder e estabelecimento de espaço de decisão aos profissionais de saúde. Os modelos gerenciais racionais e coordenados tendem a sofrer distorções devido ao campo de forças inerentes à micropolítica do hospital, pois os trabalhadores, no limite das possibilidades das autonomias, reconstroem a realidade organizacional (CECÍLIO; MENDES, 2014).

Após apresentar o contexto que levou à execução da Ebserh e estrutura organizacional, será abordada a Teoria Bourdieusiana, que possibilitou revelar o que se alterou nas relações de poder entre os agentes profissionais enfermeiros e médicos.

2.3 TEORIA BOURDIEUSIANA

Ao se estudar um campo novo, descobrem-se as propriedades específicas que possibilitam avançar sobre os conhecimentos dos dispositivos universais dos campos. Para Bourdieu (2003), há leis gerais no campo, pois apesar das diferenças, existem leis de funcionamento que não variam, o que permite falar em teoria geral.

Bourdieu (2008) apresenta o que acredita ser essencial em seu trabalho, a filosofia da ciência, que poderia ser chamada de relacional, e a filosofia da ação, ou disposicional, centrada nos conceitos fundamentais *habitus*, campo, capital, que têm como base a relação entre as estruturas objetivas (dos campos sociais) e as estruturas incorporadas (do *habitus*).

Thiry-Cherques (2006, p. 41) analisa a teoria de Bourdieu na prática e a descreve como: “É o quadro referencial formado pelo conceito/*habitus*/ e seus componentes, e circunscrito pelo /campo/ e as suas determinações, que Bourdieu leva à investigação empírica”. Wacquant (2018, p.10) alerta que há uma apropriação inadequada desses conceitos por parte de pesquisadores, pois “[...] inúmeros autores pintam suas investigações na cor de Bourdieu quando, na realidade, as noções destes conceitos não têm nenhum papel em suas análises. As palavras estão lá, mas os conceitos não estão”. Nesse mesmo sentido, Perdigão (2015) expressa que não se pode apropriar de alguns conceitos de Bourdieu no campo dos estudos organizacionais, pois inviabiliza a análise das complexas articulações da sua sociologia com os sistemas simbólicos, fragilizando-se, assim, os estudos.

Ainda segundo Wacquant (2018), Bourdieu é frequentemente interpretado como um teórico, o que não corresponde à sua forma de investigação, pois distancia-se de uma ‘teorização notável’, entendendo a teoria como um meio para conduzir a investigação empírica, não sendo, portanto, hermética. Os seus princípios, que possibilitam a construção do objeto, não são estanques, porém esquemas práticos de investigação antropológica. Mais uma vez, Perdigão (2015) oferece compreensões nessa direção ao dizer que o pesquisador deve ter liberdade de escolha de métodos que sejam mais adequados ao interesse de pesquisa, visto que é uma das formas das bases teóricas serem evoluídas ou confrontadas, principalmente, nas ciências sociais.

Nogueira (2017) afirma outra análise, e a descreve como obra construída em contraposição, sentido encontrado em Bourdieu (2004) quando assinala que a ciência social oscila entre o objetivismo e o subjetivismo, e busca em seu trabalho superar a oposição, pois os dois momentos, objetivista e subjetivista, estão em relação dialética.

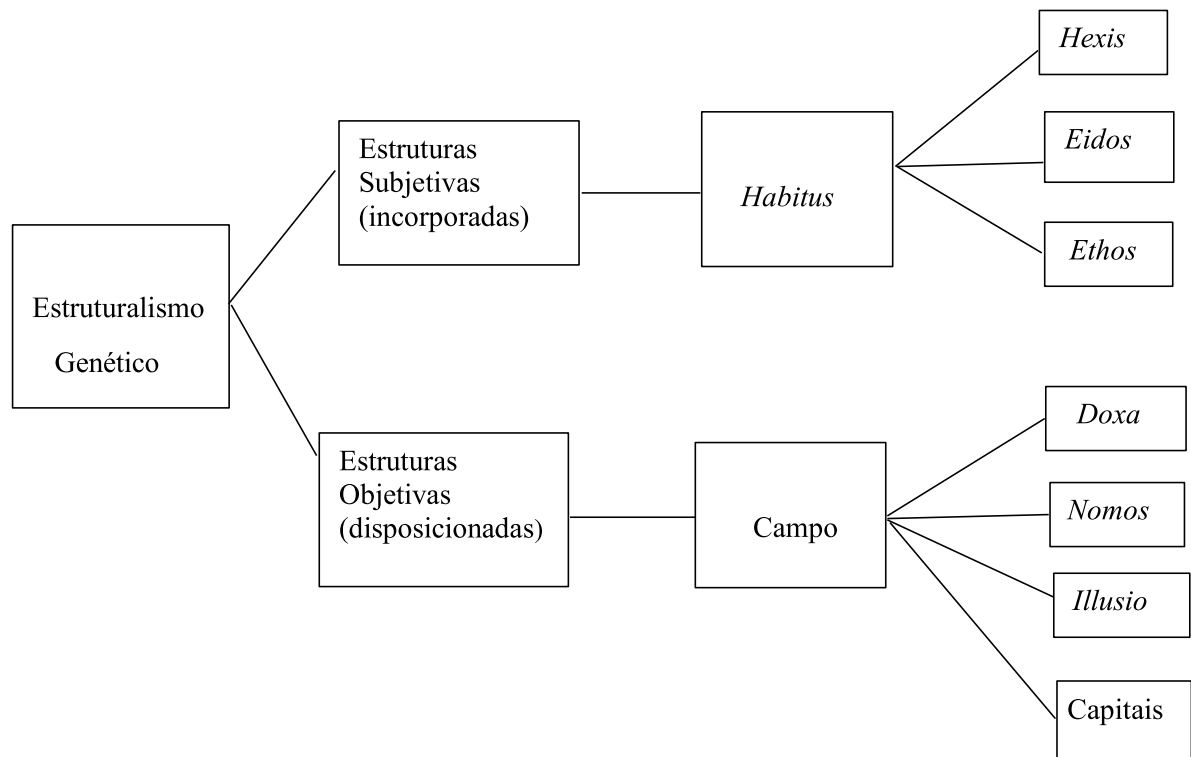
Bourdieu (2008) não concorda com as teses mais extremas de correntes estruturalistas, que tendem a reduzir os agentes a papel de sujeito, pois os percebe como ativos e atuantes. Thiry-Cherques (2006) ressalta que Bourdieu se posiciona a meia distância entre o subjetivismo, que não considera a gênese social das condutas individuais, e o estruturalismo, que não inclui a história e as determinações dos indivíduos.

Nogueira (2017, p. 27) analisa a relação: “Segundo essas abordagens, seria necessário investigar as estruturas sociais que organizam, que estruturam a experiência subjetiva, inclusive para escapar à concepção de que os indivíduos são seres autônomos e plenamente conscientes do sentido de suas ações”.

Entender o conceito de estrutura é relevante, pois, segundo Hey (2017), sempre acompanhou o pensamento de Bourdieu, e corresponde à noção de que o mundo social é compreendido a partir da relação entre divisões objetivas (estrutura social), constituídas por dominantes e dominados nos diferentes campos e divisões subjetivas (estrutura mental), caracterizadas pelos esquemas de percepção, pensamento e ação instituídos nas práticas. Para Thiry-Cherques (2006), a obra de Bourdieu pode ser entendida como teoria das estruturas sociais a partir de conceitos-chave.

Adota-se o construto da Teoria Bourdieusiana, Figura 3, elaborado por Ramos (2019) como fio condutor teórico, pois abrange os conceitos fundamentais, alinhando à metodologia da pesquisa.

Figura 3 - Construto da Teoria Bourdieusiana



Fonte: Ramos (2019)

Bourdieu, em sua obra *Coisas Ditas* (2004), frisa que apesar de não gostar do jogo de rótulos, tenta elaborar um estruturalismo genético:

[...] a análise das estruturas objetivas - as estruturas dos diferentes campos - é inseparável da análise da gênese, nos indivíduos biológicos, das estruturas mentais (que são em parte produto da incorporação das estruturas sociais) e da análise da gênese das próprias estruturas sociais: o espaço social, bem como os grupos que nele se distribuem, são produtos de lutas históricas (nas quais os agentes se comprometem em função de sua posição no espaço social e das estruturas mentais através das quais eles apreendem esse espaço) (BOURDIEU, 2004, p. 26).

2.3.1 Campo

Inicialmente, deve-se observar a noção de metassociologia que Thiry-Cherques (2006) expressa em relação à teoria de Bourdieu, que traduz de forma clara e objetiva a lógica da teoria aplicada na pesquisa:

O esquema que leva à análise empírica é sistêmico. Deriva do princípio de que a dinâmica social se dá no interior de um /campo/, um segmento do social, cujos /agentes/, indivíduos e grupos têm /disposições/ específicas, a que ele denomina /*habitus*/. O campo é delimitado pelos valores ou formas de /capital/ que lhe dão sustentação. A dinâmica social no interior de cada campo é regida pelas lutas em que os agentes procuram manter ou alterar as relações de força e a distribuição das formas de capital específico. Nessas lutas são levadas a efeito /estratégias/ não conscientes, que se fundam no /*habitus*/ individual e dos grupos em conflito. Os determinantes das condutas individual e coletiva são as /posições/ particulares de todo /agente/ na estrutura de relações. De forma que, em cada campo, o /*habitus*/, socialmente constituído por embates entre indivíduos e grupos, determina as posições e o conjunto de posições determina o /*habitus*/ (THIRY-CHERQUES 2006, p.31).

Parece relevante frisar que o conceito de campo não se confunde com o de espaço social, sendo este definido como forma de espaço, em várias dimensões, construído na base de dois princípios de diferenciação: capital econômico e capital cultural. A definição dos agentes e grupos de agentes se dá pelas posições relativas nesse espaço, tendo tanto mais em comum ou menos quanto mais próximo ou distante das duas dimensões. Cada um está em uma posição ou numa classe de posições vizinhas, ou seja, em região determinada do espaço (BOURDIEU, 2007a, 2008).

É preciso considerar que para Bourdieu (2008) não existem classes sociais, não como Marx representa, mas espaço social, no interior do qual as classes são recortadas, espaço de diferenças e igualdades, em que as classes existem de algum modo em estado virtual.

Bourdieu (2007a) justifica que a teoria marxista das classes tem limitações, principalmente em relação à incapacidade de explicar as diferenças, pois ao reduzir o mundo social exclusivamente ao campo econômico define a posição social unicamente nas relações de produção econômica, ignorando as posições ocupadas nos diferentes campos e subcampos.

O espaço social é representado por Bourdieu (2008) em um diagrama simplificado àquele esboçado em “La Distinction”, em que os agentes são distribuídos, na primeira dimensão, segundo o volume global de capital (econômico e cultural) que possuem e, na segunda dimensão, de acordo com a estrutura de seu capital, isto é, conforme o peso relativo dos diferentes tipos de capital, econômico e cultural, no volume global do seu capital.

O campo pode ser visualizado como microcosmo incluído no macrocosmo formado pelo espaço social (LAHIRE, 2017). Ele é simultaneamente um campo de forças e um campo de lutas, em que os agentes se enfrentam, utilizando mecanismos diferenciados de acordo com a sua posição no campo de forças, possibilitando conservar ou transformar a estrutura (BOURDIEU, 2008).

Deve-se buscar a noção de campo de poder, pois se relaciona à definição anterior de campo. Ressalta Bourdieu (2008, p. 51): “[...] precisei criá-la para dar conta de efeitos estruturais que não podiam ser compreendidos de outro modo [...]”. O campo do poder se distingue dos demais, pois nele ocorrem as relações de força entre os agentes, que possuem os diferentes tipos de capital, e cujas lutas se intensificam quando pesa o valor relativo dos diferentes tipos de capital.

Bourdieu (2004, 2007a) enfatiza esses poderes sociais fundamentais como o capital econômico, em diferentes formas - capital cultural, capital social, além do capital simbólico, forma de que se revestem as diferentes espécies de capital quando percebidas e reconhecidas como legítimas. Para Thiry-Cherques (2006, p. 40), “o campo do poder é uma espécie de ‘metacampo’, que regula as lutas em todos os campos e subcampos”.

Em Questões de Sociologia, Bourdieu (2003) apresenta algumas das principais propriedades dos campos, destacando-se duas ideias com mais argumentos para entender a lógica de sua teoria. Como observa, as propriedades dos espaços estruturados de posições dependem da posição no campo, e são passíveis de análise, independentemente das características dos ocupantes, que podem ser determinadas por elas em parte. O campo tem leis gerais e específicas, o que significa dizer que campos diferentes, como política e religião, têm leis de funcionamento invariantes, mas também possuem propriedades específicas, próprias de um campo particular.

Para Bourdieu (2007b, p.121), é possível dizer que “cada campo é a institucionalização de um ponto de vista nas coisas e nos *habitus*”. O direito de entrada é determinado pelo *habitus* específico, caracterizado como um *eidos*, isto é, modo de pensamento peculiar, princípio de construção particular da realidade, baseado no *ethos* que permite crença no valor indiscutível dos objetos e escolhas que são feitas, ou seja, valores e moral dos agentes no campo. O que Bourdieu (2007b) mostra é que para entrar no jogo o postulante deve trazer um *habitus* compatível ao campo e que seja passível de ajustes.

Cada campo possui a lei fundamental, *nomos*. Para Bourdieu (2007b), seria mais bem traduzido como constituição, que regula o funcionamento dos campos. Ao se aceitar as regras de um campo, não é possível assumir ponto de vista externo. Cada campo produz a forma específica de *illusio*, investimento no jogo, e faz os agentes se interessarem pelas disputas do ponto de vista da lógica do campo. Bourdieu (2007b, p. 124) afirma: “[...] a *illusio* faz parte da ação, da rotina, das coisas que se faz porque se fazem e na verdade sempre se fez assim”. A

illusio quer dizer a obviedade, a naturalização do valor do “troféu” para quem é o jogador no campo.

O campo não deixa de ser um paradoxo, ao mesmo tempo que é espaço de conflito e competição, é de concordância implícita, *a doxa*, sobre o seu funcionamento. A *doxa* é definida por Bourdieu como ponto de vista particular, senso comum existente no campo construído pelos dominantes, que se impõe como ponto de vista universal (BOURDIEU, 1996, 2004).

Para Bourdieu (2008), no espaço de posições sociais - Figura 4 - a posição é determinada pela intermediação do *habitus*. Cada classe de posições corresponde a uma classe de *habitus* (ou gosto), decorrentes dos condicionamentos sociais e intermediação desses *habitus* e das capacidades de gerar práticas distintas.

Existir em um espaço é ser diferente, porém, é preciso que a diferença seja reconhecida por alguém capaz de fazê-lo. Monteiro (2016, p.37) esclarece: “[...] o posicionamento no campo se estrutura em função da posse dos capitais valorizados neste, ou seja, é o conjunto de capitais apresentados pelos atores que definirá seu posicionamento no campo [...]”.

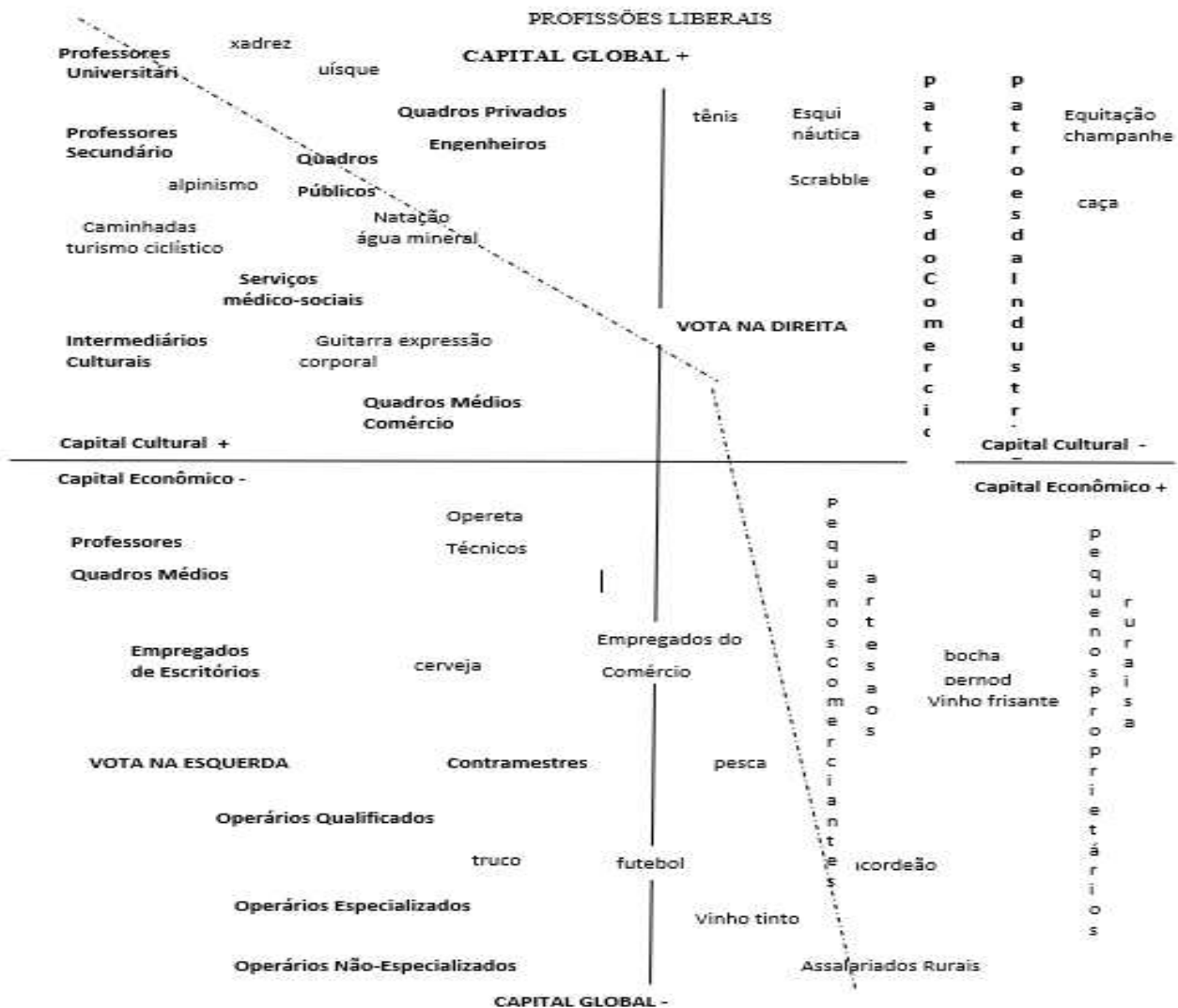
2.3.2. *Habitus*

Em O Poder Simbólico, Bourdieu (1989) explica que a gênese da noção do *habitus* exprime a recusa às limitações da ciência social, como a da consciência (ou do sujeito) e do inconsciente, do finalismo e mecanicismo. Não aceita o estruturalismo e a sua filosofia da ação, pois entende que o agente não pode ser reduzido ao papel de suporte. Evidencia as capacidades criadoras e inventivas, do *habitus* e do agente, mas considera que o poder gerador não é de razão humana, mas de agente em ação.

Na definição de Bourdieu (1989, p.61), *habitus* é “[...]um conhecimento adquirido e também um haver, um capital (de um sujeito transcendental na tradição idealista); o *habitus*, a *hexis*, indica a disposição incorporada, quase postural [...]”.

O *habitus* tem o sentido de estado adquirido e de caráter moral, que orienta o comportamento do agente em situação específica, incorporado ao ser traduzido da *hexis*, sentido de capacidade para crescer por meio da atividade baseada na ação propositada e com potencial de desenvolvimento (WACQUANT, 2017).

Figura 4 - Espaço das posições sociais e espaço dos estilos de vida



Fonte: Bourdieu (2008). A linha pontilhada indica o limite entre a orientação provável para a direita ou para a esquerda.

Na interpretação de Jourdain e Naulin (2017), as disposições do *habitus* são duráveis porque introjetadas nas pessoas. Tendem, por isso, a se perpetuar e a resistir à mudança. Maton (2018) interpreta esse conceito de modo mais simples. Afirmo que o *habitus* está relacionado aos nossos modos de agir, sentir, pensar e ser. O *habitus* é um conjunto de disposições duráveis apreendidas pelo indivíduo em sua história de vida, e que influenciam as circunstâncias atuais e interferem na forma de se fazer escolhas de agir. É estruturante, pois moldaria práticas de hoje e futuras, firmado pelo nosso passado e circunstâncias atuais, como criação na família e

experiências educacionais. O *habitus* é composto por um sistema de disposições que gera percepções, apreciações e práticas.

Bourdieu (1989) descreve as percepções como maneiras de perceber o mundo, apreciações, modos de julgá-lo e práticas (ações), meios de se comportar interiorizados e incorporados pelos indivíduos em sua socialização. Os *habitus* variam segundo condições de existência e trajetória social.

O autor (2007b) defende que uma das funções principais da noção de *habitus* é descartar dois erros complementares que têm como princípio a visão escolástica: o mecanismo, em que a ação é o efeito mecânico de coerção de causas externas, e o finalismo - salienta que o agente atua de maneira livre, consciente e utilitarista, no cálculo das chances e dos ganhos.

De acordo com Thiry-Cherques (2008), embora o *habitus* tenha lógica, não se define por meio de teoria, adquirido com a interação social, composto pelo *ethos*, *hexis* e *eidós*, explicitados anteriormente. Mas é infraconsciente, característica relevante apresentada pelo pesquisador, pois permite ao agente agir em um meio sem cálculo ou controle consciente.

2.3.3 Capital

Inicia-se o conceito de capital buscando a definição na obra “A Distinção”, em que Bourdieu (2007a) traduz como relação social, ou energia social, que existe e produz efeitos apenas nas leis específicas de cada campo. Não são todas as propriedades incorporadas (*habitus*) ou objetivadas (bens econômicos ou culturais) associadas aos agentes eficientes em qualquer campo, pois há lógica em cada um deles que determina os valores. De modo mais sintético, a posição social e o poder específico atribuídos aos agentes em um campo particular dependem do capital específico, que podem mobilizar, seja qual for sua riqueza em outra espécie de capital que, entretanto, exerceria influência.

Bourdieu (2003) assinala que o campo é estruturado em relação de forças, ou seja, na distribuição do capital entre os agentes ou instituições envolvidas em uma luta que tem como objetivo o monopólio da violência legítima, entendida como autoridade específica. A dinâmica da disputa surge nas articulações de meios e fins para conservar ou subverter a estrutura da distribuição do capital específico, que tem validade apenas nos limites de certo campo e não é conversível em outra espécie de capital, a não ser em certas condições.

As estratégias de conservação são utilizadas pelos agentes que monopolizam o capital específico e os de subversão (heresia) por aqueles com menor capital, que geralmente

concentram-se nos recém-chegados ao campo. É a heresia, a heterodoxia, que ocasionam a ruptura crítica, muitas vezes ligada à crise com a *doxa*, que faz os dominantes saírem do silêncio e produzir o discurso defensivo da ortodoxia, com o objetivo de restaurar a *doxa* (BOURDIEU, 2003). Thiry-Cherques (2008) lembra que a conotação de Bourdieu em relação à estratégia não é de um cálculo, mas de interação entre um *habitus* e um campo, que ocorre inconscientemente.

O conceito de capital simboliza um poder sobre um campo e, mais precisamente, sobre tudo o que o agente acumulou com o seu trabalho, ou seja, conhecimento e habilidades. As espécies são os poderes que definem as probabilidades de ganho num campo estabelecido, pois cada campo ou subcampo exigem uma espécie de capital particular. Para um agente se posicionar no espaço social dependerá da posição que ocupa nos diferentes campos, ou seja, na distribuição dos poderes que atuam em cada um deles, que podem ser o capital econômico, o cultural, o social e o simbólico (BOURDIEU, 2007a).

Na ótica de produto acumulado, Lebaron (2017) interpreta capital como recurso na perspectiva de patrimônio, estoque de elementos ou componentes que têm os agentes. Thiry-Cheques (2006) destaca que o capital se acumula por operações de investimento e herança, e se reproduz de acordo com a habilidade do detentor.

Lebaron (2017) ressalta que capital é conceito originário da economia, radicalmente repensado por Bourdieu nos anos 1960, em uma “economia geral das práticas”. Os capitais existem no estado objetivado, como bens imobiliários. Quanto ao estado incorporado, caracterizado pelas disposições inscritas no cérebro e corpo, que indicam o caráter social ou psicossocial das dimensões corporais do comportamento.

Os diferentes tipos de capital podem ser acumulados, convertidos uns nos outros, transmitidos de geração em geração, mas de maneira variável, sempre dependentes dos contextos sociais que condicionam o valor social (LEBARON, 2017).

Ao mencionar as espécies de capitais de Bourdieu, deve-se conceituá-los e compreendê-los, mas opta-se por excluir o capital corporal. Para isso, cabe inicialmente o que Grun (2017) destaca sobre Bourdieu, na aula ministrada no Collège de France em 21 de fevereiro de 1991.

A riqueza material jamais funciona somente como riqueza. O reconhecimento concedido à riqueza varia segundo as sociedades, os momentos. Os próprios efeitos da representação dessa riqueza fazem com que a força econômica mais bruta acabe se beneficiando de **um efeito simbólico suplementar**, que fortalece esse mesmo reconhecimento (GRUN, 2017, p. 107) (grifo da autora).

Grun (2017) afirma que a teoria geral dos capitais de Bourdieu funciona diferentemente em cada campo, mas que é claro para os demais capitais, não o econômico. O autor explica: em espaços como o religioso e o intelectual, o capital econômico funciona de acordo com a teoria, ou seja, deve ser recusado, caso contrário perde a condição de trunfo e viraria um problema. Aplicado em um universo como o cultural, que rejeita a riqueza, o capital econômico está sujeito a “taxas de câmbio” variáveis. Uma carreira artística, para ser impulsionada a partir do capital econômico, implica recurso monetário e período de carência para legitimar esse capital em espaço que não é sinônimo de virtude.

A dinâmica dos campos e subcampos se caracteriza pela luta dos agentes sociais para modificar a estrutura expressa no princípio hierárquico (econômico, cultural, social, simbólico) das posições internas ao campo em que as classes dominantes impõem a espécie de capital como princípio de hierarquização do campo. O capital econômico refere-se à riqueza material, dinheiro, ações (THIRY-CHERQUES, 2008).

A origem da noção de capital cultural é revelada por Nogueira (2017) no período em que Bourdieu inicia a sua carreira de pesquisador com a hipótese de que crianças originárias das classes sociais superiores herdavam patrimônio cultural diversificado, que se transforma em vantagem escolar. A partir do início associado ao universo escolar, o conceito se aplica a outras esferas da vida social, em que se supõe a riqueza cultural exercendo efeitos poderosos sobre a classificação dos indivíduos nas diferentes hierarquias sociais.

Na visão de Nogueira (2017), Bourdieu utiliza o conceito de capital de Marx, acoplando o qualificativo cultural, com o objetivo de mostrar outra dimensão da realidade social, mesmo menos tangível, que implica igualmente a produção, distribuição e consumo de bens capazes de render dividendos, ou seja, proporcionar lucros simbólicos aos detentores.

Em relação ao capital social, Martins (2017) ressalta que é central na concepção de Bourdieu a vinculação do agente a um grupo, os efeitos produzidos pela filiação e os demais tipos de capitais (econômico, cultural, simbólico), aos quais o capital social está ligado e sobre os quais exerceria efeito multiplicador.

A autora lembra o artigo “Le patronat”, escrito com Bourdieu em 1978, no qual havia a seguinte interpretação:

Se o capital social é relativamente irreduzível às diferentes espécies de capital, em particular ao capital econômico e ao capital cultural (cujo rendimento pode ser multiplicado por ele), sem ser completamente independente deles, é porque o volume do capital social possuído por um agente individual (portanto, pelo

grupo a que pertence) depende do volume do capital que detém cada um de seus membros e do grau de integração do grupo (MARTIN, 2017, p. 113).

No grupo, devido à diferença do volume do capital social, ocorrem, segundo uma das questões formuladas por Bourdieu em 1980, mecanismos de delegação e representação, que estabelecem quem pode representar ou aplicar o capital social do coletivo (MARTINS, 2017).

Quanto ao capital simbólico, é significativa a leitura em *Meditações Pascalianas*. Bourdieu (2007b) destaca aspectos de sua visão que permitem começar a entender a sua dimensão:

O mundo social oferece o que há de mais raro, a saber, o reconhecimento, a consideração, ou seja, simplesmente a razão de ser. É capaz de dar sentido à vida, e à própria morte, consagrando-a como sacrifício supremo. Dentre todas as distribuições, uma das mais desiguais e, em todo caso, a mais cruel é decerto a repartição do capital simbólico, ou seja, da importância social e das razões de viver. Pelo contrário, não existe pior esbulho, pior privação, talvez, do que a dos derrotados na luta simbólica pelo reconhecimento, pelo acesso a um ser social socialmente reconhecido, ou seja, numa palavra, à humanidade (BOURDIEU, 2007b, p.294- 295).

Para Bourdieu (2007b), todo tipo de capital deseja funcionar como simbólico - em sua visão deveria, portanto, se dizer efeitos simbólicos do capital, ao alcançar reconhecimento explícito ou prático. O capital simbólico não representa uma espécie particular, mas reveste qualquer espécie de capital. Bourdieu (2007b) explica que o capital simbólico é constituído por todas as manifestações do reconhecimento social, que permitem ao ser social as condições de serem celebrados, admirados e amados.

Martins (2017) salienta ser difícil propor a definição do capital simbólico em Bourdieu. Primeiramente porque não concordava com definições (aproximam-se de ritual científico positivista) e o fato de o capital simbólico ser desconhecido como capital, apoiado na crença ou reconhecimento. Bourdieu (2007b, p.297) esclarece que os atos de investidura simbólica que justificam a consagração afastam do ser consagrado a possibilidade do exercício ilegal ou imposição arbitrária. “Torna-se uma impostura legítima”, ou seja, a natureza arbitrária é desconhecida, por isso legitimada em sua atuação.

Com este último conceito de capital, o objetivo foi apresentar um quadro referencial da Teoria de Bourdieu para conduzir a investigação no campo, realizada nas fases descritas no capítulo da estrutura metodológica.

3 ESTRUTURA METODOLÓGICA

Esta pesquisa consiste em estudo orientado por premissa epistemológica estrutural-constructivista. Adota-se a Teoria Bourdieusiana como fio condutor, pois se posiciona na abordagem paradigmática e pressupostos encontrados. A escolha se justifica, pois o objeto de estudo tem no conjunto de relações entre os agentes profissionais enfermeiros e médicos do HU/UFJF-Ebserh o seu foco específico. A perspectiva de Bourdieu permite investigar o fenômeno a partir das estruturas dialéticas, isto é, no que determinam relações internas, estruturando um campo, e no que as estruturas são influenciadas por essas relações, portanto, estruturadas (BOURDIEU; 2004, 2008).

Desejou-se identificar como o campo do HU/UFJF se reconfigurou com o modelo Ebserh, ou seja, como analisa Thiry-Cherques (2008), quais *habitus*, *doxa*, leis, *illusio* e capitais presentes na nova dinâmica social.

Além disso, a Teoria de Bourdieu possibilita investigar o fenômeno de forma mais abrangente. Segundo Thiry-Cherques (2006, p. 29), Bourdieu busca se afastar da oposição entre subjetivismo e objetivismo: “[...] ele se coloca a meia distância entre o subjetivismo, que desconsidera a gênese social das condutas individuais, e o estruturalismo, que desconsidera a história e as determinações dos indivíduos”.

Neste capítulo, apresentam-se as etapas metodológicas e as classificações pertinentes à pesquisa. Acolhe-se como método o estudo de caso de Yin (2015), caracterizado como o aplicado a problemas de pesquisas que procuram explicar um evento contemporâneo, na forma de “como” ou “por que” algum fenômeno social funciona, afastando-se do experimento, pois não há controle sobre o evento.

O estudo de caso adotado foi o descritivo, do tipo único. Por meio da Teoria Bourdieusiana, são adotados conceitos-chave (categorias) constituídos pelo *habitus* e seus componentes, pelo campo e regras que o regem, que possibilitaram entender o fenômeno do modelo Ebserh no HU-UFJF, tendo como unidade de análise o conjunto de relações de poder entre os agentes médicos e enfermeiros.

A teoria possibilitou dar indicações sobre o processo de mudança no HU com o novo modelo, o que ocorreu sob determinadas condições encontradas no campo. As evidências, documentos e discursos permitiram respostas às questões apresentadas e esclarecimentos sobre as alterações específicas ocorridas no objeto de estudo. O estudo de caso é holístico, pois envolveu uma única unidade de análise, ou seja, a organização (YIN, 2015).

Na visão de Yin (2015), a pesquisa de estudo de caso não é técnica de coleta de dados, mas método abrangente que contempla cinco componentes: questões do estudo de caso; proposições (se houver); a(s) unidade(s) de análise; lógica que une os dados às proposições e os critérios para interpretar as constatações. Para esta pesquisa não foram estabelecidas proposições, pois atuam como hipóteses, portanto não aderentes à questão central do estudo.

De acordo com Yin (2015), inicia-se a pesquisa com a revisão sistemática de literatura científica, que neste estudo teve o objetivo de levantar estudos aplicados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares que tenham investigado relações de poder, cultura organizacional, ideologias, processos de trabalho, causas e impactos da implantação da Ebserh nos hospitais universitários das universidades federais, a partir da criação da empresa pela Lei Federal nº12.550, de 15 de dezembro de 2011.

A revisão sistemática permitiu evidenciar que esses estudos possuem predominantemente perspectiva crítica e se voltam, principalmente, a questões do marco legal, ideologia do neoliberalismo e gerencialismo, ideologia do discurso do governo, para divulgar a Ebserh como solução aos problemas e desafios dos HUs, da autonomia universitária e privatização da saúde pública. A revisão contribuiu para elaborar o percurso da criação da Ebserh e demonstrar que, após quase 10 anos da adoção do modelo Ebserh, faltam ainda estudos e dados que demonstrem a sua efetividade em termos de governança, ensino e assistência à saúde pública.

A pesquisa apresentou resultados que contribuiriam para a política institucional de governança da Ebserh. Mais especificamente, suprir lacunas na área de gestão de pessoas, pois revelou impactos nas relações de trabalho entre os agentes enfermeiros e médicos devido ao novo vínculo celetista Ebserh, que passou a coexistir no HU/UFJF.

3.1 NATUREZA DA PESQUISA

A pesquisa é de caráter qualitativo, pois buscou a interpretação da realidade social e se configurou, segundo Bogdan e Biklen (1994), por delimitar cinco características. A primeira, o ambiente natural como fonte de coleta de dados - nesta pesquisa adaptado para a modalidade virtual devido ao momento pandêmico. A segunda, o delineamento descritivo da pesquisa ao serem detalhadas as propriedades do fenômeno, ou seja, como os diferentes regimes de trabalho encontrados após a gestão Ebserh influenciaram as interações e relações de poder entre os

agentes médicos e enfermeiros no HU/UFJF. A terceira característica, a ênfase dada ao processo da pesquisa e não ao resultado, pois se construiu um modelo de análise apoiado nas etapas de investigação do modelo teórico de Bourdieu levado a campo. A quarta, a aplicação do método indutivo para análise dos dados; por fim, o significado como expressão fundamental no contexto da pesquisa.

A escolha se justificou, pois buscou o entendimento dos fenômenos analisados a partir das percepções e opiniões dos agentes na fase de coleta de dados em relação ao ambiente de trabalho. Como destaca Minayo (2012, 2016), a pesquisa qualitativa abrange o universo dos significados e o processo de compreender a singularidade do indivíduo e seu contexto, o que implica a cultura do grupo em que se insere.

Adotar o método de Bourdieu, com base em seus estudos de filosofia, sociologia e prática antropológica, requer adaptações, pois o seu objeto e amplitude são diferentes das práticas organizacional e administrativa. De acordo com Thiry-Cherques (2008), há pontos de riscos para avaliação, a fim de serem minimizados. O principal é o nexa campo/*habitus*, pois o campo significa um complexo espaço-temporal, determinador da própria causalidade, microcosmo do espaço social com fronteiras simbolicamente demarcadas e estruturalmente organizada em hierarquias de poder, estruturada socialmente pelos próprios agentes vinculados, e que passam, em relação simbiótica, a serem influenciados pela mesma estrutura. A organização funciona como campo - campo de poder interno à empresa, que possui autonomia relativa ao campo em que está inserida.

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados necessários à condução da pesquisa foram coletados por meio de entrevistas e pesquisa documental. Para as investigações foi construído um modelo de análise, Quadro 2. Segundo Quivy e Campenhout (1998), permite ampliar as perspectivas de análise e compreender de forma mais precisa os fenômenos concretos, pois utiliza um processo sistemático de levantamento e análise de dados.

O modelo se apoia nas etapas do modelo teórico de Bourdieu levado a campo, descritas por Thiry-Cherques (2008): a) delimitação do Hospital Universitário no espaço social (campo); b) distribuição dos agentes no espaço social e identificação das relações dos agentes (posições no campo); c) análise das relações objetivas entre as posições no campo (lógica do campo); d)

análise das disposições subjetivas (*habitus*); e) construção de uma matriz relacional corrigida da articulação das disposições entre as posições (estrutura) e f) síntese da problemática geral do campo.

Quadro 2 - Modelo de análise apoiado nas etapas do Modelo Teórico de Bourdieu

ETAPA		CATEGORIZAÇÃO		Sequência	Tema ⁵	Subtema ⁶
		CAT	SUBCATEGORIA			
B	Distribuição dos Agentes no Espaço Social e Identificação das Relações dos Agentes (POSIÇÕES)	CAMPO	TRAJETÓRIA SOCIAL DO AGENTE	Pergunta 1 Resposta 1		
			CAPITAIS EFETIVOS	Pergunta 2 Resposta 2		
			ESTRUTURA DOS CAPITAIS	Pergunta 7 Resposta 7		
			CAPITAL DOMINANTE/HIERARQUIA DOS CAPITAIS/COMO O PODER É DISTRIBUÍDO	Pergunta 8 Resposta 8		
C	Análise das Relações Objetivas entre as posições no campo (LÓGICA)	CAMPO	ANÁLISE DAS RELAÇÕES OBJETIVAS ENTRE AS POSIÇÕES	Pergunta 9 Resposta 9		
				Pergunta 10 Resposta 10		
				Pergunta 3 Resposta 3		
				Pergunta 4 Resposta 4		
D	Análise das Disposições subjetivas (<i>HABITUS</i>)	<i>HABITUS</i>	<i>HEXIS</i>	Pergunta 5 Resposta 5		
				Pergunta 6 Resposta 6		
				Pergunta 11 Resposta 11		
				Pergunta 12 Resposta 12		
E	Construção de uma matriz relacional corrigida da articulação das disposições entre as posições	DISPOSIÇÕES	ELITE/CAPITAL DECISIVO	Pergunta 13 Resposta 13		
				Pergunta 14 Resposta 14		
				Pergunta 15 Resposta 15		
				Pergunta 16 Resposta 16		
			COMO OS AGENTES SÃO JULGADOS	Pergunta 17 Resposta 17		
				REGRAS INCONSCIENTES DO JOGO		

⁵ Os temas surgiram a posteriori, no processo de leitura das entrevistas, e estão descritos no Capítulo 4 - Resultados e Discussão.

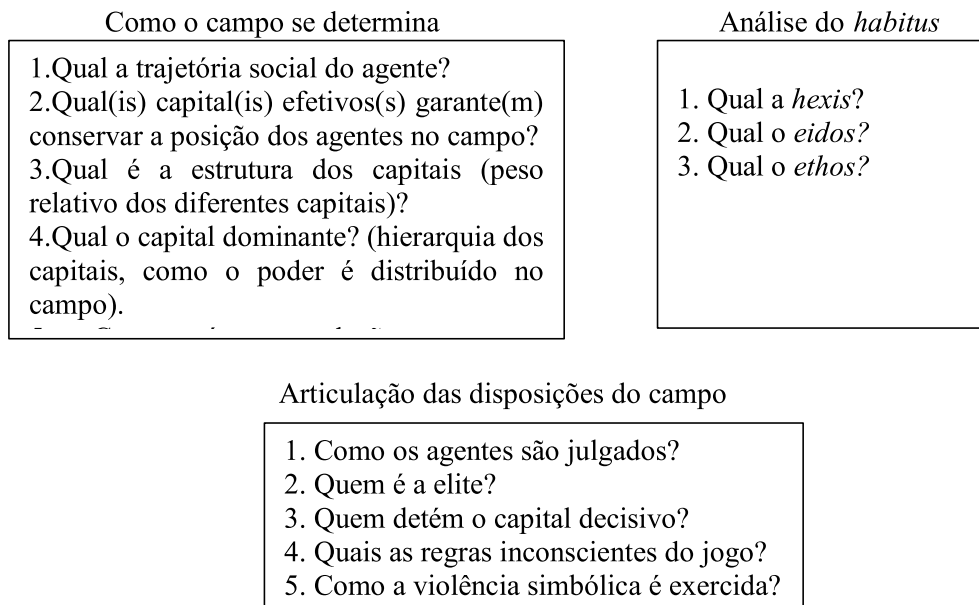
⁶ Os subtemas surgiram a posteriori, no processo de leitura das entrevistas, e estão descritos no Capítulo 4- Resultados e Discussão.

			Pergunta 18 Resposta 18		
		VIOLÊNCIA SIMBÓLICA	Pergunta 19 Resposta 19		

Fonte: elaborado pela autora, com base em Thiry-Cherques (2008)

As etapas A e F não foram incluídas no modelo. A primeira, em virtude de os dados terem sido coletados por meio de pesquisa documental, seguindo metodologia própria. A etapa F consistiu em síntese descritiva da problemática geral do campo, que constou da subseção 5.4.4. O modelo de análise do Quadro 2 foi o instrumento para validar as entrevistas. Segundo Yin (2015), uma das fontes mais importantes de informação para o estudo de caso. As entrevistas foram do tipo curta de estudo de caso⁷, no formato semiestruturado, com perguntas formuladas a prover respostas às questões apresentadas na Figura 5, com base nas etapas no modelo teórico de Bourdieu levado a campo e transpostas para o modelo de análise.

Figura 5 - Questões orientadoras para a coleta de informações no campo



Fonte: elaborada pela autora, com base em Thiry-Cherques, 2008; Ramos, 2019

Manteve-se, porém, em aberto, a possibilidade de inserção de novas questões, dependendo do andamento do diálogo com os entrevistados, o que ocorreu somente para o tema “Avaliação Geral sobre a Implementação da Ebserh”, apresentado no sexto capítulo

⁷ As entrevistas curtas de estudo de caso são mais focadas e duram aproximadamente uma hora; as entrevistas prolongadas podem demandar duas ou mais horas e ocorreriam em um ou mais encontros (YIN, 2015).

(Considerações Finais), pois o roteiro mostrou-se adequado no campo. A entrevista oral, segundo Moreira (2002), geralmente aberta, com poucos participantes, é a estratégia de coleta de dados mais utilizada nas pesquisas. A pesquisa documental, de acordo com Cellard (2012), é insubstituível, pois registra as atividades desenvolvidas em determinada época e elimina em parte a influência do pesquisador.

Os documentos foram investigados seguindo o modelo de análise constante no Quadro 3, que teve como objetivo, de acordo com Yin (2015), corroborar e aumentar evidências à pesquisa.

Quadro 3 - Modelo de análise da pesquisa documental

Etapa A	Documento	Aspecto a identificar
Objetivo Específico 01 Delimitar o Campo HU/Ebserh no Espaço Social. Etapa A	Plano Diretor Estratégico 2019/2022 (1ª versão)	1) Composição do quadro de pessoal por vínculo.
		2) Composição do quadro de pessoal por área.
		3) Serviços de alta e média complexidade oferecidos pelo HU ao Sistema Único de Saúde.
Objetivo Específico 05 Elaborar a Matriz Relacional Corrigida - A Estrutura na Prática. Etapa E	Plano Diretor Estratégico 2019/2022 (1ª versão)	1) Macroproblemas no modelo de gestão de pessoas.
		2) Macroproblemas na gestão da clínica.
Objetivo Específico 05 Elaborar a Matriz Relacional Corrigida - A Estrutura na Prática. Etapa E	Plano Diretor Estratégico 2019/2023 (2ª versão)	1) Evolução dos macroproblemas no modelo de gestão de pessoas.
		2) Evolução dos macroproblemas na gestão da clínica.
		3) Procedimentos formais e informais - desempenho da conformidade dos processos assistenciais e gerenciais.

Fonte: elaborado pela autora, com base em David, 2020

3.3 PARTICIPANTES

A seleção de participantes atendeu ao critério de inclusão proposto para a pesquisa: servidores públicos estatutários regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU) e empregados celetistas (Ebserh), que atuam no hospital após a implementação da empresa, escolhidos por conveniência e disponibilidade, tendo como recorte os enfermeiros e médicos dos vínculos docente e técnico-administrativo em educação (TAEs) e técnico Ebserh. O delineamento se justificou devido à diversidade de cargos existentes no HU, e o tema da relação poder/saber ser mais expressivo em relação a eles.

Adotou-se como critério de exclusão os enfermeiros e médicos com tempo de trabalho no HU inferior há um ano ou licenciados/afastados do exercício da função nos últimos 12 meses do período das entrevistas, pois tendiam a influenciar a visão da realidade organizacional.

A pesquisa abrangeu 22 participantes, divididos entre enfermeiros e médicos. A definição do quantitativo foi apoiada na perspectiva de Duarte (2002): em relação à abordagem qualitativa, define-se o número quando for possível observar os critérios de qualidade, profundidade e grau de recorrência e divergência das informações, estabelecidos *a posteriori*. O trabalho de campo foi concluído quando encontrados padrões, categorias de análises e recorrências, chamados de ponto de saturação. Não foi preciso retornar para esclarecer dúvidas e obter informações adicionais (DUARTE, 2002).

3.4 CONTEXTO DA PESQUISA

A pesquisa ocorreu no momento atípico da pandemia da Covid-19, o que exigiu ajustes no projeto e inviabilidade da pesquisa de campo presencial, sendo adaptada para a modalidade virtual. Apesar da alternativa, sofreu atrasos devido ao quadro epidemiológico, em janeiro de 2021, sobrecarregando os profissionais do HU e, conseqüentemente, a disponibilidade dos profissionais em conceder entrevistas.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do HU (Parecer Consubstanciado do CEP-HU nº 4.415.274, de 23/11/2020), sendo as entrevistas efetivadas de forma virtual, por meio

dos aplicativos “meet” e “hangout” do google, gravadas mediante autorização dos participantes, escolhidos por conveniência e disponibilidade, a partir dos convites da pesquisadora enviados por e-mails aos médicos e enfermeiros pelo setor de Gestão de Pessoas do HU/UFJF/Ebserh.

Os entrevistados receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para exame, com a assinatura da pesquisadora, solicitados que manifestassem expressamente a concordância (após esclarecimento de dúvidas, se houvesse). Deveriam responder ao e-mail informando o aceite dos termos propostos. Antes da entrevista, o participante foi esclarecido de que seria gravada, mediante autorização, e após o início da gravação confirmar oralmente que recebeu antecipadamente cópia do Termo e concordava em participar.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram tratados por meio de procedimentos de análise de conteúdo. Segundo Bardin (2016), compreendem técnicas de análise de comunicação baseadas em métodos sistemáticos e objetivos para a descrição do conteúdo das mensagens. Na visão da autora, a investigação deve estar centrada na inferência, núcleos de sentido que compõem a interlocução. Gomes (2016, p.76) ressalta: “[...] através da análise de conteúdo, podemos caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado [...]”.

Segundo Bardin (2016), são técnicas de análise de conteúdo: i) análise categorial (entre os tipos de categorização pode-se destacar a investigação dos temas, ou análise temática); ii) análise de avaliação; iii) análise de enunciação; iv) análise proposicional do discurso; v) análise de expressão; vi) análise das relações. A autora explica que as categorias são classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupados em razão das características comuns, sendo os critérios de categorização: i) semântico (categorias temáticas); ii) sintático; iii) léxico; iv) expressivo.

A técnica utilizada nesta pesquisa foi a análise categorial temática das transcrições de entrevistas, com apoio do *software IRaMuTeQ*⁸, que confirmou as categorias e subcategorias estabelecidas, os temas e subtemas recortados do conjunto de entrevistas. A escolha deve-se ao

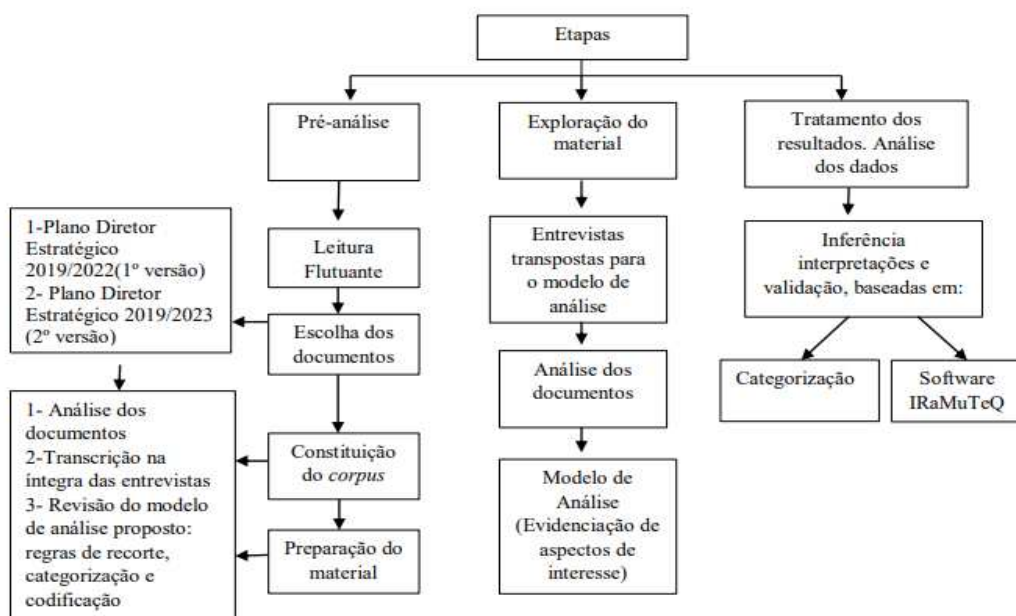
⁸ O *software IRaMuTeQ* (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) desenvolvido por Pierre Ratinando (2009) é um programa informático gratuito, que se ancora no software R e permite diferentes formas de análises estatísticas sobre *corpus* textuais e sobre tabelas de indivíduos por palavras. Desenvolvido inicialmente em língua francesa, passou a ser utilizado no Brasil, a partir de 2013. Devido ao rigor estatístico e diferentes possibilidades de análise, o *IRaMuTeQ* pode trazer contribuições aos estudos em ciências humanas e sociais, que têm o conteúdo simbólico proveniente dos materiais textuais como uma fonte importante de dados de pesquisa (CAMARGO e JUSTO, 2013, p.513).

fato, segundo Bardin (2016), de a análise temática possibilitar descobrir os núcleos de sentido das transcrições das entrevistas e, assim, permitir estudar as motivações de opiniões, de atitudes, de valores e de crenças.

A sistematização da análise de conteúdo consistiu em três fases, segundo Bardin (2016) e Gomes (2016): i) pré-análise; ii) exploração do material; iii) tratamento dos resultados, inferência e interpretação, seguindo o protocolo de Bardin (2016) apresentado na Figura 6.

Os documentos foram investigados de acordo com o modelo próprio de análise que buscou evidenciar aspectos de interesse para o objeto da pesquisa.

Figura 6 - Desenvolvimento de uma análise de conteúdo



Fonte: Bardin (2016, p. 132, adaptada pela autora, 2021)

A primeira fase de pré-análise iniciou-se com uma leitura “flutuante” dos documentos definidos *a priori*. Posteriormente, foram preparadas as entrevistas, ou seja, transcritas na íntegra, inicialmente identificadas por letras, e *a posteriori* por nomes fictícios, a fim de preservar a identidade dos participantes. A investigação documental consistiu em evidenciar os aspectos de interesse ao objeto da pesquisa definidos no modelo de análise.

Além disso, a fase teve como objetivo rever o modelo de análise proposto para a exploração do material, que se apoiou nas etapas do modelo teórico de Bourdieu levado a campo, descritas por Thiry-Cherques (2008). A metodologia confirmou a suposição inicial da pesquisa, de que a Ebserh mudou o contexto organizacional do HU/UFJF, refletindo nas

relações de trabalho, em virtude do recente vínculo celetista de trabalhadores, e resultando na fragmentação das relações e de coesão social. Possibilitou, ainda, as possíveis respostas à questão central do trabalho.

O modelo de análise estruturou-se a partir da organização da codificação para tratar o material. Segundo Bardin (2016), há três escolhas para a análise categorial e quantitativa: i) o recorte, que são as unidades de registro e contexto; ii) a enumeração, que se refere às regras de contagem; iii) a classificação e a agregação, que são as escolhas das categorias.

Primeiramente, revisitou-se o critério de categorização misto estabelecido com as categorias e subcategorias constituídas *a priori*, distribuídas por etapas e relacionadas aos elementos chaves que expressam o campo, *habitus* e a articulação das disposições no campo citados na abordagem bourdieusiana. Como não surgiram outras questões no trabalho de campo, não foi preciso estabelecer categorias *a posteriori*, mas temas e subtemas. Definiu-se como unidade de registro o tema; como unidade de contexto o parágrafo, identificados por uma análise sequencial, e como regra de enumeração a frequência simples dos temas/subtemas por subcategorias. Para validar a codificação buscou-se o software *IRaMuTeQ* a fim de confirmar ou infirmar as regras de recorte, enumeração, categorização e representações gráficas.

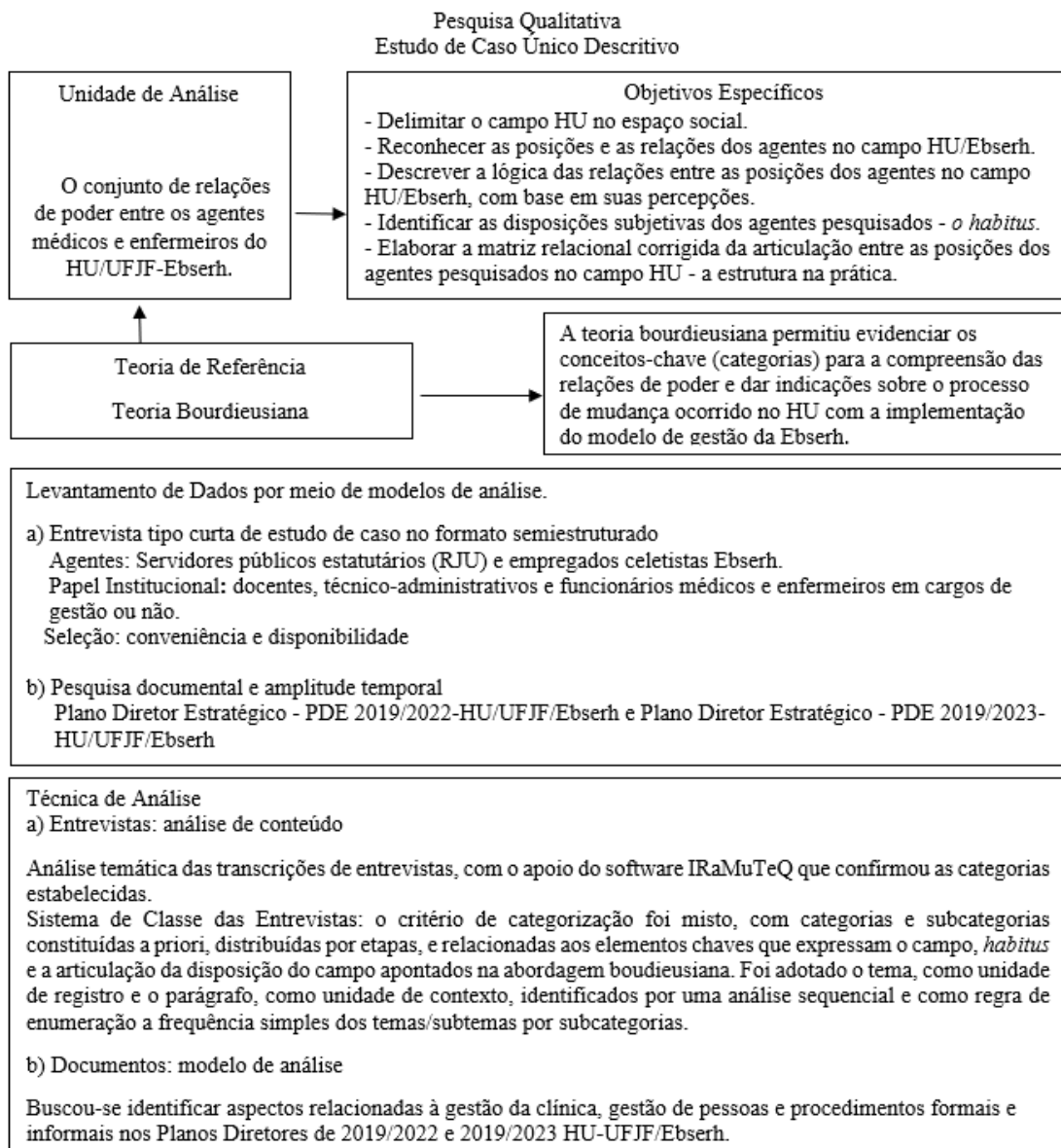
Na fase de exploração do material, houve avaliação dos documentos a fim de se identificar os aspectos relevantes citados no modelo de análise da pesquisa documental para subsidiar a descrição da Etapa A - Delimitação do campo hospital universitário da UFJF no espaço social e da Etapa E - Elaboração da matriz relacional corrigida - a estrutura na prática. As entrevistas foram transpostas para o modelo de análise próprio, e temas e subtemas definidos *a posteriori*, pois surgiram em um processo progressivo de leitura aprofundada. Segundo Bardin (2016), configura-se como decifração estrutural, detalhada na seção 5.2 - Operacionalização das etapas de investigação.

A fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação foi sustentada pelas tabelas geradas no *Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, que mostraram a quantificação das subcategorias, temas e subtemas por etapas, possibilitando as inferências e interpretações baseadas nas estatísticas. Foi utilizado como apoio o software *IRaMuTeQ*. Além de confirmar as categorias e subcategorias estabelecidas, permitiu a apresentação de figuras e gráficos para aprofundar as análises

Para melhor entendimento do percurso metodológico apresenta-se o desenho esquemático da pesquisa, Figura 7, sustentada pelo tripé teorias, métodos e técnicas, como

defende Minayo (2012). O modo de fazer depende do objeto e a resposta ao objeto depende das perguntas, instrumentos e estratégias utilizadas na coleta dos dados.

Figura 7 - Desenho esquemático da pesquisa



Fonte: elaborada pela autora, 2021

O próximo capítulo apresenta o campo Hospital Universitário da UFJF e, posteriormente, no quinto, apresentam-se os resultados e discussões sustentados por essa estrutura metodológica.

4 O CAMPO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFJF

Neste capítulo, apresenta-se o campo HU a partir da contextualização do Hospital e de seu Plano Diretor Estratégico - PDE 2019/2022 HU-UFJF/Ebserh, que aborda a estrutura organizacional nas dimensões física, capacidade instalada, quadro de pessoal, modelo de governança e atividades de ensino, pesquisa e extensão.

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O Hospital Universitário da UFJF teve, a 8 de abril de 1963, o marco legal estabelecido mediante termo de convênio firmado entre a Santa Casa de Misericórdia e a UFJF. Há 58 anos, portanto. A inauguração ocorreu após três anos, em agosto de 1966, na área do antigo sanatório Dr. Villaça, localizado ao lado da Santa Casa, com a denominação de Hospital Escola (HE), a fim de desenvolver atividades de ensino das clínicas das Faculdades de Medicina, Farmácia e Odontologia da UFJF (HU-UFJF/EBSERH, 2021a).

Foi transferido em 1970 para a nova sede em Juiz de Fora, no bairro Santa Catarina. Ali funcionava a Faculdade de Medicina desde 1952. Em 1984, o Hospital Escola passou a ser chamado de Hospital Universitário (HU), com a edição da Portaria 447/1984/MEC, que ampliou as atividades aos diversos cursos da área da saúde, e assumiu como campo de ensino das residências médicas e análises clínicas (HU-UFJF/EBSERH, 2021a).

O HU incorpora-se ao SUS em 1990, mediante a Lei 8.080/90, tornando-se referência para o Sistema de Saúde do Município de Juiz de Fora e região, que abrange a Zona da Mata Mineira, região sul de Minas Gerais e alguns municípios do Rio de Janeiro (HU-UFJF/EBSERH, 2021a).

Em 2000, inicia-se a construção do novo HU, denominado Centro de Atenção à Saúde (CAS), posteriormente HU-CAS/UFJF, no bairro Dom Bosco. A inauguração física do primeiro módulo ambulatorial ocorreu a 24 de agosto de 2006, passando a oferecer serviços mais complexos e atendimento multidisciplinar. Em maio de 2007, o serviço ambulatorial foi transferido da Unidade Santa Catarina para a Unidade Dom Bosco do CAS. O HU passou a funcionar nas duas instalações físicas, além do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) (HU-UFJF/EBSERH, 2021a).

Obtém a certificação de Hospital de Ensino, em janeiro de 2005, e passa a integrar o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), em 2010,

que buscava a reestruturação e revitalização dos HUs a fim de continuarem nas suas funções de ensino, pesquisa, extensão e assistência (HU-UFJF/EBSERH, 2021a).

Com a decisão do Conselho Superior (Consu) da UFJF, a gestão do HU é transferida para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, em 19 de novembro de 2014, mediante o Contrato de Gestão Especial Gratuita nº 58/2014⁹, com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência à saúde e apoiar as atividades de ensino, pesquisa, extensão e formação de pessoas no campo da saúde pública (HU-UFJF/EBSERH, 2021a).

4.2 PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO - PDE 2019/2022 HU-UFJF/EBSERH

O Plano Diretor Estratégico (PDE) 2019-2022 HU-UFJF/Ebserh (primeira versão) explica a estrutura organizacional, abordando dimensões e ações estratégicas para a condução das atividades do hospital, que tem como missão ‘Formar recursos humanos, gerar conhecimentos e prestar assistência de qualidade na área da saúde à comunidade da região’, entendida como a macrorregião de Juiz de Fora.

Encontra-se nesse PDE a certeza de que ainda é momento de desafios para o HU, pois deve conciliar o papel estratégico de formação e prestação de serviços, a partir do processo de transição da gestão Ebserh efetivado em 2014. São diversas mudanças e inovações, principalmente em relação à reestruturação administrativa e gestão de pessoas, pois houve aumento expressivo de trabalhadores (HU-UFJF/EBSERH, 2018).

Um novo Plano Diretor Estratégico 2019-2023 (segunda versão) foi elaborado com o fim de readequar o PDE 2019-2022 à nova política da rede Ebserh, que implicou o desdobramento de estratégias estabelecidas, ocasionando, portanto, reorganizações e prorrogações de atividades (HU-UFJF/EBSERH, 2021b).

Enumeram-se os desafios impostos ao HU, descritos no Quadro 4 do PDE, às fls 27, que relacionam os cinco macroproblemas estabelecidos como prioridade de atuação, e para os quais foram definidas “Árvores Explicativa de Problemas”. Segundo o Plano, é metodologia que permite a compreensão do problema e de suas inter-relações (HU-UFJF/EBSERH, 2018).

⁹ Contrato de Gestão Especial Gratuita nº 58/2014 celebrado entre a UFJF e a Ebserh Disponível em: <https://www.gov.br/Ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/contratos-de-gestao/regiao-sudeste/hu-ufjf/contrato-de-gestao-especial>. Acesso em: 06/10/2021.

Quadro 4 - Macroproblemas preliminarmente selecionados

MP1	Gestão da clínica insuficiente
MP2	Modelo de gestão e execução do orçamento insuficiente
MP3	Modelo de gestão de pessoas insuficiente
MP4	Integração insuficiente entre gestão de ensino/pesquisa, assistência e administração
MP5	Infraestrutura deficiente e ineficiente

Fonte: HU-UFJF/EBSERH, 2018, fls.27

Depreende-se que há uma série de ações a serem adotadas no hospital a fim de alcançar a reestruturação almejada, após cinco anos do novo modelo de gestão Ebserh - nas dimensões de estrutura física e pessoal, modelo de governança e ensino, pesquisa e extensão.

O presente trabalho elenca aspectos que contribuiriam, especialmente, ao macroproblema do modelo de gestão de pessoas insuficiente (MP3), ao apresentar resultados da pesquisa sobre a gestão Ebserh nas relações entre enfermeiros e médicos no HU.

4.3 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO HU-UFJF/EBSERH

A apresentação da estrutura organizacional versa inicialmente sobre a estrutura física, subseção 4.3.1, em seguida, capacidade instalada, subseção 4.3.2, quadro de pessoal, subseção 4.3.3, ensino, pesquisa e extensão, subseção 4.3.4, e por fim, o modelo de governança, subseção 4.3.5, com base no Plano Diretor Estratégico 2019/2022 HU-UFJF/Ebserh, 2018.

4.3.1 Estrutura física

O HU é formado por três estruturas que não se agrupam na mesma área: Unidade Santa Catarina, Unidade Dom Bosco e Centro de Atenção Psicossocial (CAPs). Com a inauguração do novo espaço do Caps, em setembro de 2021, passou a se localizar próximo ao Centro Dom Bosco. Na Unidade Santa Catarina concentram-se os serviços de internação hospitalar das especialidades clínicas, cirúrgicas, pediátricas e terapia intensiva. As imagens das estruturas físicas do hospital estão nas Figuras 8, 9 e 10 (HU-UFJF/EBSERH, 2018, 2021b).

Figura 8 - Unidade Santa Catarina



Fonte: HU-UFJF/EBSERH, 2018

Na Unidade Dom Bosco são oferecidos atendimentos ambulatoriais das especialidades clínicas, dos procedimentos cirúrgicos de menor complexidade e serviços de apoio diagnóstico (HU-UFJF/EBSERH, 2018).

Figura 9 - Unidade Dom Bosco



Fonte: HU-UFJF/EBSERH, 2018

O Centro de Atenção Psicossocial, conhecido como Caps Liberdade, tem nova estrutura física, inaugurada em setembro de 2021. Oferece serviços na área da saúde mental em nível ambulatorial e intensivo, além de atendimentos em oficinas terapêuticas (HU-UFJF/EBSERH, 2021b).

Figura 10 - Centro de Atenção Psicossocial - Caps



Fonte: HU-UFJF/EBSERH, 2021c

4.3.2 Capacidade instalada

O HU-UFJF/Ebserh é um hospital geral, classificado como de pequeno porte¹⁰ (156 leitos), que presta serviços de apoio diagnóstico, ambulatorial e hospitalar de alta e média complexidade referenciados pelo SUS do município de Juiz de Fora. O Quadro 5 apresenta os serviços especializados do HU (HU-UFJF/EBSERH, 2018).

Quadro 5 - Serviços habilitados ao HU

Qtde	Descrição	Qtde	Descrição
1	Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise	12	Serviço Diagnóstico de Fibrose Cística
2	Atenção Especializada em DRC com Diálise Peritoneal	13	Serviço Hospitalar para Tratamento AIDS
3	CAPS II	14	Tratamento da Lipodistrofia do Portador de HIV/AIDS
4	Enteral e Parenteral	15	Transplante de Medula Óssea Autogênico
5	Hospital-Dia - AIDS	16	Transplante de Medula Óssea Alogênico Aparentado
6	Hospital-Dia em Intercorrências Pós-Transplante de Medula Óssea e de outros Precusores Hematopoiéticos	17	Transplante de Medula Óssea Alogênico não aparentado

¹⁰ De acordo com o PDE 2019/2022 HU-UFJF/Ebserh, 2018 (Subseção 1.2.1 - Características gerais), o hospital possui 156 leitos.

7	Laboratórios de Exames Citopatológicos do Colo de Útero - Tipo 1	18	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia
8	Laqueadura	19	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional
9	Procedimentos Cirúrgicos, Diagnósticos ou Terapêuticos- Hospital Dia	20	UTI II Adulto
10	Rim	21	Vasectomia
11	Retirada de Órgãos e Tecidos	22	Vídeo Cirurgias

Fonte: HU-UFJF/EBSERH, 2018

Para atender às habilitações, o HU possui infraestrutura tecnológica e capacidade que abrange 156 leitos, distribuídos entre as especialidades cirúrgica, clínica e pediátrica, hospital-dia, unidade de tratamento intensivo (geral e Covid 19). No Centro Cirúrgico, são oito salas de cirurgia e 13 de recuperação. No Serviço Ambulatorial, 48 salas, divididas entre consultórios, salas de curativo, imunização e repouso (HU-UFJF/EBSERH, 2018).

Com essa estrutura, o HU presta expressivo serviço de atenção à saúde de média e alta complexidade, como se nota no Quadro 6, acordados com o Município de Juiz de Fora, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (HU-UFJF/EBSERH, 2018).

Quadro 6 - Serviços ofertados pelo HU-UFJF/Ebserh

Qtde	Descrição	Qtde	Descrição
1	Atenção em Urologia	17	Serviço de Endoscopia
2	Atenção à Doença Renal Crônica	18	Serviço de Endocrinologia
3	Cirurgia Vascular	19	Serviço de Diagnóstico por Métodos Gráficos Dinâmicos
4	Hospital-Dia	20	Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico
5	Medicina Nuclear	21	Serviço de Diagnóstico por Imagem
6	Serviço de Vigilância em Saúde	22	Serviço de Diagnóstico por Anatomia Patológica e/ou Citopatológica
7	Serviço de Traumatologia e Ortopedia	23	Serviço de Controle de Tabagismo
8	Serviço de Suporte Nutricional	24	Serviço de Cirurgia Torácica
9	Serviço de Reabilitação	25	Serviço de Cirurgia Reparadora

10	Serviço de Práticas Integrativas e Complementares	26	Serviço de Atenção Psicossocial
11	Serviço de Pneumologia	27	Serviço de Atenção em Saúde Bucal
12	Serviço de Oncologia	28	Serviço de Atenção em Neurologia/Neurocirurgia
13	Serviço de Oftalmologia	29	Serviço de Atenção Cardiovascular/Cardiologia
14	Serviço de Hemoterapia	30	Serviço de Atenção ao Paciente com Tuberculose
15	Serviço de Fisioterapia	31	Serviço de Atenção à Saúde Reprodutiva
16	Serviço de Farmácia	32	Transplante

Fonte: HU-UFJF/EBSERH, 2018

Depreende-se o papel estratégico do HU para a cidade e região, mediante a amplitude de serviços considerados de média e alta complexidade.

4.3.3 Quadro de pessoal

O Quadro 7 apresenta o quantitativo de pessoal por vínculo. Os empregados celetistas da Ebserh representam 65% do total da força de trabalho, e em relação ao regime jurídico único equivalem a 78%, o que evidenciaria a mudança de perfil e impactos nas relações de trabalho (HU-UFJF/EBSERH, 2018).

Quadro 7 - Quadro de pessoal do HU

Vínculo	Qtde
Ebserh (consolidação das leis do trabalho)	1034
UFJF (regime jurídico único)	300
Ministério da Saúde (regime jurídico único)	13
Prefeitura de Juiz de Fora (regime jurídico único)	07
Secretaria de Estado de Saúde de MG (regime jurídico único)	01
Demais terceirizados (conservação, limpeza, vigilância, atendimento)	238
Total	1.593

Fonte: HU-UFJF/EBSERH, 2018

Outra comparação significativa se nota entre os profissionais por área no Quadro 8, que evidencia o número expressivo da área assistencial, 76% em relação aos médicos.

Quadro 8 - Profissionais por área

Profissionais	Qtde
Médicos	219
Assistenciais	690
Administrativos	63
Total	972

Fonte: HU-UFJF/EBSERH, 2018

4.3.4 Ensino, pesquisa e extensão

Relevante como a prestação de serviços de assistência, o HU tem a finalidade de apoiar instituições públicas federais nas atividades de ensino, pesquisa e extensão, campo prático para alunos de graduação da UFJF e pós-graduação *lato sensu* na modalidade residência, conforme os Quadros 9 e 10 (HU-UFJF/EBSERH, 2018).

Quadro 9 - Discentes por curso de graduação no 1º semestre de 2018

Cursos	Total	Cursos	Total
Medicina	810	Odontologia	27
Enfermagem	184	Educação Física	17
Farmácia	166	Psicologia	9
Fisioterapia	104	Serviço Social	4
Nutrição	102	Total	1.423

Fonte: HU-UFJF/EBSERH, 2018

Como é compreendida pelos dados apresentados no Quadro 9, na dimensão do significado do HU como campo prático para formação no nível de graduação, há o mesmo para a pós-graduação *lato sensu* no Quadro 10.

Quadro 10 - Residências no 1º semestre de 2018

Residência	Nº de residentes	Nº de programas
Residência Médica	156	30
Residência Multiprofissional	112	8
Total	268	38

Fonte: HU-UFJF/EBSERH, 2018

Por fim, em relação à estrutura organizacional, é apresentado o modelo de governança na próxima seção, que mostra a análise do modelo básico proposto pela Ebserh e o adotado pelo hospital.

4.3.5 Modelo de governança

O HU-UFJF possui uma estrutura organizacional voltada às instituições de saúde de médio porte¹¹, seguindo o modelo do sistema Ebserh¹², que contempla uma estrutura básica, na Figura 11: i) estrutura de governança; ii) estrutura de apoio à gestão; iii) estrutura de controle e fiscalização, que se desdobra a partir das gerências, de acordo com o seu porte (HU-UFJF/EBSERH, 2018).

O modelo, retomando o explicado na subseção 2.2, buscou fortalecer o núcleo operacional, formado por setores e unidades, em que acontecem as atividades fins, ou seja, a prestação de serviços assistenciais. No nível intermediário, as Divisões fazem a integração horizontal e vertical, e na cúpula há a estrutura de governança: a) colegiado executivo; b) superintendência; c) gerências (atenção à saúde; ensino e pesquisa; administrativa), que é a instância decisória e deliberativa do hospital (EBSERH, 2013).

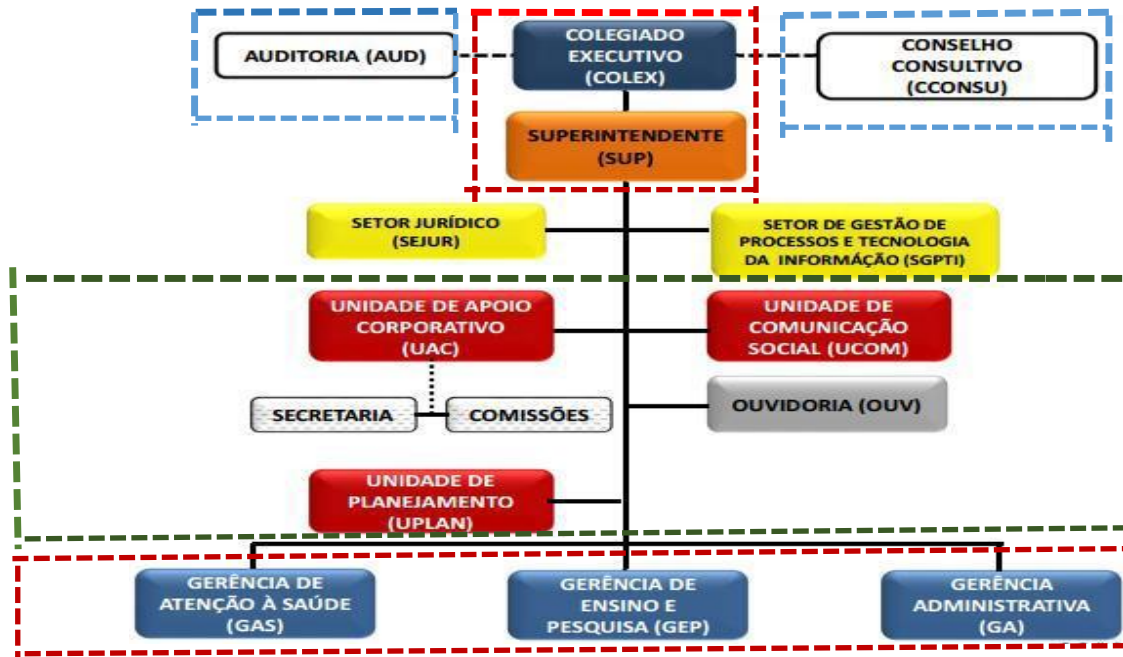
¹¹ De acordo com o PDE 2019/2022 (Subseção 1.2.1 - Características gerais), o hospital possui 156 leitos. Entretanto, a atual estrutura do HU/UFJF considerou a conclusão das obras de ampliação da Unidade Dom Bosco, com 346 leitos (de 200 a 399 leitos - médio porte).

¹² Modelo do Sistema Ebserh: (a) pequeno porte - menor que 200 leitos; (b) médio porte - 200 a 399 leitos; (c) grande porte - igual ou superior a 400 leitos; (d) hospital especializado ou maternidade (Estrutura Organizacional dos Hospitais sob Gestão da Ebserh: diretrizes técnicas - versão 1.0: Março/2013, p.19).

Informações em:

http://Ebserh.gov.br/documents/222346/866032/EBSERH_Estrutura+Organizacional+dos+HUs+sob+gest%C3%A3o+da+EBSERH.pdf/f31541d2-a849-4ab9-a2b7-9de9e01d1acb . Acesso em: 13 out. 2020.

Figura 11 - Estrutura organizacional básica do HU/UFJF-Ebserh



Legenda:

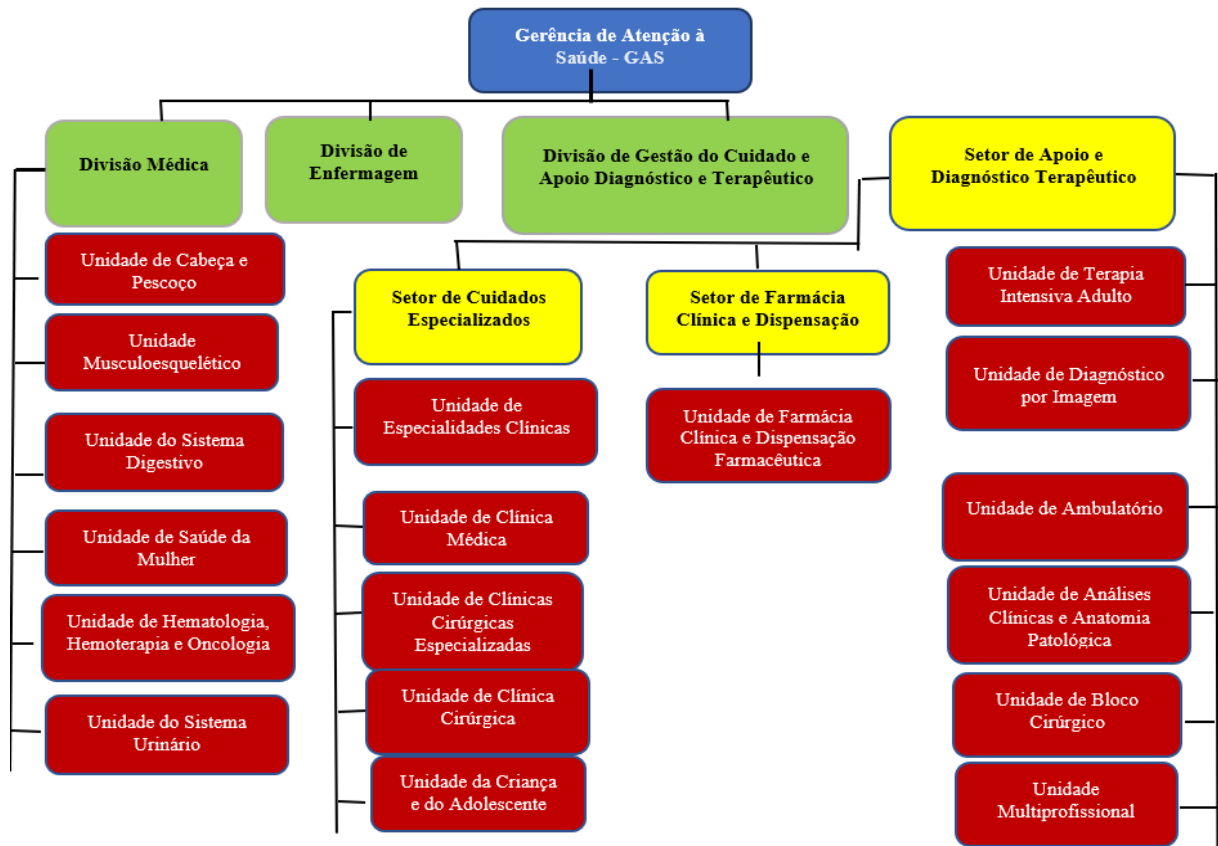
- Estrutura de governança
- Estrutura de apoio à gestão
- Estrutura de controle e fiscalização

Fonte: HU-UFJF/EBSERH, 2018, p.17

Essa estrutura suscita diversas análises, mas para atender ao objetivo da pesquisa será explorada a configuração da Gerência de Atenção à Saúde (GAS), formada por três divisões, três setores e 18 unidades, a partir das relações entre os agentes pesquisados.

O organograma foi atualizado em setembro de 2021, Figura 12, o que mostra ajustes em relação à configuração anterior. Cabe destacar que uma das principais mudanças estaria em priorizar a assistência em linhas de cuidado, uma das políticas da Ebserh, ao se criar o Setor de Cuidados Especializados, vinculado à Divisão de Gestão do Cuidado e Apoio Diagnóstico e Terapêutico, e vincular distintamente as Unidades Médicas, na Divisão Médica, e as de Cuidados Especializados, na Divisão de Gestão do Cuidado e Apoio Diagnóstico e Terapêutico (HU-UFJF/EBSERH, 2021d).

Figura 12 - Gerência de Atenção à Saúde (GAS/HU/UFJF-Ebserh)



Fonte: HU-UFJF/EBSERH, 2021d

Deve-se entender o que são as linhas de cuidado. De acordo com Franco, C. e Franco, T. (2012), são fluxos diferenciados centrados em uma lógica que atende às exigências dos usuários, não se resumindo aos processos de referência e contrarreferência de serviços de saúde pelo SUS.

Segundo os autores, a linha de cuidado pressupõe a integralidade da assistência à saúde, o que implica colocar à disposição os recursos possíveis - tecnológicos, visitas domiciliares, assistência de alta complexidade, ou seja, o cuidado integral. Além disso, significativamente relevante é o acolhimento dos usuários pelos profissionais de saúde, o que significa atender bem e fazer os encaminhamentos para acompanhar os processos na rede de saúde. De acordo com Franco, C. e Franco, T. (2012), as linhas de cuidado requerem trabalho em redes e processo coletivo de discussão e pactuação após a sua implementação.

Concluindo, as linhas de cuidado são um dos fatores que poderão mudar a lógica das relações entre as posições no campo, para a horizontalização sustentada em equipes multidisciplinares.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentam-se os resultados dos procedimentos de coleta de dados advindos das entrevistas e pesquisa documental. Inicialmente, a seção 5.1 caracteriza os participantes, e a 5.2 explica como se operacionalizam as etapas de investigação. A seção 5.3 inicia a discussão da Etapa A, que é a delimitação do Hospital Universitário da UFJF no espaço social, por meio do modelo de análise estabelecido para a pesquisa documental. A partir da seção 5.4, as argumentações têm como base as categorias definidas para as Etapas B, C, D e E.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A pesquisa foi composta por 22 participantes - 11 enfermeiros e 11 médicos, identificados por letras e nomes fictícios, a fim de preservar a identidade. O número de entrevistados constatou que os temas começaram a se repetir, alcançando o ponto de saturação. O Quadro 11 apresenta o perfil dos enfermeiros; o Quadro 12, dos médicos.

Quadro 11 - Perfil dos enfermeiros entrevistados

Nº	Cargo	Vínculo	Ident.	Nome fictício	Gênero	Tempo de trabalho no HU	Cargo Gestão	Formação
1	Enfermeiro	RJU (TAE)	A	Agnes	F	18a	SIM	Mestrado
2	Enfermeiro	RJU (TAE)	B	Brittes	F	22a4m	SIM	Especialização
3	Enfermeiro	RJU (TAE)	D	Dimitri	M	15a	NÃO	Doutorado
4	Enfermeiro	RJU (Docente)	E	Ella	F	05a	NÃO	Doutorado
5	Enfermeiro	RJU (Docente)	G	Gaia	F	15a	NÃO	Pós-doutorado
6	Enfermeiro	Ebserh	C	Ceres	F	4m	NÃO	Mestrado

7	Enfermeiro	Ebserh	F	Franco	M	08a	NÃO	Especialização
8	Enfermeiro	Ebserh	H	Heidi	F	05a	NÃO	Especialização
9	Enfermeiro	Ebserh	I	Ivy	F	2a10m	¹³ SIM	Especialização
10	Enfermeiro	Ebserh	J	Justine	F	03a	NÃO	Especialização
11	Enfermeiro	Ebserh	K	Karin	F	05a	NÃO	Especialização

Fonte: elaborado pela autora, 2021

Destaca-se a participação do gênero feminino, tempo de trabalho acima de três anos de experiência no HU e poucos enfermeiros em cargo de gestão na estrutura Ebserh - somente dois, e são do regime RJU. Uma entrevistada possuía menos de um ano de atuação no hospital, mas, devido à experiência, foi incluída na amostra em razão das contribuições para a pesquisa.

Evidenciou-se que pode existir uma estrutura informal, pois a enfermeira Ivy relatou ser investida em cargo de coordenadora de Setor, o que não era previsto no organograma do HU/Ebserh. No que se refere ao cargo de médico há equilíbrio quanto ao gênero e tempo de trabalho, como na enfermagem, superior a três anos de experiência no hospital.

Quadro 12 - Perfil dos médicos entrevistados

Nº	Cargo	Vínculo	Ident.	Nome fictício	Gênero	Tempo Trabalho no HU	Cargo de Gestão	Formação
1	Médico	RJU (TAE)	A	Amir	M	17a	NÃO	Mestrado
2	Médico	RJU (Docente)	B	Brina	F	10a	NÃO	Doutorado
3	Médico	RJU (Docente)	C	Ciro	M	12a	SIM	Doutorado
4	Médico	RJU (Docente)	D	Dafne	F	08a	¹⁴ SIM	Doutorado

¹³ O cargo, segundo a enfermeira, não é previsto na estrutura Ebserh.

¹⁴ O cargo, segundo a docente, não é previsto na estrutura Ebserh

5	Médico	Ebserh	E	Esdras	M	06a	NÃO	Doutorado
6	Médico	Ebserh	F	Filip	M	06a	NÃO	Doutorando
7	Médico	Ebserh	G	Gael	M	04a	NÃO	Esp.Residência
8	Médico	Ebserh	H	Hera	F	05a	NÃO	Doutoranda
9	Médico	Ebserh	I	Isla	F	05a	NÃO	Mestranda
10	Médico	Ebserh	J	Jian	M	03 a	NÃO	Esp.Residência
11	Médico	Ebserh	K	Kristen	F	05a	NÃO	Esp.Residência

Fonte: elaborado pela autora, 2021

Identificou-se, similarmente, na área médica, um número mínimo de agentes em cargo de gestão. Somente um, direcionado ao docente do vínculo RJU, o que demonstraria limitação de acesso dos profissionais Ebserh ao campo da gestão - da medicina e da enfermagem. Corroborar-se a possibilidade de uma estrutura informal, pois a docente Dafne relata que sua função se relaciona às atividades acadêmicas, e que há a chefia de unidade responsável pelas atividades administrativas.

5.2 A OPERACIONALIZAÇÃO DAS ETAPAS DE INVESTIGAÇÃO

A operacionalização da investigação segue os modelos de análise definidos. Para a Etapa A, foram estabelecidos aspectos a serem identificados na pesquisa documental, que consistiu no Plano Diretor Estratégico 2019/2022 e Plano Diretor Estratégico 2019/2023.

Já para as Etapas B, C, D e E, as categorias e subcategorias foram formadas *a priori* e relacionadas aos elementos que expressam o campo *habitus* e a articulação das disposições do campo apontados na abordagem bourdieusiana. As entrevistas foram transpostas para o modelo de análise; temas e subtemas definidos *a posteriori*, pois surgiram em um processo progressivo de leitura aprofundada. Segundo Bardin (2016), configura-se como decifração estrutural.

Cada entrevista passou por análise sequencial, isto é, dividida em sequências, que correspondiam à própria pergunta do tema dominante. Posteriormente, identificadas nos

parágrafos das respostas as unidades de registro com sentido, ou seja, temas e subtemas, o que possibilitou surgir grande diversidade. Ocorreu repetição nas entrevistas. Foram geradas tabelas no software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, que mostraram a quantificação de subcategorias, temas e subtemas, por etapas, apresentadas conforme a lógica da discussão.

A Etapa F consiste na síntese descritiva da problemática geral do campo, encerrando-se, portanto, o ciclo das etapas de investigação do modelo teórico de Bourdieu levado a campo.

5.3 CAMPO - DELIMITAÇÃO DO CAMPO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFJF NO ESPAÇO SOCIAL (ETAPA A)

Inicialmente, retomar a noção de que o campo não se confunde com o de espaço social é essencial para a compreensão da etapa. O campo é entendido como microcosmo inserido no macrocosmo do espaço social (LAHIRE, 2017). O espaço social, na ótica de Bourdieu (2008), seria visualizado em duas dimensões: a primeira, conforme o volume global de capital (econômico e cultural); e a segunda, de acordo com a estrutura de seu capital, ou seja, sustentada no peso dos capitais econômico e cultural no volume total.

As posições ocupadas nesse espaço são definidas em razão do volume e da estrutura dos capitais. Depreende-se que os agentes que atuam no HU/Ebserh se posicionam no espaço destinado àqueles que possuem na estrutura de capital maior peso no capital cultural e, conseqüentemente, maior volume global de capital (cultural + econômico).

Esse capital é distribuído entre expressivo número de agentes, 1.593, especificados na subseção 4.3.3 - Quadro de pessoal, o que possibilita ao HU/Ebserh prestar serviços de alta e média complexidade, detalhados na subseção 4.3.2 - Capacidade instalada.

Da análise da composição de pessoal, é possível concluir a mudança de perfil no HU, após a Ebserh, que passa a ser predominantemente formada pelos empregados celetistas, que representam 65% do total da força de trabalho e 78% em relação ao RJU. No que se refere à composição por área, a assistencial, que inclui os enfermeiros, representa 76%, comparando-a aos médicos.

Já em relação ao macrocosmo em que o HU/UFJF/Ebserh está inserido, há uma rede hospitalar em Juiz de Fora que presta serviços assistenciais ao Sistema Único de Saúde: 1) Hospital Ana Nery de Minas Gerais; 2) Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora - ASCOMCER; 3) Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus; 4)

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG/ Hospital Regional João Penido; 5) Hospital São Vicente de Paulo de Minas Gerais; 6) Fundação Instituto Clínico Juiz de Fora; 7) Instituto Brasileiro de Gestão da Saúde - IBG; 8) Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora; 9) Instituto de Clínicas e Cirurgia de Juiz de Fora Ltda (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2021).

Nesse espaço social, o HU/UFJF se posiciona como instituição de saúde de referência na macrorregião de Juiz de Fora, atendendo exclusivamente ao SUS e habilitado para procedimentos de alta complexidade listados na subseção 4.3.2 - Capacidade instalada.

5.4 CATEGORIAS DE ANÁLISE DAS ETAPAS B, C, D, E

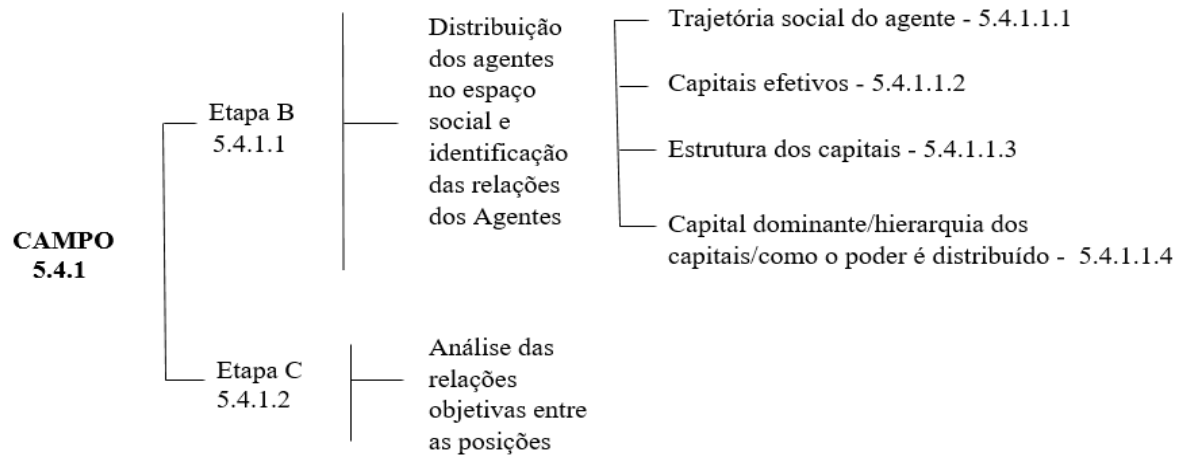
As três categorias - campo, *habitus* e articulação das disposições no campo - foram analisadas a partir das subcategorias a elas vinculadas, de acordo com os subcampos dos agentes enfermeiros e médicos. Evidenciaram-se os aspectos transversais e perspectivas divergentes dos temas e subtemas entre os subcampos.

5.4.1 Campo (Etapas B e C)

Para descobrir como um campo é determinado devem ser conhecidos princípios, elementos constitutivos e como os indivíduos percebem, apreciam e valorizam esse *corpus* (THIRY-CHERQUES, 2008). O campo HU/UFJF seria interpretado por diversos subcampos. Nesta pesquisa, devido ao objeto, serão investigados os subcampos dos agentes médicos e enfermeiros dos vínculos RJU (TAEs e docentes) e empregados públicos, como as relações objetivas entre as posições. Procurou-se deter no conceito de campo a seguir, e apresentar as propriedades, representadas por cinco subcategorias - Figura 13, como ponto de partida para subsidiar a discussão dos resultados advindos do levantamento de dados.

O campo seria entendido como “espaço estruturado de posições”, cujas propriedades são definidas em relação às posições no espaço. Os campos possuem leis gerais aplicadas a campos distintos. Para Bourdieu, permite-se falar em teoria geral, mas em constante evolução, devido às descobertas específicas de campos particulares que permitem ampliar o conhecimento dos mecanismos universais dos campos. O campo é estruturado por relação de forças entre os agentes ou instituições envolvidas na luta pela distribuição do capital específico (BOURDIEU, 2003).

Figura 13 - Subcategorias que representam as propriedades dos campos - Etapas B e C



Fonte: elaborada pela autora, 2021

A compreensão das dinâmicas dos subcampos dos enfermeiros e médicos foi evidenciada pelas propriedades resultantes das frequências de temas e subtemas das subcategorias, distribuídas entre as etapas B e C - Figura 13, que emergiram da análise das entrevistas.

5.4.1.1 Campo - Distribuição dos agentes no espaço social e identificação das relações dos agentes - Etapa B

A etapa B permitiu identificar como “ocorrem” a distribuição e as relações dos agentes, ou seja, posições assumidas no espaço social. A etapa C possibilitou “analisar a lógica” das relações entre as posições no campo. A discussão do campo iniciou-se com a etapa B - Trajetória social do agente.

5.4.1.1.1 Trajetória social do agente

A trajetória social do agente envolve o *habitus*. Para Bourdieu (2008), o espaço de posições sociais é determinado pela intermediação do *habitus*. Segundo o autor (1989, p.61), é “[...] um conhecimento adquirido e um haver, um capital [...]”. Como observa Maton (2018), *habitus* é um conjunto de disposições duráveis apreendidas pelos indivíduos na vida, e que

influencia o modo de agir. Ele é estruturante, pois moldaria práticas atuais e futuras, estruturado pelo nosso passado e acontecimentos atuais.

Identificar o *habitus* requer mapeamento da trajetória de vida dos agentes, o que não foi possível nesta pesquisa, em decorrência do recorte proposto. Com essa limitação, foi possível traçar as trajetórias acadêmicas e profissionais. A do enfermeiro é uma das subcategorias que permitiram analisar a posição no campo mediante temas agrupados na Tabela 1.

Tabela 1 - Subcategoria trajetória acadêmica e profissional do agente enfermeiro - Etapa B

Subcategoria	Tema	fi
Trajetória Acadêmica e Profissional do Agente	Formação na UFJF	8
	Formação outras Universidades	3
	Formação Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i>	8
	Formação Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> Mestrado	5
	Formação Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> Doutorado	3
	Formação Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> pós-doutorado	1
	Ensino Público/Privado	5
	Ensino Privado	2
	Intercâmbio	1
	Experiência em Cargos de Gestão	20
	Experiência Profissional no HU/UFJF	3
	Experiência Profissional na UFJF (professor substituto)	2
	Experiência Profissional Pública	6
	Experiência Profissional Privada	4
	Total	71

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Para entender a tabela, a frequência (fi) não é relativa ao número de entrevistados, mas à frequência dos temas, que podem ser coincidentes. A leitura, por exemplo, para a pós-graduação *stricto sensu* deve ser a seguinte: quem fez pós-doutorado tem a formação de doutorado, mestrado e especialização, e assim sucessivamente. Portanto, há um pós-doutor, dois doutores e dois mestres, como demonstrado no perfil dos enfermeiros entrevistados no Quadro 11.

Alguns pontos são convergentes na trajetória dos agentes enfermeiros. O primeiro é que a maioria possui a primeira formação no ensino público, médio no ensino privado e nível superior na Universidade Federal de Juiz de Fora, com pós-graduação *lato sensu*. Observa-se que dos 11 entrevistados cinco possuem mestrado e (pós)doutorado; entretanto, a qualificação

stricto sensu predomina no RJU - apenas um entrevistado não a possui, e na Ebserh somente um possui a titulação.

O segundo ponto é a trajetória após o ingresso no HU, mais especificamente a experiência em cargo de gestão. Nota-se a importância pela frequência que aparece no *corpus*, embora dos 11 entrevistados, dois atuavam em cargo de gestão, pois o da Ebserh, segundo a enfermeira entrevistada, não estava previsto na estrutura formal. De modo geral, o exercício do cargo mostra a dificuldade do enfermeiro se posicionar no campo em virtude do elemento conflito permear as relações e a estrutura incipiente da gestão Ebserh.

Há coisas que só a enfermagem tem condições de resolver, e muita coisa o médico quer mandar, e acha que pode fazer, e não pode. Eles querem mandar e resolver muitas coisas de competência da enfermagem. Não é da competência deles (AGNES).

Constata-se que, mesmo em cargo de gestão, o posicionamento do enfermeiro RJU no campo, com o modelo Ebserh, é conflituoso, e pode ser notado em trechos das falas dos entrevistados, quando usam “recém-ocupado”, “bem tumultuado” e “foi um caos”.

No hospital universitário a minha equipe era eu. Era equipe de ‘eu comigo mesmo’. [...]. O hospital estava **recém-ocupado** pela Ebserh e não existia uma equipe definida, tudo estava sendo construído, tudo muito novo (DIMITRI) (grifo da autora).

Assumi a coordenação quando a atual coordenadora se aposentou. Voltei do doutorado, ela se aposentou e a Ebserh entrou. Então foi **bem tumultuado**, porque tive que treinar todos os enfermeiros e técnicos. Todos os enfermeiros e técnicos que eram da Fundação HU saíram juntos. Então, **foi um caos**, tive que treinar todo mundo, e **estava lá como a única RJU**. [...] Bem estressante, dois anos muito cansativos. Eles entraram em 2016; 2016, 2017 e 2018 foram anos muito tensos (GAIA) (grifo da autora).

Na realidade nunca tinha trabalhado em cargo de gestão. A minha primeira experiência, um aprendizado. O que **manda mais é o relacionamento com as pessoas. Muitos conflitos, trabalhamos com muitas pessoas**. Estamos vivendo um momento estressante, a pandemia. Mas acredito que temos um bom relacionamento (IVY) (grifo da autora).

A trajetória dos enfermeiros guarda similitude em relação à formação, mas há diferença quanto ao nível de mestrado e doutorado, predominante entre o RJU, o que concederia posição única devido ao acesso a cargo de gestão, obstáculos advindos com a Ebserh.

A análise da trajetória acadêmica e profissional do agente médico em relação aos temas assemelha-se à do enfermeiro, mas apresenta especificidades, identificadas pelas frequências e significados de alguns temas, explicados logo após a Tabela 2.

Tabela 2 - Subcategoria trajetória acadêmica e profissional do agente médico - Etapa B

Subcategoria	Tema	fi
Trajetória Acadêmica e Profissional do Agente	Formação na UFJF	08
	Formação outras Universidades	03
	Formação Pós-Graduação Residência UFJF	04
	Formação Pós-Graduação Residência outra Universidade	07
	Formação Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> Mestrando	01
	Formação Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> Mestrado	01
	Formação Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> Doutorando	02
	Formação Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> Doutorado	04
	Ensino Público/Privado	05
	Ensino Privado	06
	Intercâmbio	02
	Experiência em Cargos de Gestão	44
	Experiência Profissional na UFJF (prof. substituto)	02
	Experiência Profissional na UFJF (chefia)	01
	Experiência Profissional Pública	05
	Experiência Profissional Privada	09
Total	104	

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Identifica-se, comparando-se à enfermagem, que a frequência (fi) foi coincidente para os temas relativos à formação de graduação - a maioria estudou na UFJF. Em relação à formação *stricto sensu*, sete possuem mestrado/doutorado e um é mestrando. Na enfermagem cinco possuem essa titulação.

Observa-se a predominância do ensino fundamental e médio na rede particular, como experiência profissional privada do médico em relação ao enfermeiro. Destaca-se a frequência do tema “experiência em cargos de gestão” (fi=44). Similarmente em relação ao apontado no *corpus* do enfermeiro (fi=20).

Como mencionado, a alta frequência do tema seria em decorrência de funções típicas de gestão assumidas pelo agente, sem o correspondente cargo formal da estrutura Ebserh, ou mesmo de experiências anteriores. Somente um médico possuía a sua gestão formalizada.

Na resposta de Brina, perguntada se possuía cargo de gestão no hospital, encontra-se essa possibilidade: “Sou supervisora do serviço [...], no HU não”. E relata que não percebe conflitos com a gestão Ebserh:

A gente só **disputa** sala. Nosso **problema é territorial**. Na verdade, foi melhor, com a Ebserh teve mais quatro contratados para a minha especialidade [...]. Atendemos a mais pessoas, ampliamos o número de pacientes [...]. Para a minha especialidade foi bom (BRINA) (grifo da autora).

Na fala de Dafne há estrutura informal quando afirma que cabem ao chefe da unidade as atividades administrativas; à chefia de serviço, organizar a dinâmica das atividades do ponto de vista acadêmico e assistencial do que propriamente burocrático.

Isla explicita que não tem cargo de chefia do organograma da Ebserh. Mas existe um “organograma paralelo”: “Não existe isso dentro do organograma. Então, é uma contradição muito grande, temos o estímulo de preceptoria”. Diz ainda que constata, nos últimos cinco anos, estruturação no ensino voltado aos residentes em termos de preceptoria, para ocorrer de fato orientação e acompanhamento aos residentes, muitas vezes sozinhos na assistência.

O docente Ciro possui cargo de gestão, e reconhece uma série de questões em seu cotidiano como gestor na estrutura Ebserh. Primeiramente o contexto de trabalho, no qual coexistem diversos vínculos profissionais e de ensino.

Na minha unidade há profissionais de saúde da UFJF, regime jurídico único, e profissionais de saúde da Ebserh. Profissionais de saúde no exercício da docência, como docentes da UFJF. Não só na área da medicina, mas em todas as áreas de saúde. Uma equipe bastante diversificada, além da área médica, a área de enfermagem, com enfermeiros e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistente social, farmacêutica, todos frequentam o cenário [...] **isso na área de profissionais** (CIRO) (grifo da autora).

Na área de formação há residentes, estagiários que ainda estão no curso de graduação de medicina. E das áreas de enfermagem, mais recentemente da área multiprofissional, com vários residentes de várias áreas que também frequentam o Setor. (CIRO) (grifo da autora).

Diante da diversidade de vínculos como gestor, tenta minimizar as diferenças, pois reconhece que há dicotomia que gera conflitos. Em sua unidade, não vivenciou conflitos evidentes. Mas respondeu sobre o principal conflito:

Acho que uma primeira questão que surgiu, até antes, foi a questão política. A implementação da Ebserh, a resistência do movimento de sindicato e do RJU contra a chegada da Ebserh. Foi o início do conflito, que existe hoje. Todos os que chegam da Ebserh vêm com essa informação. Com o

conhecimento de que os servidores do RJU se posicionaram de maneira organizada contra a Ebserh (CIRO) (grifo da autora).

E o segundo ponto são as questões relacionadas a plano de cargos e salários diferentes. Estou sujeito a uma legislação, você está sujeita a outra legislação. Nós não estamos no mesmo barco. O meu salário é diferente do seu, minhas gratificações são diferentes, acho que o plano de cargos e salários contribui para isso, mas fico pensando [...] para estudar isso aí, mas fico pensando que **a primeira questão, a questão mais política, é, talvez, a forma como foram a implantação e a construção da vinda, algo conflituoso desde o início** (CIRO) (grifo da autora).

Revelam-se temas para se compreender o impacto da gestão Ebserh: política da implantação, plano de carreira e salários diferentes. E se criasse um terceiro vínculo, vínculo C, com a UFJF, como o A, e a Ebserh como B, em tese não haveria mais conflito. No entanto, nessa hipótese, ainda acredita que o conflito continuaria existindo pela origem e história dos dois grupos na instituição.

Cita o afastamento do docente das atividades assistenciais, hoje ocupadas, na grande maioria, pela Ebserh, que passou a se dedicar às iminentemente acadêmicas. Na avaliação de Ciro, a Ebserh capacita progressivamente médicos em atividades de preceptoria, ocupando espaço de ensino, de orientação, espaço do docente até então. Mesmo sendo professor, opina que o ideal seria que as atividades do docente e do médico “Ebserhiano” [expressão usada para citá-los, conforme relato dos entrevistados] fossem assistenciais e acadêmicas.

Na avaliação de Filip, apesar do histórico de privilégios dos médicos docentes e RJU, percebe que, após 2015, aumentou a importância do trabalho do vínculo Ebserh devido à própria estrutura e à compreensão de que há espaço para todos, além da coibição de greves. Entretanto, alguns privilégios ainda se mantêm, como sala de centro cirúrgico, sala de aula, reservas de horário: “Não, este horário aqui é meu há muito tempo. Tá, mas cadê o seu plano de aula? Tem um mês que vejo aqui a sala fechada. Não, é porque às vezes uso e você não podia usar a sala”.

Para Filip, há o entendimento de que o residente e o staff deveriam participar mais ativamente da assistência, pois não têm expressiva colaboração de docente. Perguntado se percebe os docentes perdendo espaço para a Ebserh, avalia que realmente sentiram que não há mais tantos privilégios, e devem mostrar que estão dispostos a participar do sistema: “ninguém mais olha para o docente como intocável”. A Ebserh permite preceptorias por parte do médico Ebserh, antes exclusividade dos docentes.

5.4.1.1.2 Capitais efetivos

Nessa subcategoria, buscou-se identificar o capital específico dos subcampos. Segundo Bourdieu (2003), tem o seu valor reconhecido nos limites de um campo, e não é *práxis* a conversão em outro capital. Os agentes que detêm o capital específico no campo utilizam estratégias para conservar posições, e os menos providos tendem a adotar estratégias de subversão. Foi possível identificar os capitais efetivos dos agentes enfermeiros e médicos por meio do tema e subtemas que emergiram do *corpus*, decorrentes da pergunta norteadora: “o que o profissional precisa ter para ser reconhecido e valorizado em sua área”, agrupados na Tabela 3.

Tabela 3 - Subcategoria capitais efetivos dos agentes enfermeiro e médico - Etapa B

Agente	Enfermeiro			Médico			
	Subcategoria	Tema	Subtema	fi	Tema	Subtema	Fi
Capitais Efetivos	Reconhecimento Valorização	Conhecimento		15	Reconhecimento Valorização	Prática/Conhecimento Assistencial	08
		Especialista		06		Produção/Conhecimento Científico	07
		Humanização		06		Programa de Avaliação de Desempenho	16
		Discutir		06		Fatores (outros)	10
		Fatores (outros)		12			
Total				45			41

Fonte: elaborada pela autora, 2021

A subcategoria deu suporte à elaboração de duas “nuvens de palavras” - Figuras 14 e 15, que permitiram confirmar os capitais específicos dos agentes evidenciados na análise de conteúdo. Os do enfermeiro se relacionam ao saber/conhecimento especialista, e os capitais do médico à produção/conhecimento científico e à prática/conhecimento assistencial, além dos demais fatores identificados graficamente na ilustração, pelas palavras da Tabela 4, que formaram o *corpus*, em que o tamanho da palavra é proporcional à sua frequência.

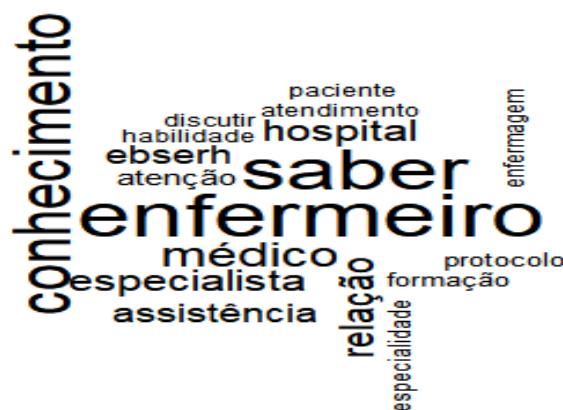
Tabela 4 - Frequência das palavras que deram suporte para a elaboração das “nuvens de palavras”

Palavra - <i>Corpus Enfermeiro</i>	fi	Palavra - <i>Corpus Médico</i>	fi
Enfermeiro	24	Saber	21
Saber	22	HU	21
Conhecimento	19	Científico	15
Médico	13	Médico	14
Relação	11	Assistencial	13
Especialista	10	Mestrado	13
Hospital	10	Pontuação	13
Assistência	09	Conhecimento	12
Ebserh	09	Administrativo	11
Atenção	07	Progressão	10
Especialidade	06	Doutorado	10
Formação	06	Critério	10
Protocolo	06	Vertical	09
Enfermagem	05	Curso	09
Paciente	05	Publicação	09
Atendimento	05	Pesquisa	08
Discutir	05	Produção	08
Habilidade	05	Formação	07
		Crescer por Competência	06
		Enfermeiro	06
		Aumento	05
		Horizontal	05
		Ebserh	05

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Da tabela foram elaboradas as Figuras 14 e 15, dispostas abaixo, para permitir a identificação dos demais fatores relacionados aos capitais efetivos e à comparação entre os agentes.

Figura 14 - Nuvem de palavras que representam os capitais específicos do subcampo enfermeiro



Fonte: elaborada pela autora, 2021

Conforme a Figura 14, evidenciou-se central a ideia de que o enfermeiro para ser reconhecido e valorizado deve possuir capital específico - o conhecimento, o saber especialista. E ainda a concepção de um conjunto de fatores decorrentes que possibilitam criar vínculo mais equilibrado, menos assimétrico em relação ao médico, no que se refere à assistência e à atenção no hospital com a gestão Ebserh. Especificamente, formação especialista, habilidade técnica no atendimento ao paciente (humanização), observância aos protocolos clínicos, saber discutir multiprofissionalmente e postura ética. A percepção é compartilhada pelos agentes do RJU e Ebser:

O que na sua formação é desejado, o que os médicos, os outros enfermeiros, a sua equipe vão valorizar? (PESQUISADORA).

Um atendimento com protocolos atualizados, com sentimento, com destreza manual, com cuidado e acolhimento. [...] acho podemos colocar a humanização, atender aos protocolos, perceber a destreza do enfermeiro, passar segurança. Segurança é chegar chegando, com presença (AGNES).

O conhecimento exigido do enfermeiro não está relacionado diretamente à formação em grau de mestrado e doutorado, mas à especialização, o que se justificaria pelo nível de atendimento de média e alta complexidade. Esse saber permite ao enfermeiro autonomia maior, principalmente se estiver atuando como especialista no âmbito de linhas de cuidado e inserido em política de capacitação continuada, pois os protocolos evoluem e mudam constantemente. A pesquisadora selecionou trechos das entrevistas do *corpus*, que subsidiaram a formação da nuvem de palavras - Figura 14, anteriormente apresentada, permitindo validar os capitais efetivos do enfermeiro.

O conhecimento é extremamente importante (CERES).

Quando fala o conhecimento, poderia dizer que seria de pós, mestrado, doutorado? Acha que faz diferença? (PESQUISADORA).

Não. O mestrado não fez diferença na assistência para ser respeitada (CERES).

Para ser reconhecida não precisaria? (PESQUISADORA).

Na assistência não. Vários da equipe não sabem que sou mestre (CERES).

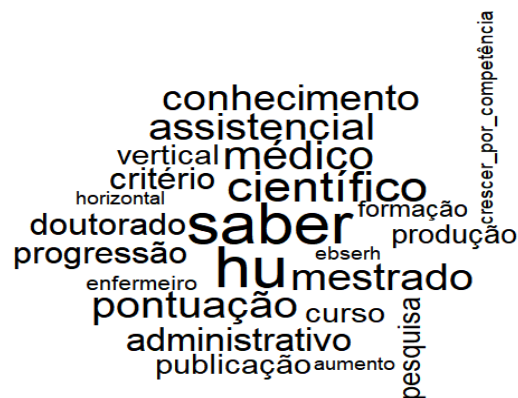
Sem competência não vai exercer nunca. O primeiro passo. Isso é do profissional para fora. Não pode querer ser reconhecido, ser legitimado na sua atuação, ser respeitado. Se não tem competência, acabou. Parte daí. Agora, não adianta ter tudo isso se tem uma **estrutura hierarquizada que te achata** [...] (DIMITRI) (grifo da autora).

Conhecimento, capacitação. Quando tem as ferramentas do conhecimento, consegue discutir qualquer coisa, com qualquer pessoa, de igual para igual, e não perde nenhuma discussão. A capacidade de discutir. Claro que precisa de outras habilidades: ouvir, entender o outro, se colocar no lugar do outro. Mas o conhecimento coloca numa posição superior, ter condições de se posicionar e ter opinião (GAIA).

Tudo ótimo. Os títulos, maravilhosos, mas tem que estar sempre correlacionado ao conhecimento técnico e à postura em seu ambiente de trabalho. Não adianta ser doutor se lá no dia a dia, na atuação da profissão, não tem o conhecimento, a habilidade (IVY).

Em relação à Figura 15, revela-se como cêntrica a concepção de que o reconhecimento e a valorização do médico no HU vinculam-se ao saber/conhecimento científico e assistencial.

Figura 15 - Nuvem de palavras que representam os capitais específicos do subcampo médico



Fonte: elaborada pela autora, 2021

A formação *stricto sensu*, pós(doutorado) e mestrado, como a produção científica, são mais valorizadas na carreira dos docentes. Pesquisas e publicações são consideradas os capitais que mais concedem prestígio aos professores.

A avaliação de desempenho da Ebserh, denominada “Crescer por Competência”, surgiu várias vezes no *corpus* das entrevistas (fi=16), sendo a maior, influenciando os capitais efetivos. Os médicos da Ebserh a tratam como questão conflituosa, dados os critérios de pontuação para progressão vertical e horizontal na carreira e, conseqüentemente, o aumento salarial. Classificam-na como “injusta”, pois há competição devido ao recurso fixo determinado para o exercício anual e critérios estabelecidos, que não diferenciam e privilegiam a produção de pesquisas e publicações das administrativas, pois o HU tem como finalidade o ensino e a pesquisa. Isla relata:

Um exemplo: você está gastando o seu tempo fazendo uma pesquisa. Você faz um mestrado e ganha cinco pontos. É ajudante de pregoeiro para contratos de licitação, de não sei o quê, e ganha 10. Então, desempenha a função como administrativo e ganha 10 pontos, que são concorrentes de cinco pontos de uma pessoa da assistência, que fez um mestrado, um doutorado. Uma publicação internacional vale 0,2? Bem, então é muito contraditório, dentro de um hospital que tem foco em ensino, pesquisa, ter esse tipo de pontuação (ISLA).

Surgiram outros subtemas, de menor frequência, agrupados em fatores decorrentes dessa subcategoria: i) autonomia - na visão de Filip, falta no exercício de suas atividades como médico da Ebserh, pois há pressão sobre os resultados e inadequada diferença entre o trabalho assistencial e o burocrático; ii) formação *stricto sensu*, doutorado e produção científica, citadas pelo docente Ciro como essenciais, em razão de ser da área acadêmica, que é a da sua formação, e pelo médico da Ebserh, Jian, que afirmou ser importante, mas não primordial; iii) equipe multidisciplinar, apresentada pela docente Dafne, cujo grupo de trabalho incorpora um ponto de vista voltado ao atendimento mais humanizado e de educação em saúde.

5.4.1.1.3 Estrutura dos capitais

Para Bourdieu (2008), os agentes se posicionam no espaço social segundo dois princípios: capital econômico e capital cultural. Na primeira dimensão encontram-se aqueles com maior volume global dos dois capitais. Na segunda dimensão, conforme a estrutura do capital, ou seja, de acordo com o peso relativo do capital econômico e cultural. O autor registra que a diferença é visão associada a um traço distintivo, a uma propriedade relacional, portanto, não pode ser considerada como distinção inata.

No pensamento de Bourdieu (2008), o real é relacional. Sugere afastar-se do pensamento substancialista, que julga as atividades ou preferências de grupos como propriedades substanciais, ou seja, uma espécie de essência biológica. Bourdieu (2008) enfatiza as propriedades momentâneas que ocorrem mediante a posição do agente no espaço social e à oferta de bens e atividades.

Nessa subcategoria, buscou-se identificar a estrutura dos capitais, ou seja, seu peso relativo, para posicionar os agentes enfermeiros e médicos na estrutura do HU, de acordo com tema e subtemas da Tabela 5.

Tabela 5 - Subcategoria estrutura dos capitais dos agentes enfermeiro e médico - Etapa B

Subcategoria	Enfermeiro			Médico		
	Tema	Subtema	fi	Tema	Subtema	fi
Estrutura dos Capitais	Requisito do Cargo Enfermeiro	Liderança	07	Requisito do Cargo Médico	Formação Acadêmica	07
		Trabalho em Equipe	04		Prática/Conhecimento Assistencial	04
		Fatores (outros)	04		Fatores (outros)	12
Total			15			23

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Os dois aspectos determinantes, para agentes enfermeiros e médicos, são diferentes. O fator liderança apresentou maior frequência para o enfermeiro, portanto, destaca-se como requisito essencial para o cargo, responsável pela equipe de saúde da área, não somente da enfermagem, conforme indicam Ella e Gaia.

A equipe toda está sob a nossa responsabilidade. Tudo que acontece no plantão, com a equipe, é responsabilidade do enfermeiro. Somos a única profissão que tem no currículo o estudo da administração da assistência de enfermagem, porque precisamos ter esse conhecimento para conseguir liderar, gerenciar uma equipe (ELLA).

Na minha opinião, é habilidade de gerir conflitos pessoais e interpessoais. O enfermeiro tem que lidar com as pessoas, pacientes e funcionários. Ele coordena uma equipe, pessoas totalmente diferentes de nível sociocultural, de lugares diferentes. A habilidade de gerir pessoas é um marco, e seria essencial para um bom enfermeiro, fora o conhecimento da técnica de enfermagem (GAIA).

Para o enfermeiro, foram elencados vocação, perfil proativo e cooperativo, postura ética e conhecimento científico. A seguir, citada a visão dos entrevistados. Segundo Agnes e Brittes, deve ter escolhido a profissão por vocação, pois é ofício do cuidado. Na visão de Ceres, consiste em características humanas, como ser cooperativo, trabalhar em equipe e proativo.

Existe na nossa profissão, como em todas, a pessoa que está, mas não gostaria de ser. A enfermagem tem muito. Estou enfermeiro, mas gostaria de ter sido médico. Então, isso aí se chama frustração profissional, mas a enfermagem é uma profissão do cuidado. Para cuidar de alguém tem que ter dedicação. Muitas pessoas reclamam na nossa profissão, não gostariam de estar ali (AGNES).

É o coração, desprendimento. Servir. 'Servir ao próximo'. Sair de si. Cuidar do outro. Se não fizer isso, não é enfermeiro (BRITTES).

[...] se tem boa vontade, se é proativo, se tenta ajudar a equipe, se tenta trabalhar juntos, já são bem vistos. Os que não atuam dessa forma não são bem aceitos, não são bem respeitados, não são visualizados como enfermeiros da equipe. **Até mesmo com os RJU**, porque no início enfrentava muitas dificuldades com os RJU, com 30 anos de experiência [...] (CERES) (grifo da autora).

A postura ética citada por Heidi fundamentou-se no olhar dos melhores enfermeiros: “Postura ética. Estou tentando ver os melhores enfermeiros na minha posição”. Também citado “o saber fazer com embasamento científico”. Normalmente, o profissional não é reconhecido pela equipe, o que repercutiria nas interações multidisciplinares. Ainda, do seu ponto de vista, a liderança faz parte da formação do enfermeiro.

Acho que serei repetitiva, mas é saber fazer com embasamento científico. Vemos o profissional não reconhecido pela sua equipe. Principalmente nós, enfermeiros, à frente de uma equipe, somos formados para ser líderes, ser gerentes de uma equipe, não tem enfermeiro formado para não ser o gerente, para não ser o líder (ELLA).

Depreende-se das falas dos entrevistados que o princípio de diferenciação do campo enfermeiro não se volta ao peso do capital econômico, mas à liderança. Que traçaria uma fronteira entre o não reconhecimento e o reconhecimento do agente enfermeiro nas relações e no trabalho em equipe, consequência do fator liderança. Permite inferir que não haveria distinção desse capital entre os vínculos RJU e Ebserh.

Mas para os agentes médicos, a estrutura dos capitais se fundamenta em duas propriedades: i) formação acadêmica; ii) prática/conhecimento assistencial. Outros fatores foram identificados no *corpus*, mas com frequência ≤ 3 , como multidisciplinariedade, humanização, empatia, prática/ações de extensão. A produção/conhecimento científico, considerada um dos capitais efetivos mais relevantes, não tem o mesmo peso na estrutura dos capitais. E isso se justifica no que Esdras cita como requisito essencial para o médico.

A primeira coisa realmente é o conhecimento. Saber fazer as coisas certas. É isso que faz o profissional ser reconhecido. **Não é o fato de ter um mestrado, um doutorado**, que vai fazer na sua vida ser mais reconhecido. A gente conhece um punhado de gente que tem pós-graduação, mas às vezes não resolve as coisas. Então, seria o conhecimento da área, das especialidades, da área médica. Lógico, resolver o que está ali (ESDRAS) (grifo da autora).

A formação acadêmica não se relaciona diretamente à formação *stricto sensu*, mestrado e doutorado, mas é relevante ser especialista na área, o que daria chancela ao profissional, segundo Amir.

A docente Dafne também percebe que o requisito essencial para a posição do médico é a formação acadêmica. Deveria sempre ser de referência, com especialidade ou residência médica credenciada pelo MEC, em virtude de a excelência acadêmica ser exigência no HU. A prática/conhecimento assistencial está sendo valorizada entre os pares, o que significa que possuir várias publicações científicas não é sinônimo de reconhecimento se o médico não for atuante e a produção científica não estiver sendo aplicada. Na visão de Dafne, o docente, para ser completo e amplamente valorizado na Instituição, deve atuar na graduação, assistência e extensão.

5.4.1.1.4 Capital dominante (dominação do campo/hierarquia dos capitais/como se distribuiu o poder)

O capital dominante refere-se ao poder de dominar um campo, ou seja, o que é valorizado pelos agentes e permite atingir os propósitos. Além de identificar é preciso evidenciar a hierarquia desses capitais (THIRY-CHERQUES, 2008). Buscou-se saber o que faltava aos agentes enfermeiros e médicos para se sentirem valorizados na carreira e critérios para assumir cargo de gestão no HU.

Tabela 6 - Subcategoria capital dominante dos agentes enfermeiro e médico - Etapa B

Agente	Enfermeiro			Médico		
	Tema	Subtema	fi	Tema	Subtema	Fi
Capital Dominante	Acesso a Cargo de Gestão	Requisito	17	Acesso a Cargo de Gestão	Requisito	19
	Valorização na Carreira	Relevância das Atividades	12	Valorização na Carreira	Relevância das Atividades	11
		Qualificação	8		Estrutura Física	03
					Fatores (outros)	04
Total			37			37

Fonte: elaborada pela autora, 2021

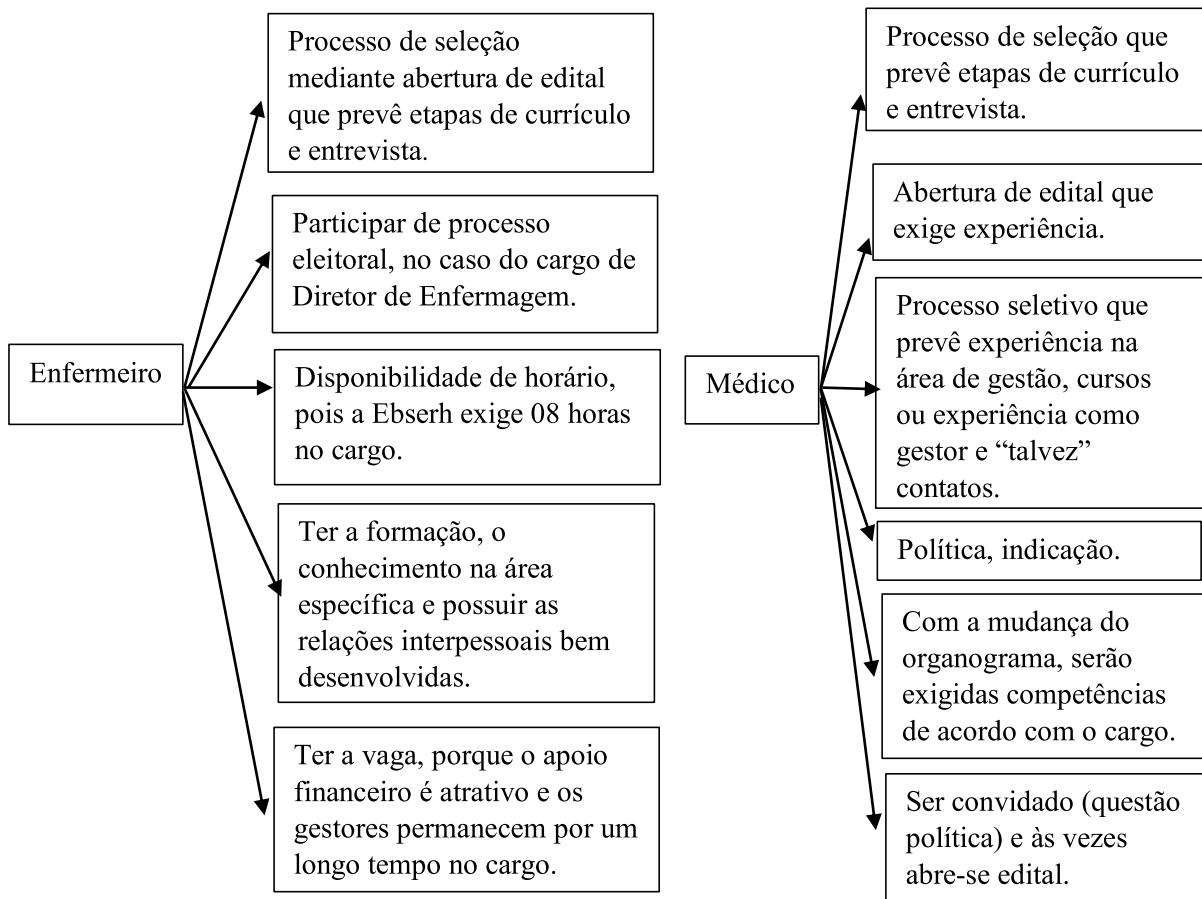
Os requisitos para o cargo de gestão foram os mais citados pelos enfermeiros e médicos. Tornou-se preciso evidenciá-los, conforme a Figura 16. Dos aspectos destacados, o modo como se distribuiu o poder tem como ponto de partida os critérios estabelecidos pela gestão da Ebserh,

e como são percebidos para a assunção de um cargo de gestão. Para os agentes enfermeiros, dos 11 entrevistados, oito relataram que para assumir um cargo deve-se passar por um processo de seleção, que prevê currículo e entrevista. Nota-se uma hipótese de subjetividade e difícil acesso à posição de gestor.

Então lá abre um edital, uma seleção. A pessoa se inscreve, aí tem o currículo, entrevista, não há prova escrita, mas currículo e entrevista. O que for mais pontuado e tiver perfil para a área. Não tem mais indicação. Qualquer cargo lá é por edital. **Pode ser até que existe indicação, mas vai ter que passar pelo edital** (AGNES) (grifo da autora).

Para assumir cargo, se houver cargo, ou a Ebserh abrir cargo, é currículo e entrevista (BRITTES).

Figura 16 - Requisitos para acesso a cargo de gestão



Fonte: elaborada pela autora, 2021

Outro aspecto requer atenção na fala de Ceres, a intuição quanto aos pré-requisitos do processo de seleção para assumir cargo de gestão. Quando perguntada se é processo seletivo formal ou indicação, esclarece que para o cargo de chefia formal não há indicação. Portanto,

existe a possibilidade de ocorrer chefias informais. Relata que para o cargo de direção da Divisão de Enfermagem há eleição, não um processo seletivo, como ocorre para os cargos da Ebserh.

A questão informal é quem tem mais afinidade. Mas para o cargo de chefia tem esses pré-requisitos: tempo de experiência, capacitação em termos de conhecimento. Acho que é isto. Então, é um processo seletivo formal? Não tem essa questão de ser indicado? Não. O cargo de chefia formal não. É por processo de seleção? É aberto um processo? Isso com os pré-requisitos que eles definem, a gestão anterior define (CERES).

Capacitação em termos de conhecimento é mestrado, doutorado e especializações. Em termos de capacitação desses níveis, experiência, e acredito que seja caracterizado o convívio. Não sei o pré-requisito no HU, mas para ganhar tem que ter força em termos de equipe, pessoas que estão juntas, acho que um pouquinho do que falei (CERES).

Ella, igualmente, não sabe exatamente o que permite assumir um cargo de gestão na Ebserh, mas acredita que seja possuir o conhecimento para a gestão, formação na área e relações interpessoais bem desenvolvidas. E se for para um cargo que prevê eleição, como a Direção de Enfermagem, se não tiver relação interpessoal bem desenvolvida com os pares não se consegue. Franco queixa-se que havia processos divulgados na Instituição, mas não tem visto recentemente:

É um processo seletivo, dependendo da Unidade tem alguns critérios específicos, pontuados: graduação, curso de gestão, cursos pontuais. Na segunda etapa, entrevista (FRANCO).

Gaia, da mesma forma, critica o processo, mesmo com edital. É preciso haver vaga, qualificação mínima e disponibilidade de carga horária, requisitos que não mais a atraem, pois não poderia ter dedicação exclusiva.

Hoje é ter vaga, porque o apoio financeiro é superconvidativo, e as pessoas que entram nos cargos de gestão não saem mais. Não há um rodízio, sem prazo limite, ou a cada dois anos uma nova seleção. Não existe isto. A pessoa está lá, desde o início, no mesmo cargo (GAIA).

Precisa para assumir um cargo de gestão no HU tem que ter a vaga, e quando tem a vaga há um pleito público de inscrição com currículo e entrevista. Lembra que falei no início das caixinhas da Ebserh? Os cargos de chefia que existem para a Ebserh (HEIDI).

Ivy, em um primeiro momento, afirma que o acesso ao cargo de gestão deve se basear no perfil, na forma de se relacionar, liderar. E seria ideal capacitação em gestão. Sendo processo

formal, acentuou: “Tem um processo que é publicado, e as pessoas se inscrevem. Aí é analisado o currículo, e depois o superintendente vai decidir quem será contemplado”.

Para Justine, não é claro o processo de ingresso nos cargos. Quando chegou, os cargos eram dos RJU: “Não sei como foram selecionados para esses cargos”. Intui que a maioria dos cargos é ocupada por servidores RJU, e alguns pelos funcionários Ebserh. Karin lembra que deve haver um processo seletivo para assumir cargos gratificados, pois não há uma coordenação.

Em relação aos médicos, observa-se distanciamento quanto à possibilidade de assumir um cargo de gestão. Dos 11 entrevistados, oito afirmaram a exigência de se passar por um processo de seleção, por meio de abertura de edital. Um entrevistado não conhecia os critérios, e dois citaram indicação política:

É até difícil falar, pois nunca pensei nessa possibilidade. Não tenho interesse (AMIR).

Não sou uma pessoa de gestão. São abertos os editais, mas na verdade não olho, mas imagino que seja experiência (BRINA).

Não sei dizer, não sou do administrativo da Ebserh. Imagino concursos de seleção (DAFNE).

Nunca tive o perfil. Nunca tive a vontade de caminhar para esse lado (ESDRAS).

Política, indicação (FILIP).

Chefes de unidade geralmente são convidados, ou por serem conhecidos, tem essa parte bem política. Às vezes, abrem um concurso para algum cargo (KRISTEN).

No mês que vem vai ter nova possibilidade. Então, não sei se me enquadraria nas competências. Mas deveria me inscrever para assumir um desses cargos (ISLA).

Meu tempo hoje em dia... Os outros serviços me consomem demais, demais mesmo (JIAN).

Jian destaca acesso restrito aos cargos, além de mencionar que a chefia de sua unidade é da área administrativa. Por isso, há um médico como referência técnica, ou seja, existem chefias informais na estrutura organizacional.

Todos deveriam participar. Todos os integrantes do serviço têm que participar disso, uma votação, tudo acordado (JIAN).

No serviço não temos um chefe médico. Parece que é uma referência técnica. Mas não existe um chefe nosso médico. (JIAN).

A distribuição do poder por intermédio de cargos de gestão é interpretada pelos agentes enfermeiros e médicos como acesso restrito, processo que demanda a uniformização de entendimento quanto aos critérios de acesso ao cargo.

Hierarquicamente, além do cargo de gestão, evidenciou-se como capital dominante a relevância das atividades, na visão do enfermeiro e do médico. Por último, foram citadas a qualificação pelo enfermeiro e a estrutura física pelo médico, como critérios que mostram a valorização na carreira.

A relevância das atividades é avaliada de distintas formas. Para Brittes, enfermeira RJU, houve a perda do espaço no campo com a entrada da Ebserh, pois mesmo em função de liderança e problema a resolver com a equipe, deve-se reportar à instância superior da empresa, o que demonstra falta de autonomia e subordinação.

Hoje no HU, com a chegada da Ebserh, me sinto um peixe fora d'água. Porque o que faço não tem relevância. Tem que ser subordinada a eles, a quem de direito (BRITTES).

Franco avalia que as atividades do enfermeiro não são tão valorizadas quanto as do médico, que atualmente perde espaço: “A chegada de franquias, de consultórios, de hospitais, a implementação de redes hospitalares onde tudo é definido através de protocolos, o médico já não é o cliente, mas o empregado também”. A docente Gaia igualmente sente a ausência de relevância de seu papel no HU: “Prefiro mais ser enfermeira do que professora, pois tinha o feedback imediato do meu paciente”. O relato de Karin reforça a necessidade de enxergar a relevância do papel da enfermagem:

Precisamos ser mais enxergados ali como categoria. O serviço funciona, e boa parte graças ao nosso grupo, aos enfermeiros e aos técnicos. Somos pouco mencionados como profissão essencial dentro da instituição (KARIN).

A qualificação *stricto sensu* é fator a alcançar para se sentir valorizado, dado citado pelos entrevistados, exceto um enfermeiro RJU e um Ebserh, que tinham a qualificação máxima *lato sensu*. O capital específico identificado no subcampo enfermeiro, subitem 5.4.1.1.2, é conhecimento, que não se relaciona diretamente à formação em nível de mestrado e doutorado. Uma das formas de se entender é buscar a finalidade do HU, que se sustenta, segundo o Decreto

Federal nº 7.082/2010, em três pilares: i) ensino; ii) pesquisa e iii) assistência. Ingressar na área acadêmica, científica, implicaria ter mestrado ou doutorado. Além de refletir na assistência prestada ao usuário, permitiria mais oportunidades na carreira, integrando equipes de pesquisas, como cita Karin.

Num hospital-escola, ali ainda no campo, precisamos de algo que aproveitasse um pouco mais, porque há um cenário de pesquisa muito grande. Não precisaria, necessariamente, ter mestrado ou doutorado. Não tenho nenhum dos dois. Tenho as minhas pós, mas há professores ali com projetos muito bons (KARIN).

Pode-se ter compreensão melhor sobre a qualificação no trecho do depoimento de Dimitri:

O doutorado, para o enfermeiro, é motivo de reconhecimento? (PESQUISADORA).

Com certeza, mas não é o único caminho. O enfermeiro-doutor é o enfermeiro-pesquisador. O enfermeiro-mestre é o enfermeiro-professor. O enfermeiro especialista é muito bom na área que ele atua. Ele não precisa galgar as outras linhas de formação, de pós-graduação, para ser respeitado. Absolutamente, ele vai ser respeitado na atuação (DIMITRI).

O médico, por sua vez, avalia a desconstrução da relevância das atividades. Para Amir, não apenas em seu Setor, mas no contexto do HU, as chefias e a direção escutam pouco os médicos, e falta espaço para participar de decisões: “O hospital recebeu uma verba de não sei quantos milhões. O que vocês acham que precisaria? Não vejo isso acontecer”. Já Filip avalia uma autonomia limitada, e pode ser consequência de não se enxergar o médico na essência da profissão, mas como um burocrata. Para ele, a Ebserh trouxe uma burocratização que acaba por tirar parte do serviço da assistência ao paciente. Segundo Filip, o critério de avaliação de desempenho da Ebserh privilegia o trabalho burocrático.

Toda reunião tem um monte de burocracia, toda semana tem um monte de papel para fazer, e parte desse papel poderia ser feito por um administrativo. Mas não, concentra o administrativo num bloco, exige que o médico alimente o administrativo, ao invés de fazer as partes se integrem (FILIP).

Precisamos encontrar uma forma de mensurar o impacto do trabalho de cada um ou de cada área para o hospital fazer a bonificação da progressão proporcional ao trabalho. Ninguém está desvalorizando o burocrata, mas o burocrata está ganhando vantagem porque ele tem tempo para fazer a burocracia (FILIP).

Isla afirma que uma das formas da valorização do médico na Ebserh é pensar a mudança do programa de avaliação de desempenho, na valorização real do serviço de preceptor e inserção no organograma, o que seria entendido como possibilidade de acesso aos cargos de gestão.

Em relação à estrutura física, Brina acentua que há limitações: “A gente tem residente, a gente tem aluno, a gente tem preceptor, e às vezes fica lá esperando, podia estar ocupando muito mais salas e tendo mais pessoas para atender”.

No subtema fatores (outros), destacam-se dois aspectos citados por Hera, que possibilitariam a valorização na carreira do médico Ebserh. O primeiro, a qualificação *stricto sensu*, mestrado e doutorado, com critérios distintos que reconhecem as atribuições diferenciadas da medicina e da enfermagem; o segundo, a possibilidade de participação no ensino de graduação, pois, em relação aos residentes, atua na preceptoria: “Se a gente tivesse mais contato com eles, até para as aulas teóricas, acho que seria mais interessante, seria mais bem valorizado”.

5.4.1.2 Campo - Análise das relações objetivas entre posições no campo - Etapa C

Entender como o campo se determina, segundo Thiry-Cherques (2008), desvela-se com a distribuição dos agentes no espaço social e identificação das relações dos agentes, ou seja, as posições, demonstrado na Etapa B. Nesta etapa, serão analisadas as relações entre as posições e a lógica do campo, que se dão pela explicação da vida social, buscando sua interpretação.

Os temas apresentados na Tabela 7 remetem à premissa da Teoria Bourdieusiana, que investiga o fenômeno a partir das estruturas dialeticamente, isto é, no que determinam relações e interações, ao mesmo tempo influenciadas por essas relações (BOURDIEU; 2004, 2008).

Tabela 7 - Subcategoria análise das relações objetivas entre as posições - Etapa C

Agente	Enfermeiro			Médico			
	Subcategoria	Tema	fi	%	Tema	Fi	%
Análise das Relações Objetivas		Relação Enfermeiro Ebserh	35	13,80	Relação Médico Ebserh	17	12,5
		Relação Enfermeiro RJU	50	19,80	Relação Médico RJU	26	19,20
		Relação Médico	87	34,40	Relação Enfermeiro	56	41,10
		Interação	46	18,2	Interação	19	14

	Estrutura Organizacional	35	13,8	Estrutura Organizacional	18	13,20
	Total	253	100	Total	136	100

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Para analisar as relações entre os agentes enfermeiros e médicos, objetivo geral da pesquisa, desejou-se primeiramente estudar as relações entre os enfermeiros, na subseção 5.4.1.2.1, e médicos, subseção 5.4.1.2.2. Dos temas da Tabela 7 se desdobraram subtemas apresentados em tabelas nas respectivas subseções, apoiando a discussão.

5.4.1.2.1 Relação entre enfermeiro Ebserh e RJU

O tópico apresenta estudo comparativo entre enfermeiros RJU e Ebserh quanto ao contexto das relações de trabalho advindos do modelo de gestão da Ebserh. Os temas e subtemas da Tabela 8 evidenciados no *corpus* vieram das seguintes perguntas norteadoras. Para o enfermeiro RJU: “Como percebe a relação com o enfermeiro celetista (Ebserh)?” E para o celetista: “Como percebe a relação com o enfermeiro RJU?”

Tabela 8 - Percepções do enfermeiro sob a ótica das relações de trabalho

Percepção Enfermeiro RJU				Percepção Enfermeiro Ebserh			
Tema	Subtema	fi	%	Tema	Subtema	fi	%
Relação Enfermeiro Ebserh	Conflito	1	2,9	Relação Enfermeiro RJU	Divisão do Trabalho	11	22
	Exclusão	2	5,7		Docente	4	8
	Fatores Dificultadores	3	8,5		Fatores Dificultadores	2	4
	Hierarquia	1	2,9		Hierarquia	2	4
	Ingresso Enf. Ebserh	2	5,7		Ingresso Enf. Ebserh	8	16
	Luta Sindical	1	2,9		Luta Sindical	1	2
	Origem dos Enfermeiros	3	8,5		Modelo Assistencial	1	2
	Outros Vínculos	1	2,9		Plano de Carreira	3	6
	Perfil Equipe Enfermagem	9	25,7		Perfil Equipe Enfermagem	3	6

	Relação Salarial	5	14,3		Relação Salarial	1 2
	Vínculo	7	20		Vínculo	13 26
					Característica do Trabalho	1 2
Total		35	100			50 100

Fonte: elaborada pela autora, 2021

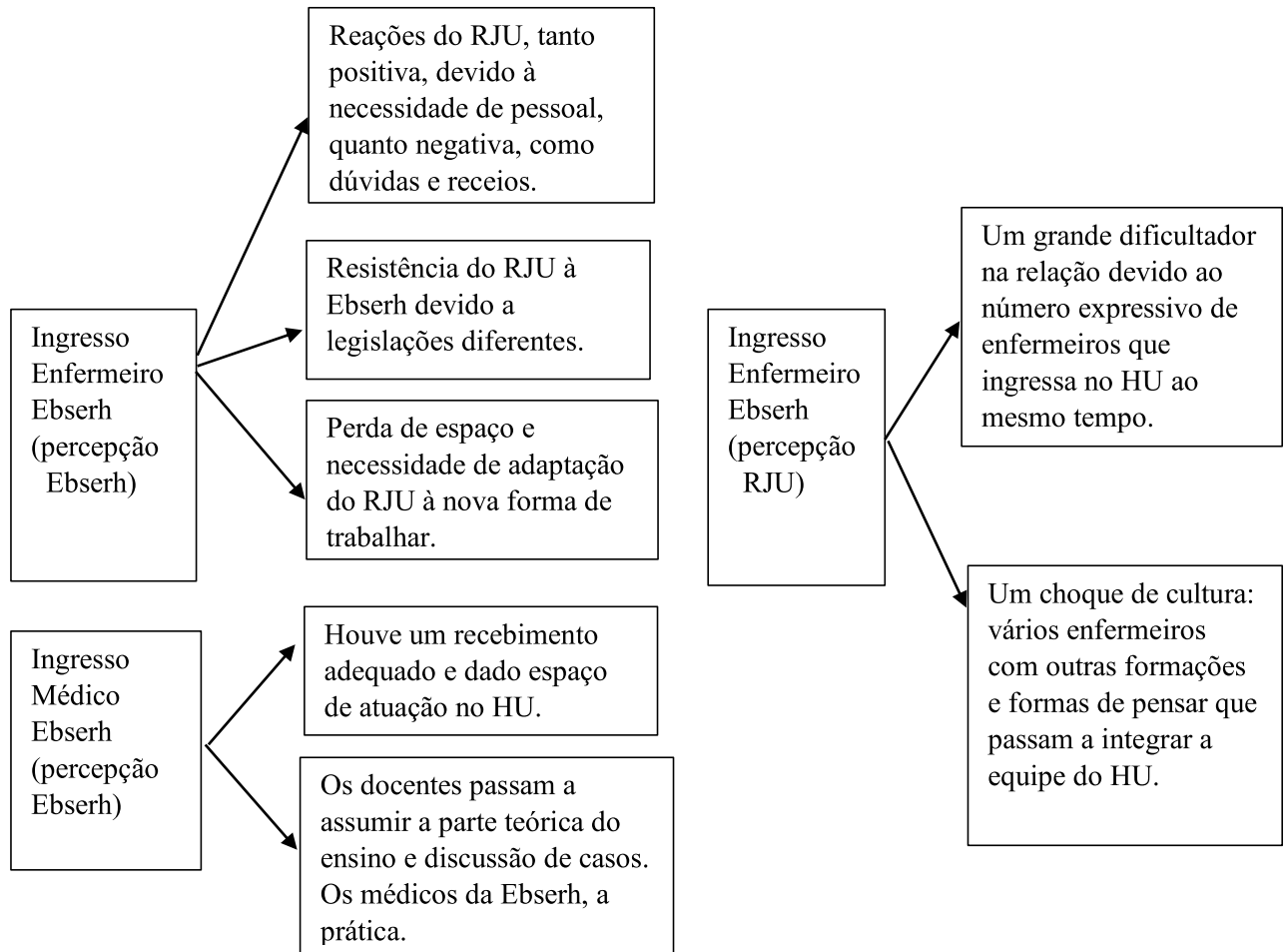
Avaliação na Tabela 8 mostra que as acuidades dos enfermeiros RJU e Ebserh apresentam diversos pontos similares (destacados em negrito). Entretanto, alguns aspectos se diferenciam. Para o RJU, a análise das relações fundamenta-se em temas mais relevantes, em ordem de frequência igual ou maior que 5 ($f_i \geq 5$), em três unidades de significação: i) perfil da equipe de enfermagem; ii) vínculo; iii) relação salarial. Para os profissionais da Ebserh são: i) vínculo; ii) divisão do trabalho; iii) ingresso de enfermeiro Ebserh. Convergindo, portanto, o vínculo como fator primordial para as relações.

Deve-se retomar o processo de ingresso dos enfermeiros Ebserh e avaliar o impacto no contexto de trabalho no HU. Buscou-se o que relataram os enfermeiros RJU e Ebserh, conforme a Figura 17. No registro das entrevistas evidenciou-se que logo no início, na primeira convocação, apesar da admissão expressiva de enfermeiros Ebserh, o quantitativo era menor do que o RJU, motivo de vários conflitos. Porém, nos últimos cinco anos, inverteu-se a lógica, e o RJU passou ao papel de minoria, devido às remoções e aposentadorias e a novas convocações da Ebserh, ou seja, a força de engajamento e resistência do grupo diminuiu, permanecendo alguns direitos, segundo o relato de Heidi.

Sabemos que o servidor, até então, tem mais estabilidade, mais segurança do que a gente. Isso é fato (HEIDI).

A maior incidência do fator vínculo, citado pelo enfermeiro RJU e enfermeiro Ebserh, permeando as relações de trabalho, se explicaria pelas intuições sobre o impacto do início da gestão Ebserh constante na Figura 17, que se voltam aos vínculos distintos.

Figura 17 - Percepções sob o impacto do início da gestão Ebserh



Fonte: elaborada pela autora, 2021

A análise das relações foi estruturada considerando as temáticas (subtemas) mais relevantes, com frequência igual ou maior que 5 ($fi \geq 5$). A primeira Tabela 9 mostra as interpretações do enfermeiro RJU, subdividindo em TAE e docente, quando possível, e a segunda Tabela 10, as da Ebserh.

Tabela 9 - Percepções do enfermeiro RJU sob a ótica das relações de trabalho

Subtema	Síntese do Conteúdo	fi 9
Perfil da Equipe de Enfermagem (percepção do TAE)	A relação de trabalho teve impacto positivo, devido à ampliação da equipe, e ao mesmo tempo negativo, em virtude do grande número de ingressantes de várias formações e origens.	
	A diversidade de origem dos enfermeiros ocasionou uma insatisfação, em consequência da possibilidade de remoção (já que a Ebserh assumiu nacionalmente), que não se concretizou a curto prazo.	
	A formação técnica superior ao exigido para o cargo impactou as relações de trabalho.	

	Funcionários altamente qualificados, pois o concurso contemplou especialistas sem os correspondentes serviços funcionando, o que levou ajustes na lotação do enfermeiro especialista para atuar de forma generalista.	
Subtema	Síntese do Conteúdo	fi 3
Vínculo (percepção do TAE)	A vinculação dos enfermeiros Ebserh ao HU gerou conflitos de interesse entre profissionais de uma mesma categoria.	
	A relação RJU x Ebserh é difícil, não do ponto de vista de relacionamento interpessoal, mas de entendimento de papéis.	
	Incorporação na visão de quem estava chegando de que o RJU é pouco empenhado no trabalho e que o HU estava desestruturado. A Ebserh, portanto, iria mudar este quadro, mas isto foi há cinco anos, aproximadamente.	
	Hoje já há clareza de quem é da Ebserh, do papel de ensino do HU, diferente da visão inicial, que criou uma dicotomia nas pessoas.	
	O enfermeiro RJU não se vê integrado ao HU.	
Subtema	Síntese do Conteúdo	fi 4
Vínculo (percepção do docente)	Independente do vínculo do pessoal da enfermagem, o docente não percebe muita diferença.	
	O docente consegue perceber problemas de relacionamento entre os enfermeiros RJU e Ebserh, que se voltam para a questão de benefícios que os da Ebserh não teriam. Evidencia-se certo “afastamento do pessoal do RJU” em relação ao da Ebserh.	
	Houve um aumento significativo do pessoal de enfermagem com a Ebserh, o que ocasionou melhor divisão do trabalho.	
	Quando existia o enfermeiro celetista da Fundação, era uma dicotomia - o RJU se sentia superior aos contratados pela Fundação. Hoje, há inversão, os RJU se sentem menos do que os celetistas Ebserh. Sentem-se menos até porque são menos mesmo. Tem um quantitativo muito menor.	
Subtema	Síntese do Conteúdo	fi 3
Relação Salarial (percepção do TAE)	A Ebserh tem um salário muito bom e muitos benefícios para os funcionários. Assim, atraiu muitos candidatos com diferentes formações, culturas e posturas.	
	A situação salarial da Ebserh inicial é similar ao final de carreira do RJU.	
	Há a comparação entre os benefícios Ebserh e RJU.	
Subtema	Síntese do Conteúdo	fi 2
Relação Salarial (percepção do docente)	A remuneração do RJU era melhor em relação ao celetista da Fundação. Hoje, a maioria das pessoas que são Ebserh ganham muito mais do que o RJU.	
	Há um conflito pelos benefícios e salários, dado que os da Ebserh são melhores, mesmo no início de carreira, se comparados ao final de carreira do RJU.	

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Na tabela notam-se fatores como diversidade de origem, formação técnica superior à exigido para o cargo, funcionários altamente qualificados atuando de forma generalista e

ingresso expressivo que impactou negativamente as relações. Quanto ao ingresso houve, ao mesmo tempo, avaliação positiva, devido à ampliação das equipes de trabalho.

A vinculação dos enfermeiros RJUs e Ebserh gerou conflitos de interesses entre profissionais da mesma categoria, e a visão por parte da Ebserh de que o RJU pouco se empenha no trabalho. O docente não percebe muita diferença entre os vínculos, e intui que o aumento de pessoal permitiu melhor divisão do trabalho, e que os conflitos entre os enfermeiros assistenciais Ebserh e RJUs se concentram nos benefícios e afastamento do RJU em relação ao da Ebserh.

A relação salarial é fator de divergências, pois a remuneração e benefícios da Ebserh seriam melhores do que os do RJUs. Ainda há sentimento de desvalorização do papel do RJU com a gestão Ebserh.

Vale ressaltar, ainda, nos relatos de Dimitri e Gaia, juízo de desvalorização do papel do RJU no hospital com a gestão da Ebserh.

Há e havia por parte da Ebserh o entendimento de que o RJU está aqui porque já estava, vai ficar, e não pode ir para outro lugar, senão nem aqui ficaria (DIMITRI).

Sou Regime Jurídico, sou enfermeiro. Vou fazer minhas atividades, trabalho, recebo meu salário, cumpro minha obrigação e vamos levando. Colaboro com todas as obrigações. Não se enxerga parte mais daquele HU. Aquele HU acabou (DIMITRI).

Como se a gente tivesse deixado de existir dentro do hospital. A sensação que eu tinha era essa. E antes era o contrário. Era como se os celetistas não fossem importantes, não existiam, não tinham valor, era a sensação, e agora isso reverteu. Os RJU se sentem não válidos, não existentes. É a sensação (GAIA).

A Tabela 10 apresenta as percepções do enfermeiro Ebserh sobre as interações de trabalho em relação ao RJU, observando-se que o subtema “Ingresso Enfermeiro Ebserh” foi apresentado na Figura 17, característica central para se entender o efeito do início da gestão Ebserh.

Tabela 10 - Percepções do enfermeiro Ebserh sob a ótica das relações de trabalho

Subtema	Síntese do Conteúdo	fi 13
Vínculo	Os RJU são muito resistentes à mudança de rotina, de protocolo. Quando estamos como enfermeiro assistencial de uma equipe, isto acaba fragilizando o processo como um todo.	
	Tenho ótima relação com o RJU. Vejo que é uma relação dificultosa em relação ao organograma institucional. Ebserh e RJU, duas categorias	

	trabalhando no mesmo ambiente, com salários diferentes, cargas horárias diferentes, o que torna o processo de liderança bem difícil.	
	A maioria das chefias, hoje, do hospital, é RJU. Os funcionários da Ebserh assumiram cargos inferiores, como chefias de Unidades, poucos estão acima desse nível.	
	Transcorridos cinco anos conseguiu-se avançar em alguns pontos, mas não no aspecto operacional. A categoria RJU está sendo achatada na Instituição, mas ainda influencia, justamente por causa das chefias.	
	Ao longo de cinco anos houve diminuição do número de RJU, e hoje a relação é reduzida. A interação melhorou, entretanto, há um distanciamento dos docentes.	
	A legislação é o que mais impacta na relação, pois o tratamento é diferente.	
	As regras são mais flexíveis para o RJU. Eles enxergam que eles teriam mais flexibilidade, mais direitos adquiridos e não se sujeitam a tanto rigor a normatizações.	
	O Regime Jurídico sempre teve muita resistência à Ebserh por ser uma empresa pública de direito privado.	
Subtema	Síntese do Conteúdo	fi 11
Divisão do Trabalho	Muitos RJUs se concentraram em determinados setores e plantões, acentuando-se a divisão, que é invisível, do trabalho. O trabalho de enfermagem é um só, independente do seu vínculo, mas existe também uma luta sindical muito forte do RJU.	
	Na Unidade Santa Catarina, a divisão é latente, principalmente, em relação a benefícios e escolhas de plantão. O convívio é muito dificultoso.	
	O dia a dia fica difícil, principalmente na implementação de novas práticas assistenciais e gerenciais, tudo tem que ser muito bem conversado.	
	A grande maioria da assistência do RJU está no plantão noturno, e aqueles que trabalham durante o dia estão em cargos de chefia.	
	Quem trabalha no plantão noturno tem adicional noturno, consequentemente aumento salarial e demanda menos da assistência.	
	Privilegio dos enfermeiros RJU quanto à escolha do horário e do local de trabalho.	
	O trabalho na Unidade Santa Catarina é mais complexo e depende de um trabalho em equipe, portanto, uma integração melhor. Exige, ainda, mais comunicação e análise de como o seu colega vai atuar.	
	Na opinião do RJU, a Ebserh iria mexer muito com a rotina já existente. Na assistência, o enfermeiro RJU sabia dividir com os técnicos da Ebserh e conseguiam se entender.	
Subtema	Síntese do Conteúdo	fi 8
Ingresso Enfermeiro Ebserh	Reações do RJU, positivas, por alguns, devido à necessidade de pessoal, e negativas, como dúvidas e receios.	
	Resistência do RJU à Ebserh devido a legislações e direitos diferentes com a possibilidade de perda de benefícios (inclusive financeiros). Oposição do RJU às normatizações/regulamentações da Ebserh, por entender que possuíam as próprias de seu regime.	
	Perda de espaço e necessidade de adaptação do RJU a nova forma de trabalhar.	

Da tabela, depreende-se que a avaliação dos enfermeiros Ebserh quanto aos RJUs se distancia de uma visão positiva. Consideram-nos resistentes às mudanças, o que decorreria de regras mais flexíveis e direitos adquiridos. Com isso, os RJUs se concentraram em determinados setores e plantões, principalmente na Unidade Santa Catarina, em que a divisão do trabalho é latente e o convívio dificultoso.

Os enfermeiros Ebserh acreditam que a resistência se deve ao fato de o ingresso ter impactado a rotina até então adotada. Embora a categoria esteja se reduzindo, ainda influencia o contexto de trabalho, pois assumem cargos nos níveis mais altos da hierarquia.

A relação é difícil, pois são duas categorias, com salários e carga horária diferentes, tornando o processo de liderança complexo. A legislação seria, portanto, o que mais impactaria a relação devido ao tratamento diferenciado.

5.4.1.2.2 Relação entre médico Ebserh e RJU

Esta seção, como na anterior da enfermagem, apresenta um estudo comparativo entre médicos RJUs e Ebserh quanto ao contexto das relações de trabalho advindo do modelo de gestão da Ebserh. Os temas e subtemas da Tabela 11 evidenciados no *corpus* são o resultado das perguntas norteadoras. Para o médico RJU: “Como percebe a relação com o médico celetista (Ebserh)?” E para o celetista: “Como percebe a relação com o médico RJU?”

Tabela 11 - Percepções do médico sob a ótica das relações de trabalho

Percepção Médico RJU				Percepção Médico Ebserh			
Tema	Subtema	Fi	%	Tema	Subtema	fi	%
Relação Médico Ebserh	Estabilidade	10	59	Relação médico RJU	Vínculo	17	65
	Equipe Multidisciplinar	5	29		Ingresso médico Ebserh	03	11,5
	Cargo de Gestão	2	12		Conflito Docente	03	11,5
					Estabilidade	01	4
					Hierarquia	01	4
					Espaço	01	4
Total		17	100			26	100

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Diferentemente dos enfermeiros, a visão dos médicos RJUs e Ebserh sobre as relações de trabalho são distintas. Para os RJUs, destaca-se o subtema estabilidade, mostrando que o

ingresso de médicos Ebserh no HU não alterou significativamente as interações de trabalho, sendo comum não saber qual o vínculo do profissional. Os médicos Ebserh ressaltam o subtema vínculo - os RJUs, ao mesmo tempo que possuem privilégios, questionam os benefícios dos “Ebserhianos” [termo usado para citá-los, segundo os entrevistados]. Portanto, o subtema vínculo foi o de maior frequência para o enfermeiro e médico Ebserh, e o segundo maior para o enfermeiro RJU, não sendo destacado pelos médicos RJUs.

A análise das relações foi estruturada considerando os temas (subtemas) mais relevantes, com frequência igual ou maior que 5 ($fi \geq 5$). A Tabela 12 apresenta a visão do médico RJU, subdividindo em TAE e docente, quando possível, e a Tabela 13 as do médico Ebserh.

Tabela 12 - Percepções do médico RJU sob a ótica das relações de trabalho

Subtema	Síntese do Conteúdo	fi 03
Estabilidade (percepção do TAE)	Na verdade, não tem muita diferença na relação de médico.	
Subtema	Síntese do Conteúdo	fi 07
Estabilidade (percepção do docente)	O pessoal da Ebserh que precisei lidar foi muito bom. Isso porque houve professor e médico que passaram para a Ebserh. Não sei exatamente quem é quem.	
	Nós temos uma relação muito boa.	
	A gente conseguiu crescer muito como serviço, porque ganhamos novos profissionais.	
	Nós só temos médicos Ebserh e médicos professores. A relação é excelente.	
	Os profissionais da Ebserh trabalham integrados conosco.	
Subtema	Síntese do Conteúdo	fi 05
Equipe Multidisciplinar (docente)	Houve crescimento no serviço porque ganhamos novos profissionais.	
	Fazemos trabalho interdisciplinar.	
	A nossa proposta é sempre trabalhar de forma multidisciplinar.	
	O trabalho multidisciplinar não é só da equipe médica, mas enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, dentistas.	

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Portanto, para o médico RJU não houve resistência quanto a chegada do médico Ebserh. Os docentes, principalmente, não notam diferenças no que tange ao vínculo, e consideram a relação “muito boa”, mesmo “excelente”, o que possibilitou trabalhar de forma multidisciplinar, pois houve aumento de profissionais nas equipes. Entretanto, o médico Ebserh não enxerga da mesma forma, conforme Tabela 13.

Tabela 13 - Percepções do médico Ebserh sob a ótica das relações de trabalho

Subtema	Síntese do Conteúdo	fi 17
Vínculo	O RJU parece usar da prerrogativa de ser trabalhador da universidade.	
	Um bom relacionamento com todos, mas no setor há certo privilégio do docente.	
	No setor há pouca relação com médicos de outros regimes. Mas entre médicos não tem muita diferença.	
	Os RJUs intitulam os médicos Ebserh como “Ebserhrianos”.	
	Como a maioria é médico Ebserh, os RJUs se sentiram um pouco acuados com a nossa chegada.	
	Tem pouco contato com médicos de outros vínculos. Nota algumas comparações, mas é tranquilo. “Ah, porque o médico da Ebserh pode isto, o médico da Ebserh não tem que fazer aquilo”.	
	Não vê muita dificuldade na relação, no dia a dia, no trabalho. São questões de comparação entre vínculos.	
	O médico da Ebserh é mais controlado, e o estatutário é mais solto.	
	Não percebe dificuldade na relação entre médico, mas há muito na enfermagem.	
	Não faz tanta diferença ser Ebserh ou estatutário.	

Fonte: elaborada pela autora, 2021

O vínculo é o tema mais relevante na análise das relações de trabalho dos médicos Ebserh. De forma geral, não há dificuldades e diferenças, todavia notam prerrogativas e privilégios dos RJUs, além de comparações quanto a direitos, devido aos vínculos.

Isla explica os motivos da existência de conflitos -. seriam de ordem psicológica. Após transcorridos cinco anos, as questões se amenizaram, e acredita que será processo natural.

De certa forma acho que no dia a dia as coisas têm conflitos, pelo menos experimento isso, muito mais da ordem do psicológico do que realmente de conflitos em relação a atitudes reais. Graças a Deus, nunca teve nenhum problema real em relação a isso, mas existe certa resistência por parte do pessoal do RJU e dos docentes em relação ao pessoal da Ebserh. É uma sensação que viemos atrapalhar, ocupar espaço, não tínhamos que estar aqui (ISLA).

Não, nunca serão amenizadas. Vai acontecer é que com o passar dos anos as pessoas vão ser substituídas. Então, para as pessoas que estão no hospital mais anos, que estão mais velhas, elas vão se aposentar, e naqueles cargos vão ser contratadas novas pessoas que estão dentro do mesmo regime (ISLA).

Kristen apresenta aspecto relevante ao ser questionada se há dificuldades na relação com o médico RJU. “Não faz tanta diferença ser Ebserh ou estatutário” (TAE ou docente).

Não, entre médicos não. Percebi muito na enfermagem, mas entre médicos é mais harmonioso. Acaba conhecendo fora do ambiente do HU, eles trabalham juntos em outro hospital. Eles são da mesma equipe em outro hospital, entre os médicos há relação mais harmoniosa (KRISTEN).

A partir das interações de trabalho entre os vínculos no âmbito dos próprios cargos parte-se para a análise das relações entre os agentes médicos e enfermeiros.

5.4.1.2.3 Relação entre enfermeiro e médico

Abre-se a dimensão central do trabalho, pois faz parte do objetivo geral da pesquisa identificar de que forma a implementação do modelo Ebserh de gestão dos hospitais universitários federais reconfigura as relações de poder entre agentes profissionais enfermeiros e médicos que atuam no HU/UFJF. As perguntas foram: i) para o enfermeiro: “Como é sua relação com o médico? Há diferenças entre docente, TAE e celetista?”; ii) para o médico: “Como é sua relação com a enfermagem? Há diferenças entre docente, TAE e celetista?”

A discussão inicia-se com os enfermeiros, tendo como unidade de significação o subtema “fatores dificultadores e facilitadores”, cujas frequências encontram-se na Tabela 14, abordados nos Quadros 14 e 15 - Percepções dos enfermeiros RJUs e Ebserh nas relações com os médicos.

Tabela 14 - Frequência de fatores dificultadores e facilitadores na relação com o médico

Percepção Enfermeiro RJU				Percepção Enfermeiro Ebserh			
Tema	Subtema	fi	%	Tema	Subtema	fi	%
Relação Médico	Fatores Dificultadores/ Facilitadores	27	100	Relação Médico	Fatores Dificultadores/ Facilitadores	59	100
Total		27	100			59	100

Fonte: elaborada pela autora, 2021

O Quadro 13 distingue facilitadores e dificultadores verbalizados pelo RJU (TAEs e docentes), além de sublinhar a maioria dos discursos dos entrevistados de que a dificuldade da interação, quando existe, situa-se no outro agente. Isso pode ser explicado por Thiry-Cherques (2008, p.193), de que a lógica do campo se dá pela interpretação e “não pela concepção dos seus participantes (em perguntas ‘o que pensa sobre...’)”.

Quadro 13 - Percepções do enfermeiro RJU sobre a relação de trabalho com o médico

Subtema	Síntese do Conteúdo	Entrevistado
Fatores Facilitadores (TAE)	Não tem dificuldades. Hoje já conseguiu seu espaço. E isso se deve à sua formação sólida em gestão e argumentação, e possuir atitudes, posturas e conhecimento para argumentar e se fundamentar.	Agnes
	Não tem dificuldades. Devido à postura e capacidade de se posicionar e argumentar.	Brittes
	Raramente tem dificuldade em relação ao médico, tanto RJU quanto Ebserh, pois se posiciona, mas tem dificuldade em aceitar a Ebserh no HU.	Dimitri
Fatores Facilitadores (docente)	O enfermeiro que demonstra conhecimento científico e teórico em sua prática é respeitado pela medicina e por outras categorias na área da saúde.	Ella
	Não tem dificuldade na relação com os médicos. Acredita que se deve à formação no HU e ter trabalhado com a maioria dos médicos hoje na Ebserh. Por ser docente, é mais tranquilo ainda.	Gaia
Fatores Dificultadores (TAE)	Há uma lacuna na graduação de enfermagem em gestão e liderança de equipes de trabalho, pois o enfermeiro sempre terá uma equipe. Como os enfermeiros novatos não estão bem preparados, resulta em assimetrias nas relações, gerando os conflitos.	Agnes
	A corporação médica é detentora de poder em todos os níveis, privado e público, principalmente no nível terciário. A Ebserh não conseguiu quebrar a relação de poder do médico, pelo contrário, só fortaleceu. A Ebserh, além de quebrar a relação mais horizontal que existia, verticalizou a relação.	Dimitri
Fatores Dificultadores (docente)	Consegue observar certa resistência de alguns médicos em aceitar o que enfermeiro coloca ou decisão tomada.	Ella

Fonte: elaborado pela autora, 2021 (grifo da autora)

Os relatos dos enfermeiros RJUs da inexistência de dificuldades em relação aos médicos devem ser interpretados pela intermediação do *habitus*, ou seja, disposições incorporadas na trajetória no HU e evidências de relações de poder. Dimitri reforça que para os enfermeiros RJUs, com tempo maior de atuação no HU e qualificados, como doutorado, é mais provável uma relação menos assimétrica.

Todavia, em relação ao profissional da Ebserh, principalmente na interação enfermeiro e médico Ebserh, Dimitri afirma que a relação é vertical: “Eu mando, você obedece e acabou.

A relação de poder ainda é extremamente forte, tremendamente pronunciada com a presença da Ebserh”. Também acredita que a assimetria não pode ser somente creditada à falta de posicionamento do enfermeiro, mas à estrutura organizacional da Ebserh: “Uma estrutura hierarquizada, engessada, pouco discutida, pouca troca de ideia, com exceções”.

Ella percebe que com a Ebserh houve uma melhora nas relações entre os profissionais e isso se deve ao vínculo que não proporciona a mesma estabilidade do RJU, que permitiria a sensação: “eu sou efetivo eternamente e ninguém me tira daqui, por mais que eu faça e aconteça”. Segundo Ella, também melhorou a interação porque mexeu com a divisão do trabalho, pois chegaram mais profissionais, ficando mais bem distribuído o trabalho, reduzindo o ambiente conflituoso devido à escassez de pessoal.

E, aí, quando a gente pensa na questão da divisão do trabalho, de ter mais pessoas para realizar e atender às demandas, pensa num trabalho que tem um potencial menor de ser estressante. Então, com a vinda da Ebserh melhorou muito a divisão do trabalho, da sobrecarga de trabalho, principalmente para o pessoal da enfermagem, que ocupa a maior parte dos profissionais da área da saúde (ELLA).

Nota-se na fala de Gaia que a relação equânime que tem com os médicos deve-se a sua trajetória do HU, principalmente por ser docente, e que não percebe diferença no relacionamento entre os três vínculos - Ebserh, TAE e docente.

Tem a ver porque me formei lá. Sempre estive no HU. As pessoas me conhecem, minha trajetória, sabem o tempo que estou lá. Como sou professora, aí é mais tranquilo ainda, as pessoas escutam o professor. Não tem problema (GAIA).

No Quadro 14 se distinguem os fatores facilitadores dos dificultadores nas relações com os médicos, e se observa que não há diferenças entre os vínculos RJUs (TAEs e docentes) e Ebserh.

Quadro 14 - Percepções do enfermeiro Ebserh sobre a relação de trabalho com o médico

Subtema	Síntese do Conteúdo	Entrevistado
Fatores Facilitadores	Algumas especialidades têm o caráter de discutir. A relação é maior com os médicos residentes, visto que há um distanciamento do médico staff em relação à enfermagem.	Ceres
	Iniciou em uma especialidade no HU em que havia poucos profissionais qualificados, o que permitiu construir a sua atuação no Setor. A sua relação com o médico é excelente e a equipe é unida.	Franco

	Algumas especialidades médicas têm uma boa relação com a equipe de enfermagem, mas ela ficou um pouco para o segundo plano. Não percebe diferença de vínculos: TAE ou Ebserh.	Heidi
	Percebe hoje uma relação equilibrada, entretanto, não acredita que seja a Ebserh, mas, sim, o momento pandêmico, que possibilitou a valorização da opinião de vários outros profissionais. Se ampliasse isso para todas as equipes, seria um ganho que repercutiria ao paciente. Não vê diferença entre médico Ebserh e RJU (TAE e docente).	Ivy
	Observa que a equipe médica valoriza o trabalho da enfermagem e há relação muito boa. Entretanto, isso se deve às características de alguns setores trabalharem em equipes multidisciplinares, como a UTI, por exemplo, que permite discussões multiprofissionais. Não vê diferença entre médico Ebserh e RJU (TAE e docente). No entanto, considerou os residentes médicos muito atenciosos.	Justine
	Os médicos mais novos, que entraram com a Ebserh, são mais acessíveis e possibilitam uma abertura na interação.	Karin
Fatores Dificultadores	Não há visitas conjuntas (enfermeiros e médicos). Cada enfermeiro assistencial passa a visita individualmente.	Ceres
	De forma geral, vê que a enfermagem tem dificuldade em relação à prática, pois está ficando sobrecarregada de atividades que não fazem parte de seu escopo de atribuições. Quando não se tem um trabalho bem definido, não tem como ficar bom e gerar um conhecimento que permite a discussão. Predominam as decisões e opiniões dos médicos, em razão da enfermagem distanciar da assistência ao assumir muitas questões administrativas e de gestão.	Franco
	Percebe o HU como uma instituição “medicalocêntrica”. A enfermagem, com a Ebserh, ganhou alguns destaques em alguns setores.	Heidi
	O relacionamento entre a enfermagem e o médico anterior à pandemia era de cima para baixo, realmente. No momento, há uma troca muito grande.	Ivy
	Ainda não é prática o trabalho multidisciplinar, pois é adotado pela minoria dos serviços.	Justine
	No HU, particularmente, há um comportamento de supremacia, pois tem professores e médicos de renome que têm peso na Instituição. Parece um cenário político. A enfermagem precisa ser muito ouvida no HU. Os médicos mais novos, que entraram com a Ebserh, são mais abertos.	Karin

Fonte: elaborado pela autora, 2021

Há um percurso a ser construído em direção à cultura de trabalho multidisciplinar, visando romper a reprodução de sistemas de poder. Na fala de Franco percebe-se que, como iniciou em área bem especializada, teve a oportunidade de se preparar e qualificar, o que permite se posicionar melhor, pois possui o conhecimento para dialogar com os médicos em relação de “igual para igual”, respeitando os respectivos saberes.

Franco destaca que a enfermagem perde procedimentos assistenciais, ficando sobrecarregada de tarefas que não fazem parte do escopo de suas atribuições, o que prejudica a comunicação com a equipe, com o médico, o fisioterapeuta, o nutricionista.

A enfermagem hoje não consegue fazer isso, está com o seu tempo todo preenchido com tarefas administrativas, de pouca significância, distanciando do paciente e, conseqüentemente, as decisões estão sendo afastadas daquele profissional (FRANCO).

Relata que o processo decisório, da conduta, do tratamento, tecnologias abordadas, distanciam-se da enfermagem porque assume questões de gestão e administrativas do que o cuidado ao paciente: se a lâmpada está queimada, se o funcionário faltou, como vai ser a escala do dia seguinte. As decisões, portanto, são dos médicos e de outras áreas.

A relação é mais próxima dos médicos residentes, pois há distanciamento, em geral, dos médicos staffs. Segundo Ceres, “os staffs não abordam muito a equipe”. Além disso, não incentivam visitas conjuntas, o que prejudica o gerenciamento da enfermagem, pois cada especialidade estabelece um horário, e os staffs não dão liberdade de a enfermagem participar. Quando perguntada se percebia diferença entre o médico RJU e Ebserh, disse que como eles não se apresentam, não consegue diferenciar. Os colegas relatam:

Oh, a gente nunca consegue falar com o staff, ou a gente só fala com o staff quando não consegue falar com o residente da especialidade, ou com o plantonista, e aí é uma intercorrência, e precisa falar com alguém (CERES).

Ivy acredita que há relação equilibrada entre médicos e enfermeiros, consequência do momento pandêmico: “No momento há diversas reuniões multidisciplinares. Todos os médicos estão juntos. Médicos contratados, médicos RJUs, médicos Ebserh, então não percebo”. Assegura que a pandemia mudou as relações:

Eu acredito que o momento que a gente vive hoje é que mudou. Porque se for comparar o relacionamento com a enfermagem, médico anterior à pandemia, era um relacionamento de cima para baixo. No momento, há troca muito grande. Há valorização da opinião de vários profissionais (IVY).

Na visão de Justine, os médicos valorizam o trabalho da enfermagem, mas se deve ao tipo de setor, ou seja, aos especializados, como a terapia nutricional. Além das visitas multiprofissionais (médicos, nutricionistas, enfermeiras) há reuniões para discussão. A UTI

adota as discussões multidisciplinares. Mas não acontece nas enfermarias, em que as visitas são feitas individualmente pelos profissionais e não há discussões.

Outro ponto destacado por Justine foi a pandemia, que transformou seu setor de enfermaria em UTI Covid. Quando perguntada se a pandemia, o tipo de paciente e a circunstância exigiram trabalho em equipe multidisciplinar não pôde afirmar: “Talvez sim”. Ou o setor virou UTI, que tem como prática visitas e discussões conjuntas. Avalia que no HU não se adota de forma geral a interação de equipes.

Embora Karin relate que os médicos da Ebserh sejam mais abertos, existe a questão cultural de se colocar o médico em posição central. Acredita que a enfermagem deveria ter mais abertura, autonomia. Cita as enfermeiras especialistas, as obstetras, que não conseguem ser tão atuantes como gostariam. Karin relata que a relação muitas vezes é com o médico residente, e isso colabora na interação com a enfermagem, pois são mais acessíveis e escutam o que a enfermagem propõe.

Em relação às percepções dos médicos, o Quadro 15 mostra que o médico RJU avalia positivamente a relação com o enfermeiro do vínculo RJU e Ebserh.

Quadro 15 - Percepções do médico RJU sobre a relação de trabalho com o enfermeiro

Subtema	Síntese do Conteúdo	Entrevistado
Fatores Facilitadores	No seu setor é harmônico e, isso, parcialmente, deve-se ao tempo transcorrido do início da gestão Ebserh, pois havia certo conflito. Hoje, todos têm o seu lugar. Os mais jovens, com mais teoria, os mais velhos, com mais experiência. Não percebe diferença entre RJU e Ebserh.	Amir
	Na sua unidade é excelente. Trabalham com a desconstrução antiga de hierarquia entre os postos de trabalho. Quando entra em férias quem assume a chefia é uma enfermeira.	Ciro
	Sempre foi excelente. A enfermagem é fundamental, pois tem o papel essencial na organização, no gerenciamento do serviço de saúde. Não percebe diferença entre RJU e Ebserh.	Dafne
	No seu serviço não há atualmente enfermeiro, o que não possibilita a sua inserção na equipe. Não tem como avaliar se há diferença entre RJU e Ebserh, pois não conviveu com o enfermeiro do vínculo RJU. De forma geral, diz que o serviço de enfermagem do ambulatório, que tem contato, sempre foi funcionante.	Brina

Fonte: elaborado pela autora, 2021

Chega-se à conclusão que o médico RJU não percebe diferença nos vínculos dos enfermeiros, e avalia que em seu setor a relação é harmônica ou excelente, não fazendo, portanto, análise macro.

Amir salienta que a relação com a enfermagem é harmônica, mas relata que a maioria dos enfermeiros é Ebserh, e não percebe conflito, ao contrário do início da gestão. Ao ser perguntado quanto aos demais colegas médico afirma que não citam dificuldades na relação de trabalho.

Ainda segundo Amir, características do setor podem explicar: “Até bem pouco tempo atrás, trabalhava sozinho com os residentes e não dividia horário com outro médico, e é setor que realiza exames, os pacientes fazem o procedimento e vão embora”. Julga que não foi institucionalizado o trabalho multidisciplinar, pois não há reuniões periódicas no Setor e não se lembra quando ocorreu a última.

Dafne elabora relação essencial entre médicos e enfermeiros. O cuidado do médico é mais específico, e o da enfermagem holístico, o que faz haver a complementaridade.

A enfermagem tem o papel fundamental na organização, no gerenciamento do serviço de saúde, porque o médico tem deficiências importantes na gestão. Não só isso, há a gestão do cuidado mais holístico. É impossível dar o cuidado integral ao paciente, se não tivermos a enfermagem junto (DAFNE).

Outra questão que influenciaria as relações diz respeito à visão multidisciplinar. Segundo Dafne, há muito que se avançar no HU, mesmo em seu serviço já adota essa ótica. A percepção que tem é de que a minoria dos serviços atua de forma multidisciplinar.

Da mesma forma, o médico Ebserh não percebe diferença nos vínculos dos enfermeiros, conforme o Quadro 16.

Quadro 16 - Percepções do médico Ebserh sobre a relação de trabalho com o enfermeiro

Subtema	Síntese do Conteúdo	Entrevistado
Fatores Facilitadores	Nunca teve problemas de relacionamento com a enfermagem, mesmo com o pessoal da Ebserh. Não percebe diferença em trabalhar com o enfermeiro RJU e Ebserh.	Esdras
	Não tem problemas com a enfermagem e a enxerga como o coração do seu setor.	Filip
	A sua relação profissional com as enfermeiras sempre foi muito aberta, incluindo discussões e compartilhando os cuidados aos pacientes.	Gael
	Não percebe diferença entre enfermeiro RJU e Ebserh e diz que a relação é excelente. Em termos de atividades, o docente foca no ensino aos alunos e o enfermeiro técnico na gestão.	Hera

	A relação é harmoniosa e o foco está cada vez mais amplo em relação a uma equipe multidisciplinar.	Isla
Fatores Dificultadores	A enfermagem distanciando-se da assistência e realizando mais trabalhos burocráticos.	Filip
	Com a pandemia, mudou-se a forma de trabalhar com as enfermeiras devido à exposição das pacientes e a necessidade de ocupar outros espaços no hospital.	Gael

Fonte: elaborado pela autora, 2021

Nota-se que a relação é harmônica ou excelente para o médico Ebserh. Mas foi citado que a enfermagem se distancia da assistência ao assumir atividades burocráticas.

Algumas questões, adicionalmente, foram identificadas como relevantes na pesquisa, a fim de interpretar como a relação ocorre. Esdras assinala que a atuação em equipe leva em conta o limite dos saberes, e que os Conselhos tentam ampliar o leque de possibilidades de trabalho. Há momentos em que uma intervenção imediata do médico é essencial; em determinadas situações, cabem discussões.

Existe essa questão, aonde vai o limite de cada um, mas sempre tentei e sempre tive sucesso ao discutir, conversar. Quando sou questionado: “Por que está precisando ou achando melhor essa conduta?” Dentro do possível, chega ao denominador comum. Mas há determinados procedimentos que são, ainda, definidos como do médico (ESDRAS).

Filip avança em sua análise sobre o trabalho da enfermagem. Historicamente, a enfermagem não é valorizada, mas há de se reconhecer a interface de cuidado, que não é separada. “Então tenho interdisciplinaridade, não é multidisciplinaridade, cada esfera fazer um cuidado. Eu tenho que ter um cuidado que ele tenha uma intersecção”. Para Filip, nesse momento surgem os conflitos, pois a enfermagem ou o médico se sente invadido, mas é questão de posicionamento.

Gael relata que trabalha em equipes multidisciplinares e aprendeu a interagir. A relação com a enfermagem geralmente é muito aberta, com discussão e inserção no cuidado aos pacientes. Hera avalia que o agente enfermeiro tem mais espaço, mas refere-se ao seu papel como de ajuda, ora mais, ora menos, dependendo de cada Setor.

Então, é claro que tudo gira em torno do médico, porque é o médico que está ali atendendo, diretamente, ele sabe, às vezes melhor como conduzir um ambulatório. Ele fala: ‘tem que ser assim, tem que ser assado’, porque está

diretamente envolvido no processo, mas acho que as enfermeiras têm mais espaço agora. Não sei como era antes, mas acho que sim (HERA) (grifo da autora).

Isla relata que a experiência que tem com a enfermagem é positiva e se refere aos enfermeiros como atuantes, capacitados e líderes de equipe, e não os vê com autonomia reduzida e dificuldade de se posicionar.

Adicionalmente, com o objetivo de interpretar a realidade, buscando os significados, foram elaborados gráficos das compreensões da relação entre o enfermeiro e médico, com o uso do software *IRaMuTEq*, que confirmaram as regras de recorte, categorização e codificação previstas na fase de pré-análise, segundo o protocolo de Bardin (2016).

A Tabela 15 relaciona as palavras que deram suporte à Figura 18, que apresenta o gráfico da similitude referente ao *corpus* obtido da pergunta ao enfermeiro: “Como é a sua relação com o médico. Há diferenças entre docente, TAE e celetista?”

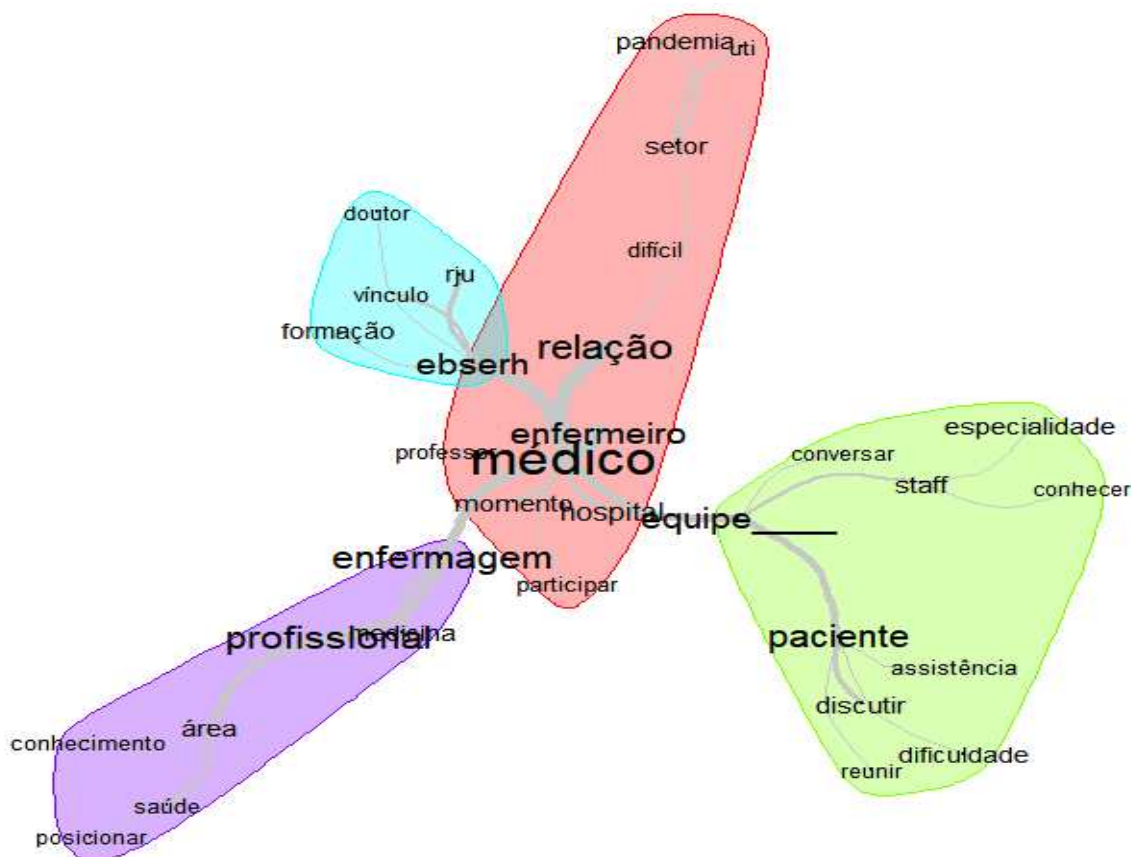
Tabela 15 - Frequência das palavras que deram suporte à elaboração do gráfico da similitude

Palavra	fi	Palavra	fi
Médico	77	Medicina	11
Relação	45	Dificuldade	11
Profissional	43	Formação	11
Equipe	36	Conhecimento	09
Paciente	34	Professor	09
Enfermagem	34	Participar	08
Enfermeiro	32	UTI	08
Ebserh	29	Assistência	08
Staff	20	Saúde	08
Hospital	19	Vínculo	08
Pandemia	17	Difícil	07
Área	17	Conhecer	06
Momento	16	Reunir	06
RJU	14	Conversar	06
Especialidade	14	Doutor	06
Setor	13	Posicionar	05
Discutir	13		

Fonte: elaborada pela autora, 2021

A ilustração da Figura 18 viabilizou evidenciar graficamente os elementos principais do *corpus* e coocorrências que formaram agrupamentos representados por diferentes cores.

Figura 18 - Gráfico da similitude da relação entre enfermeiro e médico no HU na percepção do enfermeiro



Fonte: elaborada pela autora, 2021

Para a elaboração da similitude, foram selecionadas as palavras que apresentam $fi \geq 5$. Como se nota na Figura 18, o “MÉDICO” é o cerne na representação gráfica. A ênfase é reflexo dos relatos dos entrevistados, apontados nos quadros anteriores. Mostram que o médico possui papel central nas relações de trabalho entre os enfermeiros no hospital. Atualmente, ocorrem predominantemente no vínculo Ebserh, comparando-se ao RJU. Entretanto, há um fator recente, o momento difícil da pandemia, que impactou os setores em geral e a UTI, tornando as relações mais colaborativas e equilibradas. Evidenciou-se o distanciamento da participação do professor no contexto de trabalho no HU, como demonstram os agrupamentos centrais de cores salmão e azul.

No entanto, a interação é mais equilibrada nas áreas de saúde especializadas do hospital, pois as equipes de trabalho, o que inclui o enfermeiro, possuem conhecimento e formação na especialidade. Isso pode ser observado no agrupamento de cor lilás da figura, que mostra a

relação profissional mais simétrica entre medicina e enfermagem. E é possível, quando existem essas condições.

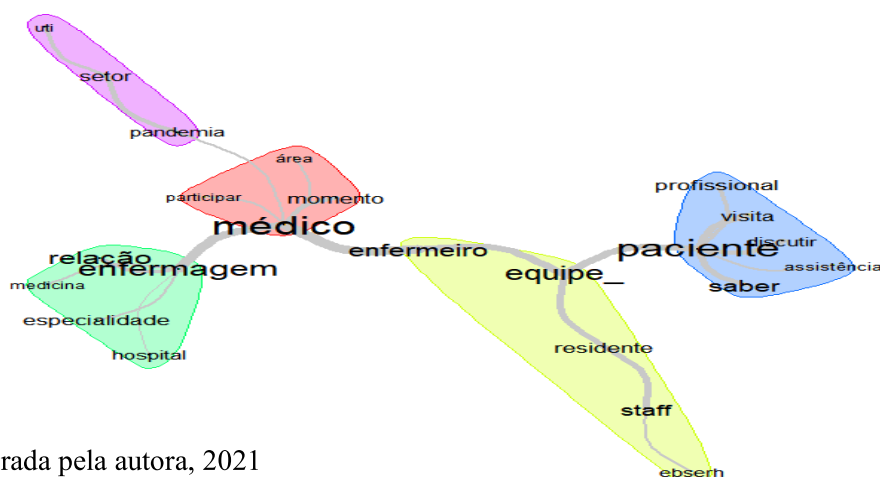
Um pouco mais distante do núcleo central, no agrupamento verde, há na ramificação mais forte as palavras “equipe” e “paciente”, associação evidenciada implícita ou explicitamente na fala dos enfermeiros, que remetem às equipes multidisciplinares, até este momento incipientes. Caso ampliadas no hospital, repercutiriam em assistência de qualidade e humanizada.

Percebe-se como coocorrências em relação ao paciente os léxicos “assistência”, “discutir”, “dificuldade” e “reunir”, o que confirma as análises de conteúdo constantes no Quadro 14 - Percepções do enfermeiro Ebserh sobre a relação de trabalho com o médico. Mostram a dificuldade de se reunir e discutir a assistência ao paciente em equipes multidisciplinares. A maioria dos entrevistados avalia que algumas especialidades têm o caráter de discussão, e isso se deve às características e peculiaridades de alguns setores.

As coocorrências em relação à equipe são as palavras “staff”, “conversar”, “especialidade” e “conhecer”, o que evidenciaria que há diferença na relação com o médico, decorrente de seu vínculo Ebserh ou RJU. Embora os entrevistados tenham dito que não viam diferenças, identificou-se nas falas que os médicos mais novos, que ingressaram com a Ebserh, e os residentes, são mais abertos e acessíveis para conversar, diferentemente dos staffs de especialidades que mantêm certo distanciamento da enfermagem.

Com o intuito de refinar a análise das relações, por vínculo, foram elaborados dois gráficos distintos. A Figura 19 apresenta o gráfico da similitude referente à percepção do enfermeiro Ebserh.

Figura 19 - Gráfico da similitude da relação entre enfermeiro e médico no HU na percepção do enfermeiro Ebserh



Fonte: elaborada pela autora, 2021

O gráfico desejou mostrar a ótica específica do enfermeiro Ebserh, a partir dos léxicos com frequência ≥ 6 . Para a análise, deve-se apresentar a Tabela 16 de frequência das palavras.

Tabela 16 - Frequência das palavras que deram suporte à elaboração do gráfico da similitude

Palavra	Fi	Palavra	fi
Médico	39	Momento	14
Paciente	34	Especialidade	14
Equipe	30	Setor	13
Enfermagem	25	Discutir	12
Relação	21	Hospital	11
Staff	20	Ebserh	10
Enfermeiro	19	Área	08
Saber	19	Participar	08
Visita	18	UTI	08
Pandemia	17	Assistência	07
Profissional	15	Medicina	06
Residente	15		

Fonte: elaborada pela autora, 2021

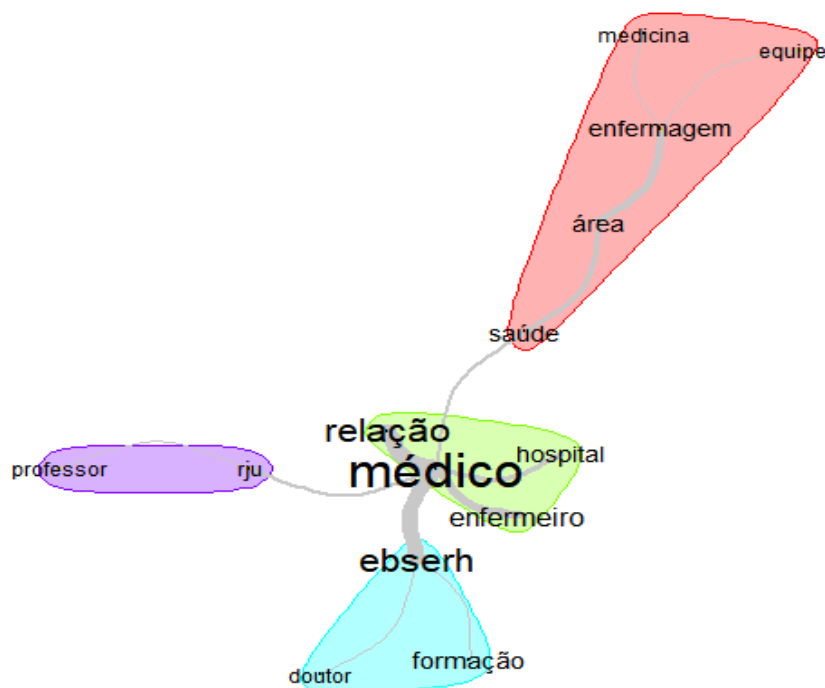
Ressalta-se da tabela a palavra “enfermagem”, pois ao somá-la ao léxico enfermeiro totaliza $fi=44$ e médico $fi=39$, o que mostraria a invalidação da similitude, pois o médico aparece com posicionamento central. No entanto, ao se verificar os núcleos de sentido da palavra enfermagem nos fragmentos de textos extraídos pelo software *IRaMUTEq*, confirmaram-se as regras de categorização, pois referem-se às dificuldades encontradas, em termos de atividades e relacionamento com os médicos.

A figura evidenciou aspecto relevante, pois apresentou duas palavras centrais. De um lado, o “médico”, com as coocorrências “enfermagem” e “enfermeiro”. Do outro, “paciente”, com as coocorrências “equipe” e “enfermeiro”. Especificamente, no agrupamento verde, há relação mais equilibrada entre médico e enfermagem, quando ocorre em algumas áreas especializadas no hospital. Nos de cores salmão e amarelo tem-se o médico em posição central ao enfermeiro, próximo à equipe. O residente está mais próximo à enfermagem do que o staff e a própria Ebserh.

O outro núcleo central é o “paciente”, que demanda assistência profissional, tendo como pilares o saber, a discussão e as visitas multidisciplinares. Outro aspecto é a menção ao momento pandêmico, com influência na participação mais efetiva dos enfermeiros em alguns setores e UTI, mostrados nos agrupamentos de cores salmão e lilás.

O próximo gráfico apresenta as percepções específicas do enfermeiro RJU em sua relação com os médicos.

Figura 20 - Gráfico da similitude da relação entre enfermeiro e médico no HU na percepção do enfermeiro do RJU

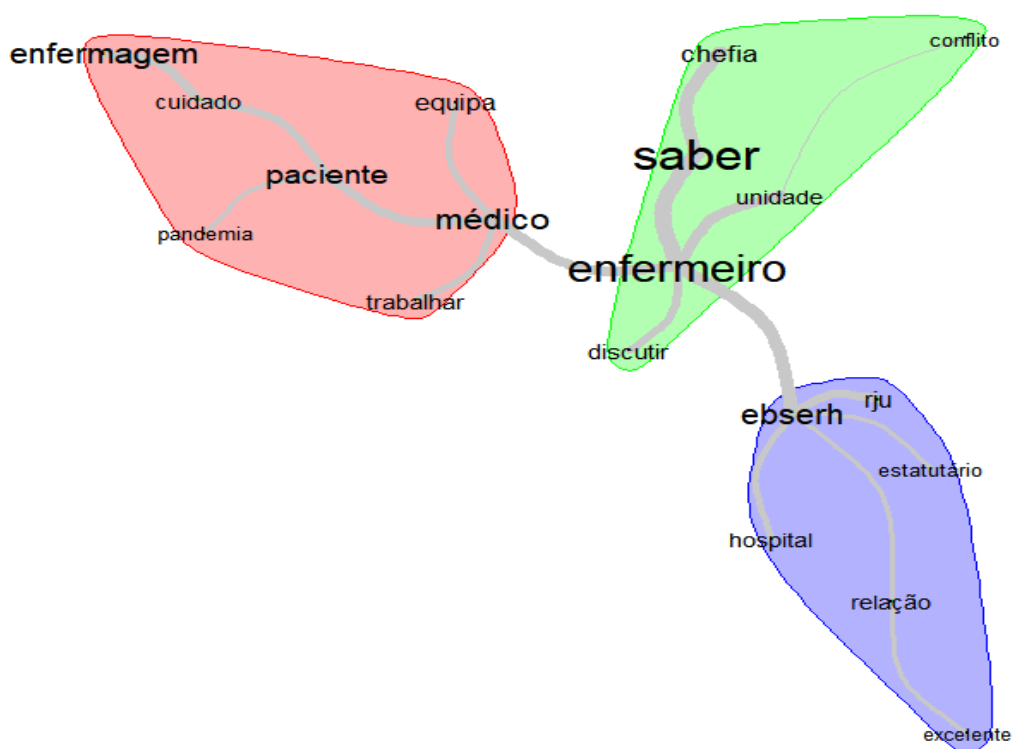


Fonte: elaborada pela autora, 2021

A ilustração tem como central o médico, em sua relação com o enfermeiro no hospital. Hoje predomina no vínculo Ebserh, mostrando que na percepção do RJU a Ebserh ainda não conseguiu reverter o posicionamento. Nota-se no agrupamento lilás o distanciamento do RJU e do professor no contexto da assistência no hospital, evidenciando a possibilidade de relação mais equilibrada entre a equipe da medicina e enfermagem em algumas áreas da saúde, como se verifica no agrupamento salmão.

A Figura 21 apresenta o gráfico da similitude obtido da pergunta ao médico: “Como é a sua relação com a enfermagem? Há diferenças entre docente, TAE e celetista?”. Nas ilustrações anteriores a figura viabilizou evidenciar graficamente os elementos principais do *corpus* e suas coocorrências, que formaram agrupamentos representados por diferentes cores. Para os médicos não se verificaram percepções substancialmente diferenciadas na elaboração de gráficos distintos por vínculo Ebserh e RJU.

Figura 21 - Gráfico da similitude da relação entre enfermeiro e médico no HU na percepção do médico



Fonte: elaborada pela autora, 2021

Esse gráfico apresenta as percepções específicas do médico, a partir dos léxicos com frequência ≥ 7 . Observou-se que não há diferenciação substantiva de análise dos médicos por vínculo Ebserh ou RJU nas relações com os enfermeiros. Para essa análise é importante comparar, na Tabela 17, as frequências das palavras, citadas pelos médicos e enfermeiros, que deram suporte à elaboração dos gráficos da similitude.

Tabela 17 - Frequência das palavras que deram suporte à elaboração dos gráficos da similitude das Figuras 21 (médico) e 18 (enfermeiro)

Ord.	Palavra	fi	Palavra	Fi	Palavra	fi	Palavra	fi
	Médico				Enfermeiro			
1	Saber	45	Conflito	07	Médico	77	Medicina	11
2	Enfermeiro	39	Excelente	07	Relação	45	Dificuldade	11
3	Médico	27	Estatutário	07	Profissional	43	Formação	11
4	Enfermagem	27			Equipe	36	Conhecimento	09
5	Ebserh	25			Paciente	34	Professor	09
6	Paciente	23			Enfermagem	34	Participar	08
7	Chefia	20			Enfermeiro	32	UTI	08
8	Cuidado	14			Ebserh	29	Assistência	08
9	RJU	13			Staff	20	Saúde	08

10	Trabalhar	13			Hospital	19	Vínculo	08
11	Equipe	12			Pandemia	17	Difícil	07
12	Unidade	12			Área	17	Conhecer	06
13	Discutir	11			Momento	16	Reunir	06
14	Relação	10			RJU	14	Conversar	06
15	Hospital	09			Especialidade	14	Doutor	06
16	Pandemia	08			Setor	13	Posicionar	05
					Discutir	13		

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Comparando-se as oito primeiras palavras de cada agente, nota-se, excluindo as que são iguais, que as mais citadas pelos médicos, em ordem de frequência, foram: 1) saber; 2) chefia e 3) cuidado. Dos enfermeiros foram: 1) relação; 2) profissional; 3) equipe.

O gráfico da Figura 21 revela que o médico vê a sua relação com o enfermeiro, Ebserh ou RJU, de forma geral no hospital, como excelente. O conflito é pouco citado na interação. Não há diferenças entre docentes, TAEs e celetistas. Entretanto, observa-se nas falas que nas discussões de trabalho está muito presente a figura da chefia de unidade. A menção à equipe é pouco citada, e a enfermagem é relacionada ao cuidado ao paciente. A palavra saber, embora a mais citada, apresenta o sentido de dúvida (não saber) quanto a aspectos perguntados.

É possível concluir que para o médico a relação é direcionada à chefia, e para o enfermeiro a relação profissional é centrada na equipe de trabalho. Pode-se destacar a frequência da palavra “relação”, citada pelo enfermeiro ($f_i=45$) e pelo médico ($f_i=10$), o que sugere percepções bem distintas quanto ao sentido de relação de trabalho.

Ainda com o propósito de analisar as relações entre as posições dos enfermeiros e médicos, a próxima seção aborda a interação entre o grupo. A seção 5.4.1.2.5 apresenta análise da estrutura organizacional na visão da existência de estrutura informal que influenciaria o contexto organizacional.

5.4.1.2.4 Interação entre grupo

A análise da interação entre o grupo, do ponto de vista de cooperação e competição, foi aspecto relevante para entender a lógica do campo. O Quadro 17 sintetiza as percepções dos enfermeiros, e mostra que predomina a cooperação, com as devidas ressalvas destacadas nos comentários dos entrevistados. Logo após são apresentados os pontos de vista dos médicos, que evidenciam a cooperação.

Quadro 17 - Percepções do enfermeiro sobre a interação entre o grupo

Nº	Vínculo	Entrevistado	Cooperação	Competição	Comentário do Entrevistado
1	RJU (TAE)	Agnes	X	X	Quando um precisa do outro, há uma cooperação mútua, mas quando envolve o poder, há a competição. A minha interação é de colaboração.
2	RJU (TAE)	Brittes	X		O grupo de enfermagem é de muita cooperação.
3	RJU (TAE)	Dimitri	X	X	O grupo de trabalho do meu setor é de cooperação, pois é uma relação muito horizontal, mas não é de maneira geral no hospital.
4	RJU (docente)	Ella	X		Há cooperação entre os enfermeiros Ebserh e até mesmo entre os médicos. Quanto ao RJU, não tenho como opinar porque já não tinha mais contato em meus dias de aula no HU.
5	RJU (docente)	Gaia			Na minha visão, não é de cooperação e nem de competição, pois, no geral, não se trabalha em equipe. Já na UTI, por exemplo, a percepção é de colaboração.
6	Ebserh	Ceres			Entre o enfermeiro Ebserh e RJU não é de competição e nem de cooperação.
7	Ebserh	Franco	X	X	Alternam-se momentos de cooperação e competição devido a dois fatores: equipe muito questionadora ou

					a falta de segurança do enfermeiro advinda da sua própria formação acadêmica.
8	Ebserh	Heidi	X	X	Alternam-se momentos de cooperação e competição.
9	Ebserh	Ivy	X		Apesar das diferentes formas de se pensar, a maioria tem o espírito de cooperação.
10	Ebserh	Justine	X		Atualmente, percebo de cooperação devido à pandemia.
11	Ebserh	Karin	X		A rotina da enfermagem é tão atribulada que não há tempo para se preocupar com questões de ego.

Fonte: elaborado pela autora, 2021

Além dos comentários dos entrevistados, no Quadro 17, e como já destacado, predomina a cooperação no grupo de enfermagem. Entretanto, cabem considerações suplementares. Como se percebe no comentário de Brittes, apesar de dizer que é de muita cooperação, há competição, pois, na entrevista, quando relata sobre determinada dinâmica de trabalho, e ao ser questionada novamente, se não seria competição, responde: “Sim, mas a gente vê que há disputa para assumir o cargo”. No depoimento de Gaia infere-se que quando o trabalho ocorre em áreas especializadas ou de alta complexidade, há tendência à cooperação.

Ceres destaca pontos importantes: a cooperação é mais evidente entre o grupo da Ebserh, e no momento atual de pandemia, as equipes, quase 100%, são cooperativas. Entre o enfermeiro RJU e Ebserh não seria propriamente uma competição, mas a ótica de que o RJU não gostaria de atuar naquele local, e que o vínculo prejudica a interação. Outro ponto é que não percebe diferenciação do médico em relação ao vínculo do enfermeiro, mas de sua atuação profissional e responsabilização.

Heidi cita o plano de carreira na Ebserh, estimulando a competição devido à forma de progressão. A cooperação predomina em grupos menores, o que não ocorre normalmente, pois as pessoas têm opiniões diversas, e por isso costuma haver polêmicas. O fator pandemia possibilitou mais cooperação pela redução da equipe de trabalho.

O fator pandemia é novamente evidenciado. Justine relata que o momento pandêmico uniu a equipe, pois havia distanciamento entre médicos e enfermeiros. A partir da exigência de se reunir e discutir, criou-se relação melhor. Outro fator é que o setor transformou-se em UTI. Volta-se ao ponto de setores menores e fechados tenderem à cooperação.

A gente recebeu até homenagem dos médicos. Eles resolveram fazer um outdoor da equipe que está na linha de frente. Retribuem muito, quando precisa se expressar em relação à equipe... (JUSTINE).

Karin relata escuta e relacionamento melhores que se devem ao conhecimento. Permite dialogar ou se posicionar em relação ao médico e ao enfermeiro.

O Quadro 18 sintetiza as percepções dos médicos e mostra que predomina a cooperação. Comparando-a à enfermagem, na hipótese de uma escala, seria em grau superior, ou seja, os médicos foram mais assertivos ao julgar a cooperação.

Quadro 18 - Percepções do médico sobre a interação entre o grupo

Nº	Vínculo	Entrevistado	Cooperação	Competição	Comentário do Entrevistado
1	RJU (TAE)	Amir	X		
2	RJU (docente)	Brina	X		Cooperação, com certeza.
3	RJU (docente)	Ciro	X		Competição em um nível saudável, mas existe, predominantemente, com toda certeza cooperação.
4	RJU (docente)	Dafne	X		Sinceramente eu não sei se é o meu olhar, mas eu não vejo competição lá dentro não.
5	Ebserh	Esdras	X		Eu acho que, pela equipe que trabalha, é mais de cooperação.
6	Ebserh	Filip	X		Não, meu grupo é cooperativo.

7	Ebserh	Gael	X		Eu vejo cooperação. Especificamente, dentro da área da enfermagem, eu vejo um pouco mais de competição.
8	Ebserh	Hera	X		Cooperação. Com certeza.
9	Ebserh	Isla	X		Eu acho que existem detalhes, relações individuais em que podem existir pequenas rivalidades, mas acho que no geral é de cooperação.
10	Ebserh	Jian	X		Ah, eu acho que tende a aumentar a cooperação.
11	Ebserh	Kristen	X	X	No geral é de cooperação, mas você vê que existe uma competição, entre um funcionário de um lado, com estatutário do outro.

Fonte: elaborado pela autora, 2021

A interação entre o grupo é percebida como cooperação entre os médicos, diferentemente, portanto, dos agentes enfermeiros. Dos comentários do Quadro 18 devem ser destacados alguns pontos. O médico Gael afirma que na área da enfermagem observa certa competição, que se justifica nos relatos dos enfermeiros. Mostram com mais nitidez os conflitos advindos com a chegada da Ebserh, o que não teria acontecido com os médicos.

Jian explica a tendência de aumentar a cooperação. Segundo ele: “Cada vez pacientes mais complexos, pacientes mais difíceis de manejo. Dividir responsabilidade no tratamento”. Kristen relata que embora a interação, no geral, é de cooperação, observa-se competição entre os vínculos, principalmente entre os técnicos estatutários e Ebserh. Decorreria de privilégios concedidos aos estatutários. Quando perguntada em qual Unidade do HU o clima seria mais harmonioso, responde: “Unidade Dom Bosco”.

No Dom Bosco, com certeza. Acho que tem mais Ebserh do que estatutário lá, os estatutários que ficaram no Dom Bosco são de longa data, estavam

naquele setor. Então, o ambiente, quando tem muito mais Ebserh, acaba o estatutário entrando no ritmo, porque é minoria. No Santa Catarina ainda tem grande quantidade dele, a competição ocorre mais no Santa Catarina (KRISTEN).

As Figuras 22 e 23 apresentam os elementos essenciais identificados na interação entre o grupo na ótica dos enfermeiros e médicos e que se encontram na Tabela 18. O léxico de maior frequência para o enfermeiro é “relação”, e para o médico é “cooperação”, sendo centrais nas imagens.

Figura 22 - Nuvem de palavras das percepções do enfermeiro sobre a interação entre o grupo



Fonte: elaborada pela autora, 2021

O tamanho da palavra da nuvem é proporcional à frequência de enunciação. Tem-se, portanto, na Figura 22, como central, do ponto de vista do enfermeiro, a ideia de que a “relação” de trabalho entre médicos e enfermeiros pode ser de cooperação ou competição, predominando a cooperação em setores que possuem equipe constituída de pessoal especialista e do vínculo Ebserh. Outro aspecto de destaque é a palavra “momento”, que remete à pandemia e pode ter fortalecido o sentimento de cooperação.

Figura 23 - Nuvem de palavras das percepções do médico



Fonte: elaborada pela autora, 2021

Na Figura 23, a centralidade está em trabalhar em cooperação. A competição surge de forma secundária no serviço médico e relação entre os vínculos estatutários e Ebserh. A palavra “momento” refere-se à pandemia, que influenciou positivamente a cooperação e aproximou o profissional fisioterapeuta em decorrência do procedimento de ventilação mecânica na UTI.

Na Tabela 18 observa-se que não são listadas as palavras enfermeiro e enfermagem na coluna relacionada aos médicos, mas o profissional fisioterapeuta na relação de trabalho. Entretanto, a enfermagem é citada pelo médico Gael, de ser área no hospital que possuiria uma certa competição. Durante a pandemia foi deslocada para outros setores.

Tabela 18 - Frequência das palavras que deram suporte à elaboração das “nuvens de palavras”

Palavra	Fi	Palavra	Fi
Enfermeiro		Médico	
Relação	25	Cooperação	24
Enfermeiro	23	Trabalhar	16
Médico	23	Competição	11
Cooperação	22	Estatutário	11
Ebserh	20	Saber	10
Trabalhar	17	Ebserh	10
RJU	16	Serviço	08
Enfermagem	13	Momento	06
Competição	13	Médico	06
Especialidade	12	Hospital	06
Pessoal	12	Fisioterapeuta	05
Momento	12	Relação	03

Fonte: elaborada pela autora, 2021

A maioria das palavras relacionadas aos agentes médicos e enfermeiros é igual, variando a frequência de enunciação, e em razão disso muda o sentido. Para a enfermagem, pode-se inferir que a essência da interação está na relação de cooperação entre enfermeiros e médicos; para o médico, a centralidade está no trabalho em cooperação, não se aproximando do enfermeiro.

O último tema para o estudo da lógica do campo é a estrutura organizacional, para se avaliar a possibilidade de sistema informal tangenciando o institucional.

5.4.1.2.5 Estrutura organizacional

As relações objetivas entre as posições no campo foram analisadas, seguindo a perspectiva de Bourdieu, ao investigar o fenômeno a partir das estruturas no sentido dialético, isto é, no que elas determinam as relações internas, estruturando um campo, e no que as estruturas são influenciadas por essas relações, portanto, estruturadas (BOURDIEU; 2004, 2008).

A estrutura organizacional implementada pela Ebserh foi um fator evidenciado pelos entrevistados que impactou nas relações de trabalho no HU. Os aspectos mais relevantes estão agrupados nos subtemas descritos na Tabela 19 e surgiram da pergunta “Você percebe que existe uma estrutura informal, que pode distorcer a estrutura organizacional do HU/Ebserh?”

Tabela 19 - Percepções do enfermeiro e médico sobre aspectos da estrutura organizacional

Agente	Enfermeiro			Médico		
Tema	Subtema	fi	%	Subtema	fi	%
Estrutura Organizacional	Estrutura Informal	11	32	Normas e Procedimentos	11	61
	Normas e Procedimentos	10	29	Estrutura Informal	07	39
	Divisão do Trabalho	08	24			
	Organograma Estruturado	05	15			
	Total	34	100	Total	18	100

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Apesar da recente estrutura, ainda existe uma informal, na percepção dos enfermeiros e na dos médicos. Apresentam-se inicialmente os pontos de vista da enfermagem, partindo-se de Agnes, que relata a reestruturação expressiva no HU com a Ebserh. Segundo ela, viabilizou um organograma mais sistematizado, permitindo efetivo direcionamento, pois passou-se a ter chefias regulamentadas, outrora informais ou inexistentes.

Isso mudou. Eu acho isso um ponto positivo. Nomear as chefias para ter um direcionamento. Quero falar com a chefe da unidade urinária. Sabe que é uma chefe, uma médica e, **apesar de ser RJU também**, é responsável por aquele serviço. Hoje tem mais direcionamento (AGNES) (grifo da autora).

Além disso, Agnes relata que os procedimentos estão sendo observados: “Hoje não, hoje tem um boletim de serviço, sabe quem está, quem não está, o que está acontecendo”. Ao mesmo tempo em que há organograma e procedimentos estruturados, nota-se o subtema estrutura

informal permeando a maioria dos entrevistados. Ao perguntar se existe uma estrutura informal que distorceria a estrutura organizacional do HU/Ebserh, Brittes, Ceres, Dimitri, Franco, Gaia, Heidi e Ivy comentaram:

Se deixar, eles minam mesmo. Isso existe. Eles criam mesmo (BRITTES).

Olha, acredito que ter uma coordenação referência da chefia já é questão informal (CERES).

Se eu for pensar no organograma, sim. Por exemplo, o próprio cargo é coisa que não é oficial. Se for pensar nisso, alguns ajustes acho que poderiam ser feitos, para que tudo funcionasse na forma oficial mesmo (IVY).

Ceres e Ivy relatam que, em relação à “coordenação de referência”, a Ebserh apresentou uma reestruturação organizacional em que as chefias foram regulamentadas. Dimitri tem outra visão sobre a nova estrutura, pois entende que existe uma estrutura informal.

A estrutura hierárquica ou de organograma, vamos dizer assim, da Ebserh, é de chefia de unidade. A unidade da uronefro, unidade da gastro, unidade de ortopedia e por aí afora. São várias unidades. E tem o chefe de serviço, que é da estrutura antiga. Chefe de serviço era assim: serviço de ultra, serviço de nefro, serviço de não sei o quê. Isso não acabou, é um poder paralelo (DIMITRI).

Franco avalia que a seleção de chefias possui um processo formal, mas com critérios informais: “A própria seleção de chefia é exemplo clássico, tem a nota de currículo, que é a primeira e, depois, uma entrevista que tem peso 2”.

Heidi comenta que em todo lugar há tendência a “informalizar”, mas avalia que não é algo que sobressaia no HU, não citando na entrevista. A informalidade é citada por Gaia, como uma questão que perpassa a divisão do trabalho: “[...] às vezes o trabalho é distribuído lá pela enfermagem e os funcionários se reorganizam na forma deles [...] Eu percebo isto bem tranquilamente”.

Karin, em seu relato, compartilha o fato de que a divisão de trabalho não é equânime, pois a enfermagem acaba por assumir diversas outras atividades que não estão no seu escopo e foi uma das decisões de ter ido para o plantão:

Então, eu acho que a gente tem que ter nossas funções e a gente não se perder quanto a elas. Por isso, um dos motivos de eu ter ido para o plantão (KARIN).

[...] não sei, talvez tenha sido uma coisa enraizada e que a gente tem que dar conta de tudo, né? A gente não faz só a nossa parte de atividade, a gente faz muito mais do que as nossas atribuições” (KARIN).

Em relação aos médicos predomina a visão de observância às normas e rotinas, embora também avaliem o componente informal permeando o contexto de trabalho. O médico Amir diz que com a Ebserh os procedimentos são mais formais e isso se deve, em parte, à adoção de um sistema informatizado, o AGHU¹⁵.

Então, com esta informatização muita coisa virou essa coisa normatizada, né. Tem que pedir pelo computador, tudo pede no computador. Usou medicação, dá baixa, não sei o quê. Eu vejo, assim, que esta questão de formalismo aumentou sim, entendeu (AMIR).

O docente Ciro diz que no HU, durante muito tempo, as práticas informais eram comuns e hoje cada vez menos, porque observa que tudo tem fluxo e protocolo. Já na fala da docente Dafne, evidencia-se uma estrutura informal, quando perguntada se possui cargo de gestão, diz que: “É, eu sou uma ponte. Eu não tenho cargo nenhum na Ebserh. [...] tudo que eu faço é pela docência.”

Esdras, Filip, Gael e Hera relatam que têm seguido os protocolos que são constantemente atualizados. Isla diz que em relação aos aspectos informais há uma mudança significativa:

Eu acho que isso é uma coisa que realmente mudou muito nos últimos cinco anos, desde o início, logo que eu entrei na Ebserh, né. Logo que eu entrei, a gente tinha muitos vícios de atividades, de coisas, as formas como funcionavam, até nas formas de como materiais eram guardados (ISLA).

Do ponto de vista do médico Jian, a informalidade é passível de acontecer e é por meio dela que novos protocolos são elaborados. Segundo ele: “A partir da informalidade que a gente evolui, não é?” Da mesma forma Kristen avalia ser possível a informalidade, principalmente no sentindo de alguns profissionais serem resistentes às mudanças.

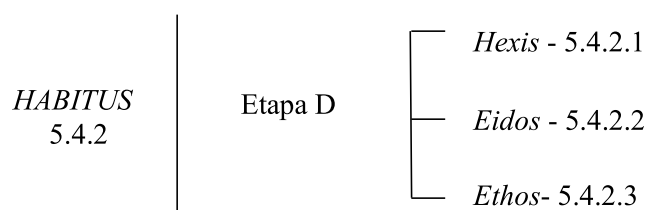
Dessa forma, conclui-se a análise da lógica do campo e a próxima seção trata especificamente das disposições do *habitus* que influenciam no campo.

¹⁵ Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários - AGHU é um software utilizado pelo HU/UFJF/Ebserh para o registro de atividades assistenciais e administrativas implantado em julho de 2012 (PDE 2019/2022 HU-UFJF/Ebserh, 2018).

5.4.2 Análise das disposições subjetivas (habitus) - Etapa D

Segundo Thiry-Cherques (2008), a análise do *habitus* permite evidenciar quais as disposições, ou seja, quais elementos são valorizados em um determinado campo e o seu peso, o que implicaria uma ordem para entrar e permanecer no campo. Para o autor, *o habitus* possui duas perspectivas de análise, a inercial, que é a relacionada à herança e a dinâmica, influenciada pelo mundo social, constituída pelas estratégias e a conduta presente dos agentes. O *habitus* foi analisado por meio de três subcategorias - Figura 24.

Figura 24 - Subcategorias que representam o *habitus*



Fonte: elaborada pela autora, 2021

A Tabela 20 traz as unidades de significação que permitiram identificar o *habitus* dos agentes enfermeiros e médicos.

Tabela 20 - Subcategorias que representam o *habitus*

Enfermeiro					Médico				
Categoria	Subcat	Tema	fi	%	Subcat	Tema	fi	%	
<i>Habitus</i>	<i>Hexis</i>	Integração ao Grupo	21	100	<i>Hexis</i>	Integração ao Grupo	16	100	
		Total	21	100		Total	16	100	
	<i>Eidos</i>	Autonomia	21	100	<i>Eidos</i>	Autonomia	12	100	
		Total	21	100		Total	12	100	
	<i>Ethos</i>	<i>Ethos</i>	Tomada de Decisão	35	62,5	<i>Ethos</i>	Tomada de Decisão	23	42,6
			Procedimentos Formais	14	25		Procedimentos Formais	31	57,4
			Procedimentos Informais	07	12,5				
		Total	56	100		Total	54	100	

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Observa-se na tabela que praticamente os temas entre os agentes enfermeiros e médicos são iguais, à exceção de procedimentos informais que não foram evidenciados para os médicos na subcategoria *Ethos*.

5.4.2.1 *Hexis*

A primeira subcategoria, a *hexis*, é uma das disposições que compõe o *habitus* e se relaciona ao que é adquirido e incorporado pelo corpo, como as posturas, gestos, os gostos. Segundo Thiry-Cherques (2008, p.191), “[...] o corpo está no mundo social, mas o mundo social também está no corpo sob a forma da *hexis*”.

Buscou-se identificar a *hexis*, perguntado aos sujeitos de pesquisa o que eles percebiam quanto à postura, maneira de vestir e falar ou gosto que influenciasses na integração ao grupo. Na visão dos enfermeiros, pode se inferir, após as entrevistas realizadas, que eles não conseguem apontar de uma forma objetiva a *hexis* presente no contexto de trabalho, sendo no geral uma análise mais ampla e é nítida a formação de grupos na percepção do RJU (TAE), conforme demonstrado no Quadro 19.

Quadro 19 - A *hexis*, na percepção do enfermeiro, impacta a formação de grupos?

Nº	Vínculo	Entrevistado	<i>Hexis</i>			Comentário do Entrevistado
			Sim	Parcial	Não	
1	RJU (TAE)	Agnes	X			A diversidade de origens de profissionais ocasionou a formação de muitos subgrupos.
2	RJU (TAE)	Brittes	X			Culturas diversas. Hoje no HU tem gente do Brasil inteiro, o que formam grupos.
3	RJU (TAE)	Dimitri	X			Todas as corporações estão se relacionando em gavetas separadas.
4	RJU (docente)	Ella			X	A forma de se posicionar, falar e interagir determina a formação de grupos, mas não percebe no HU.
5	RJU (docente)	Gaia			X	Não consegue identificar se formam grupos. Na enfermaria, por exemplo, muitos usam uniformes.

6	Ebserh	Ceres		X		A formação de grupos não se deve tanto à questão da diversidade cultural, mas sim de idade e questões de vida pessoal.
7	Ebserh	Franco		X		No início, tinham mais grupos. Hoje não vê muito forte, mas a questão econômica é mais visível.
8	Ebserh	Heidi		X		Não percebe com tanta intensidade na sua realidade de trabalho que é o HU Dom Bosco.
9	Ebserh	Ivy		X		Acredita que influencia um pouco.
10	Ebserh	Justine			X	Percebe que é externo ao ambiente de trabalho.
11	Ebserh	Karin		X		Na enfermagem não muito, mas acredita que o fator nível de formação possibilita a integração.

Fonte: elaborado pela autora, 2021

Algumas reflexões adicionais são importantes, além dos comentários constantes no quadro, como, por exemplo, as de Agnes e Brittes que focam logo no início da gestão Ebserh, quando houve um ingresso expressivo de profissionais da Empresa provenientes de vários estados do Brasil, portanto, com diferentes costumes e formação, o que implicou na criação de subgrupos no HU e dificultou a integração, surgindo os conflitos daí decorrentes, devido à questão cultural.

Franco também avalia que a formação de grupos foi mais evidente no início e, hoje, já passados cinco anos, já não vê tão forte, dado que os fundamentos de identificação com os grupos se modificaram. O que percebe mais visível é o critério econômico por categorias, ou seja, terceirizados, ensino médio e superior definindo os grupos. Karin, do mesmo modo, avalia que alguns grupos são formados por profissionais de mesmo nível de formação: “[...] a gente nem sente não, quando a gente vê, a gente sabe o porquê. Porque costuma ter o tipo de conversa desenvolvida de uma maneira muito parecida”.

Ceres apresenta uma percepção interessante, pois apesar da formação de grupos distintos, devido às origens dos profissionais, o trabalho é realizado, como se depreende na sua fala: “Só que eu percebo também que quando eles querem trabalhar em equipe, apesar de serem

distintos, conseguem fazer um bom trabalho” e para ela, portanto, não definiria a equipe como um todo.

Apesar de Heidi não enxergar de forma acentuada a formação de grupos, diz que isso pode ser devido à realidade em que trabalha no HU Dom Bosco, em que percebe que as relações são mais fáceis do que em uma unidade de internação, como a Unidade HU Santa Catarina: “Tem todo um contexto de ...e ainda tem mais TAE. Todo um contexto. A internação é mais complicada, têm regimes muito diferentes. Um pode fazer isto e o outro não pode.”

Já para a maioria dos médicos não há a percepção de formação de grupos devido a *hexis*, conforme mostra o Quadro 20.

Quadro 20 - *A hexis*, na percepção do médico, impacta a formação de grupos?

Nº	Vínculo	Entrevistado	<i>Hexis</i>			Comentário do Entrevistado
			Sim	Parcial	Não	
1	RJU (TAE)	Amir	X			Não é uma situação particular do HU, mas não é muito ostensiva.
2	RJU (docente)	Brina			X	Há muito trabalho, por isso é raro parar para conversar.
3	RJU (docente)	Ciro	X			O setor é como uma ilha no HU. Há um comportamento, atitude e modo de vestir diferenciados.
4	RJU (docente)	Dafne			X	Um grupo que todos fizeram faculdade de medicina, brancos, classe média e a maioria heterossexual. Ambiente muito homogêneo.
5	Ebserh	Esdras			X	Os grupos se formam por questões de trabalho. No HU é similar ao cotidiano.
6	Ebserh	Filip			X	Não vê privilégios em relação aos pares. A diversidade que existe no HU pode ser por escolha da gestão.
7	Ebserh	Gael			X	Os grupos se formam por questões técnicas e profissionais.
8	Ebserh	Hera			X	Os grupos se formam mais pela convivência e área de trabalho.
9	Ebserh	Isla			X	

10	Ebserh	Jian	X			Hoje vê o grupos se formando por questões políticas.
11	Ebserh	Kristen			X	

Fonte: elaborado pela autora, 2021

Ao se analisar os comentários dos entrevistados, é possível chegar à conclusão de que na área médica não há uma percepção de que a *hexis* impacta na formação de grupos. Uma das explicações pode-se buscar no que a docente Dafne avalia sobre a homogeneidade do grupo.

[...]eu posso dizer isso porque na verdade existe, mas é um grupo que todas nós estudamos, fizemos faculdade de medicina, somos brancas, classe média, a maioria heterossexual. Então é fácil a gente estar ali [...]. Eu gostaria de ter um ambiente mais heterogêneo e poder saber que a gente vive bem integrado nessa questão de ter pessoas de origem diferentes, de possibilidades diferentes, de formações (DAFNE).

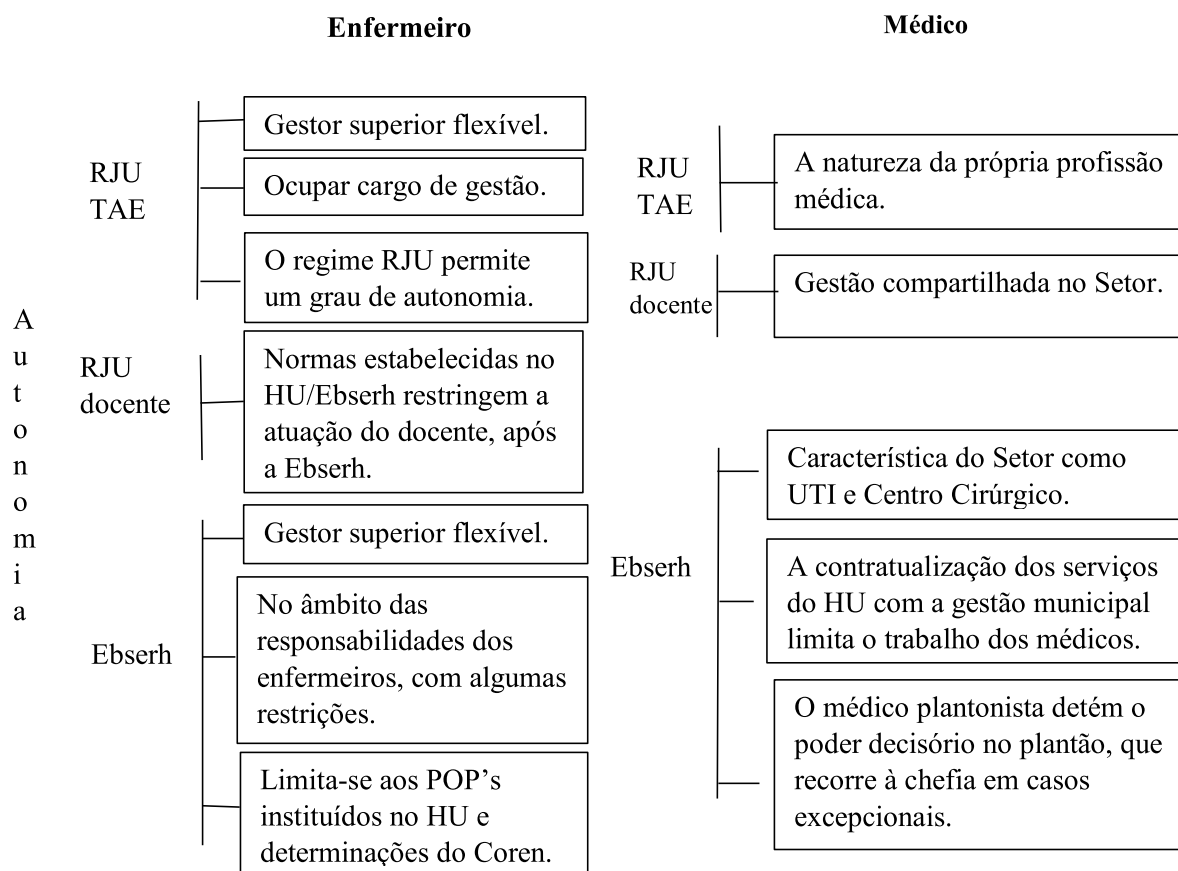
5.4.2.2 *Eidos*

O *eidos* é a disposição do *habitus* que busca apreender a forma de pensamento específico no campo, ou seja, como a realidade é assimilada pelos agentes e a crença nele presente. O *eidos*, por conseguinte, está relacionado a análise do *nomos*, a lei informal do campo. Segundo Thiry-Cherques (2008), o *eidos* refere-se a esquemas lógicos e manifesta na conduta dos agentes, por exemplo, por meio do formalismo, da adesão ao regimento, da pontualidade.

Para conhecer o *eidos*, procurou-se descobrir qual era a interpretação dos enfermeiros e médicos sobre a liberdade e os limites de sua autonomia no campo, considerando os aspectos citados, quanto ao formalismo e ao regimento adotados pela gestão Ebserh. Assim na subcategoria *eidos*, foi evidenciando um tema central, a autonomia, conforme apresentado na Figura 25.

Em relação aos enfermeiros, pode-se destacar dois pontos. O primeiro deles é que se evidencia, a partir das falas dos entrevistados, que o RJU (TAE) possui um grau maior de autonomia em relação aos demais devido à relação com a chefia e ao próprio vínculo. Já para o RJU (docente) ela se limita às normas e regulamentos. A docente Gaia diz o seguinte: “Eu não tenho autonomia nenhuma enquanto professora mais” [...] Tudo eu tenho que me reportar a alguém do setor para fazer prá mim. Ou o secretário, ou o médico, ou o enfermeiro. [...] A minha senha é limitada só para atender os pacientes”.

Figura 25 - Possíveis motivos (ou não) da autonomia



Fonte: elaborada pela autora, 2021

O segundo é que os enfermeiros da Ebserh relatam uma autonomia relativa, em razão da maior parte das decisões vir do médico e a se limitarem ao que está prescrito nos procedimentos operacionais padrões (POP's) e no âmbito das suas funções privativas da enfermagem.

Quanto aos médicos, dos 11 entrevistados, 10 relataram que a possuíam e somente Filip diz que não tem, entretanto faz essa avaliação em um aspecto macro, em relação à contratualização dos serviços do HU com a gestão municipal.

A gente não tem autonomia, pelo contrário, a gente foi muito tolhida nos últimos três anos por conta de um contrato assistencial que a gestão fez. E nós éramos uma das áreas que mais produzia em termos médicos. Então, produzia em quantidade, produzia em qualidade, era um centro de referência. Uma residência de referência, então a gente estava publicando e tinha um alto índice de satisfação de participação (FILIP).

5.4.2.3 Ethos

Segundo Thiry-Cherques (2008), o *ethos* é uma das disposições do *habitus* que se relaciona a aspectos de natureza prática, não conscientes e que definem os valores e a moral dos agentes no campo. Os temas evidenciados no *corpus* da subcategoria *ethos* foram: i) tomada de decisão; ii) procedimentos formais e iii) procedimentos informais, que se desdobram em subtemas, dos quais foram selecionados aqueles com $fi \geq 5$ para a análise dos fatores determinantes dessa disposição no HU, como mostrados na Figura 26.

Figura 26 - Percepção do enfermeiro e médico sobre os aspectos determinantes do ethos

	Enfermeiro	Médico
E t h o s	Tomada de Decisão (fi 35) 62,5%	Tomada de Decisão (fi 23) 42,6 %
	Equipe multiprofissional (fi 25)	Equipe multiprofissional (fi 18)
	Procedimentos Formais e Informais(fi 21) 37,5%	Procedimentos Formais (fi 31) 57,4%
	Procedimentos formais - Normas e Rotinas (fi 06)	Procedimentos formais - Normas e Rotinas (fi 12)
Procedimentos formais - Estrutura Organizacional (fi 05)	Procedimentos formais - Estrutura Organizacional (fi 12)	
Procedimentos Informais (fi 07)	Procedimentos formais - Sistema de Referência do SUS (fi 05)	

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Nota-se que os temas e subtemas são praticamente os mesmos para ambos os agentes, à exceção dos procedimentos informais que não foram citados pelos médicos e estes informaram o sistema de referência do SUS. A equipe multiprofissional foi o subtema mais apontado pelos sujeitos de pesquisa em relação ao *ethos* ao serem perguntados como avaliam as decisões sobre procedimentos de cuidados aos pacientes na perspectiva de serem programadas e discutidas com a equipe. Dos agentes enfermeiros e médicos foram recortadas as seguintes respostas sobre esse subtema, permitindo, assim, a comparação entre eles.

Quadro 21 - As decisões sobre procedimentos de cuidados aos pacientes são programadas e discutidas?

Enfermeiro			Médico	
Nº	Agente	Resposta	Agente	Resposta
1	Agnes	Eh, eu acho que sim e acredito nisso.	Amir	É, eu acho que nesta parte o setor falha um pouco, entendeu. Realmente, não tem tido muita reunião para discutir este tipo de coisa, não. Eu sei que tem, assim, dos enfermeiros com os técnicos, isto periodicamente acontece.
2	Brittes	[...] hoje não sei te falar não, porque no ambulatório não tem tanto procedimento.	Brina	Só tinha enfermeira, e a enfermeira, nas reuniões e nas visitas, ela tinha atuação de discussão.
3	Dimitri	Não. Determinado pelo médico e ponto.	Ciro	O tempo inteiro. O tempo inteiro. A gente faz isso diariamente, inclusive tem um horário reservado pra isso.
4	Ella	Sim. Eu não via um profissional sobressaindo, a decisão de um profissional sobressaindo sobre as decisões dos demais profissionais, não.	Dafne	Sim, é tudo conectado e tudo colegiado, é tão bom porque uma coisa que você não percebeu o colega percebeu.
5	Gaia	Não. [...] e a percepção que eu tenho é que alguma pessoa decide protocolo sem discutir com ninguém e impõe.	Esdras	Seria até bom relatar que essas discussões, as duas reuniões/discussões que são feitas diariamente, uma delas, ela é multidisciplinar.
6	Ceres	Não são programadas. Pelo menos, eu não vivenciei a programação e a discussão ainda. Não tenho isso aqui no momento.	Filip	São.
7	Franco	Então, aqui a nossa discussão é muito rápida. [...] a nossa parte aqui é mais operacional, a gente discute o caso muito rápido [...].	Gael	Então, antes da pandemia, nós tínhamos exatamente uma questão que, toda sexta-feira, né, após o ambulatório da manhã nós nos reunimos.
8	Heidi	No ambulatório, eu vejo pouca inserção da enfermagem nisto.	Hera	Periodicamente não. A gente tem discussões ao longo do ano, mas não é uma coisa assim programada não.
9	Ivy	Sim, sim, no momento agora [pandemia] a gente vive isso, né?	Isla	A gente acaba não tendo tanta discussão multidisciplinar.
10	Justine	São, de vez em quando, a gente faz reuniões, entendeu?	Jian	Aí vai variar muito, por exemplo, se é um paciente cirúrgico, que precisa de uma boa avaliação pré-anestésica [...]
11	Karin	Dessa parte, não.	Kristen	Geralmente, é grupo. Não vou falar que é um grupo tão grande que incluía sempre o fisioterapeuta, o enfermeiro e tudo, mas entre os médicos das especialidades, geralmente todos os casos são sempre bem discutidos [...]

Fonte: elaborado pela autora, 2021

Pode-se notar que dos 11 entrevistados enfermeiros, apenas 02 avaliaram a existência de multidisciplinaridade, sem ressalvas, sendo um RJU (Agnes) e um docente (Ella). Observa-se, por exemplo, que Ivy a relaciona ao momento atual da pandemia. Além disso, cabem algumas considerações adicionais a respeito. Por exemplo, Agnes em sua fala diz que hoje existe, de fato, trabalho multidisciplinar devido ao ingresso de pessoal da Ebserh, pois anteriormente constava, na maioria das vezes, no papel: “[...] ele existia na teoria, mas a gente não tinha gente para trabalhar isso”.

Destaca-se um aspecto importante na percepção de Ivy que é relacionado ao momento pandêmico que exigiu programação e discussão dos cuidados aos pacientes o que impactou na valorização da profissão. Karin também compartilha a visão de que o trabalho nos setores destinados ao tratamento da Covid é programado e discutido.

Sim, sim, no momento agora a gente vive isso, né? [...] Tá sempre programando, discutindo, vendo o que é o melhor. [...] é um momento da gente mostrar o quanto é importante a nossa atuação, a valorização como profissional. Tem sido uma coisa bem interessante (IVY).

Quando trabalhei na Covid, existia discussão de casos dos pacientes para poder alinhar assistência (KARIN).

Para Dimitri não existe equipe multidisciplinar e os profissionais estão caminhando em paralelo, entretanto, há uma especificidade em relação ao trabalho entre o enfermeiro e o médico “Na assistência, o problema é que o médico e o enfermeiro trabalham tão próximos e as suas relações de assistência se entrelaçam tanto que há mais conflitos aí por isso [...]”. Já Heidi analisa que a multidisciplinaridade tem relação ao tipo da especialidade e enxerga pouca inserção da enfermagem. Quando perguntada, então, se é pelo tipo da doença crônica que se formam as equipes, avalia que “É pelo tipo da doença, vontade da chefia, interesse da chefia de buscar um ambulatório multi. Depende de vários fatores”.

Os médicos já possuem uma avaliação mais positiva quanto ao trabalho multidisciplinar, dado que 06 entrevistados dizem que são realizadas discussões sobre procedimentos de cuidados aos pacientes, no entanto, observa-se que há pouca participação da enfermagem, podendo-se inferir que elas ocorrem entre a equipe médica.

Amir diz que no seu Setor não acontecem reuniões com a maioria do grupo, mas vê que elas ocorrem entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem. Hera traz um outro aspecto, que é da política de marcação de consultas, e não relacionada diretamente à gestão Ebserh, mas que dificulta o trabalho multidisciplinar.

“Eu preciso do endócrino, aí você vai, encaminha para a endócrino.[...] A pessoa tem que levar no Pam Marechal a ficha para ela marcar para cá, nem sempre vem. Então, assim, porque justamente não tem a marcação direta. Algumas especialidades permitem que a gente vá lá e marque direto, mas a grande maioria precisa ser via Pam Marechal (HERA).

No Setor [...], por exemplo, pode-se inferir, com o relato de Esdras, que é prática a multidisciplinaridade, participando das decisões, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos. Já no [...], pela sua própria natureza, não há uma prática de discussão, segundo o que diz Jian.

Já vem a decisão tomada, entendeu? Porque quem indica a cirurgia, quem indica o procedimento é o cirurgião. Nem a gente contesta porque é o seguinte: é indicação dele, está baseado na [...]. Ele tem que operar por causa disso e disso; o paciente está sangrando; ele está com infecção, ele tem que operar com [...], ele tem que conter sangramento. A indicação cirúrgica é sempre do cirurgião, entendeu? E principalmente nos procedimentos de urgência. Nos eletivos, aí, realmente existe toda uma avaliação antes feita pelo médico aqui da minha área e se aí julgar necessário, olha eu estou com um parecer de uma outra especialidade, entendeu? **Então, assim, até que a enfermagem para isso não existe essa ... não é que é importante, não. É porque não existe meio de campo para ela** (JIAN) (grifo da autora).

Kristen, ao ser perguntada se a decisão sobre um procedimento é discutida em grupo ou se prevalece a opinião do médico, esclarece que quando pacientes internados, as condutas são discutidas pelo menos com outros médicos.

Algumas vezes, igual lá no [...], a reunião inclui o fisioterapeuta, inclui o chefe de enfermagem, mas nos ambulatórios, existem também discussão com os médicos. Então, o residente traz o caso, aqueles médicos docentes ou Ebsersh tão ali, eles escutam o caso e definem a conduta (KRISTEN).

Ao ser questionada se esse procedimento era discutido com os enfermeiros diz que em algumas reuniões eles participavam nas seguintes situações:

[...] esse paciente vai ter que fazer esse tal procedimento, não sei o quê, o enfermeiro tava lá, ele dava a opinião. Oh, acho que esse paciente não vai aguentar porque essa noite aconteceu isso e isso, então, algumas vezes o enfermeiro participava dessas discussões. Falar que com todo o paciente que vai discutir uma abordagem, a enfermagem participa, não (KRISTEN).

Para o médico Gael, há no seu ambulatório a prática de discussão e uma boa relação com a equipe: “Eu sempre trabalhei com profissionais de outras áreas, então em relação à

enfermagem, dentro do meu serviço, eu não vejo problema em relação a isto não, porque elas têm o espaço, elas participam, a gente discute no mesmo nível os casos.”

Isla, ao ser questionada se percebe a existência de especialidades mais propícias à multidisciplinaridade, diz que sim, e que a própria Ebserh, por meio do curso de preceptoria, vem fomentando essa forma de trabalhar para todas as áreas assistenciais, não só para os médicos.

Sim. A gente vê que as equipes médicas que estão voltadas para a área clínica, por exemplo, a endócrino, a pneumo, elas acabam tendo uma relação multidisciplinar muito maior em relação com a equipe da nutrição, relação maior com a equipe da farmácia (ISLA).

Isla traz também uma questão importante sobre a aderência ao trabalho multidisciplinar, ao relatar que as outras áreas costumam ter mais interesse a ele do que as equipes médicas, dado que os médicos possuem uma carga horária de 24 horas semanais e a enfermagem, por exemplo, 36h.

Então algumas pessoas, a enfermagem, a nutrição, as outras, a outra parte assistencial, todo mundo não médico tem uma carga horária um pouco maior do que a carga horária médica. Então, a maioria das pessoas trabalham só no HU. Uma ou outra faz um plantão fora, tem outro tipo de vínculo. Então, isto traz a minha percepção de que as pessoas se envolvem mais, elas têm um pouco mais de interesse de usufruir desse tempo para fazer curso, para poder tentar fazer aquelas coisas que vão trazer planos para o “Crescer por Competência” (ISLA).

O tema procedimentos formais e informais foi evidenciado quando questionado aos sujeitos de pesquisa quais procedimentos que ocorriam naturalmente no ambiente de trabalho e deveriam ser revistos. No âmbito da enfermagem, pode-se iniciar com o que Brittes avalia: “Tem muita norma que tem que ser revista. [...] A Ebserh é muito burocratizada. Criou-se muitas normas, rotinas, mas a execução do processo não acontece. Quando perguntada novamente diz que “[...] estou falando no geral, não estou falando da enfermagem, não.” Assim, voltou-se para analisar o que mais foi dito sobre os subtemas estrutura organizacional, normas e rotinas ao considerar que é um ponto focal devido ao novo modelo de gestão da Ebserh.

Eu acho que a Ebserh fez tudo muito certo no papel, o que está faltando pra eles é avaliar todas as ferramentas. [...] Avaliação de competência não avalia nada. É só formalidade e é só uma ferramenta pra dificultar nossa vida ainda aqui, porque é uma ferramenta competitiva da progressão do funcionário (FRANCO).

Aqui tem uma equipe que monta o fluxograma *bizagi*. Você já ouviu falar? Quase tudo virou fluxo. Quase tudo aqui é fluxo. Eu não consigo perceber assim alguma coisa. [...] alguma coisa gritante que aconteça que não tenha *bizagi* ou que não tenha POP. Eu não consigo imaginar (HEIDI).

[...] nós que somos da Faculdade de Enfermagem, que temos os nossos protocolos, a gente ensina uma coisa na Faculdade e quando chega no HU o protocolo é totalmente diferente (GAIA).

Nota-se, portanto, apesar das normatizações advindas com a Ebserh, que há um distanciamento entre o que foi previsto no modelo e o que de fato ocorre. Uma das causas possíveis de se inferir é o tempo transcorrido entre o início da gestão e o necessário para se atingir a efetividade. A estrutura organizacional continua sendo questionada, mesmo com a gestão Ebserh pois, de acordo com Dimitri, há uma estrutura de poder permeando as relações, e de Gaia, um dimensionamento inadequado de pessoal.

Esta estrutura que ficou naturalizado de que o médico, principalmente, o chefe do serviço manda e o resto obedece que se naturalizou, isto tem que acabar. É tão incômodo isto que eu vejo médicos, principalmente, da Ebserh, não só, mas principalmente da Ebserh, simplesmente assim desmotivados quanto a isto (DIMITRI).

Antes eu achava que faltava gente. Então assim, eu falava ‘nossa gente, a assistência é ruim porque falta gente’. Hoje, eu acho que a assistência é ruim porque tem muita gente (GAIA).

No subtema procedimentos informais evidencia-se a lacuna entre o previsto e o real. Agnes diz que “Isso acontece. [...] E aí, a gente procura o chefe do serviço e vamos discutir [...]”. Para Ceres, a enfermagem assume muitas funções de apoio administrativo que não fazem parte da sua atribuição “A gente perde muito tempo que poderia estar junto ao paciente, avaliando a condição do paciente ou fazendo o procedimento com estas questões”.

Como já mencionado, os agentes médicos focaram nos procedimentos formais. A docente Dafne traz a questão de se estabelecer como norma e rotina, uma equipe fixa, composta por médico e enfermeiro, para as visitas hospitalares, já que a especialidade em que atua é responsável por muitos ambulatorios. “Só enfermagem, aí a gente poderia fazer as decisões colegiadas da mesma forma assim, reuniões. Ele faz parte da equipe”.

Filip aponta o Sistema de Referência do SUS, que é um processo de encaminhamento dos pacientes da rede, como passível de revisão, pois há encaminhamentos para o HU que poderiam ser solucionados de outra forma. “Poderia ser resolvido em qualquer lugar, acaba que

manda para o HU porque os gestores e judiciário, eles confiam no HU, entendeu? Quando na verdade, você tem que estimular que todos participem da solução dos programas do SUS”. Gael também faz menção a esse sistema, no sentido de que haja um acesso mais adequado do paciente ao HU.

[...] eu gostaria de ter acesso a agenda que a Prefeitura utiliza para ela tá marcando essa pessoa. [...] porque a Prefeitura marca lá e eu não sei o que a Prefeitura marcou [...]. Então, se nós daqui tivéssemos acesso a esta agenda, a esta marcação que a Prefeitura faz, nós poderíamos estar fazendo um vínculo com essa paciente falando: ‘Olha, nós não vamos atender dia tal, por isto e por isto e nós vamos estar te remarcando, mas a gente não fica sabendo’ (GAEL).

Hera também questiona a estrutura organizacional da Ebserh e diz que vê uma inefetividade de algumas áreas, visto que o hospital admitiu profissionais, na expectativa de inauguração do HU, que está em construção. Assim, há cargos de especialidade que foram remanejadas para outras áreas. Cita, por exemplo: “Não é que não tem casos oncológicos, tem, mas ele não tem o ambulatório porque o prédio não foi feito e não existe aquele ambulatório regulamentado.” Dessa forma, para Hera, há um desequilíbrio no quadro de pessoal, uma vez que o quantitativo, hoje, para atuar no HU estaria confortável. O que se nota, entretanto, é que algumas áreas estão com poucos profissionais e outras aguardando a liberação das atividades no hospital.

Jian também critica a estrutura organizacional do HU e diz que há uma limitação física, quando perguntado se há procedimentos que ocorrem naturalmente e deveriam ser revistos.

Na verdade, teria, mas é que nós estamos limitados hoje em dia. Temos pouca sala cirúrgica, o nosso hospital hoje é um hospital limitado porque ele é pequeno, está cheio. Tanto que a gente sempre discute que um dia quando o hospital novo ficar pronto vai mudar completamente o hospital. Acho que nossa limitação realmente física ela realmente ela contribui muito para que a gente possa se desenvolver mais, entendeu? (JIAN).

Segundo Jian, além da limitação física que impede uma atuação de maneira mais inovadora, há uma questão relacionada à chefia da sua unidade, pois na prática existem duas: uma prevista na estrutura e uma referência técnica médica, mas que não é formalizada.

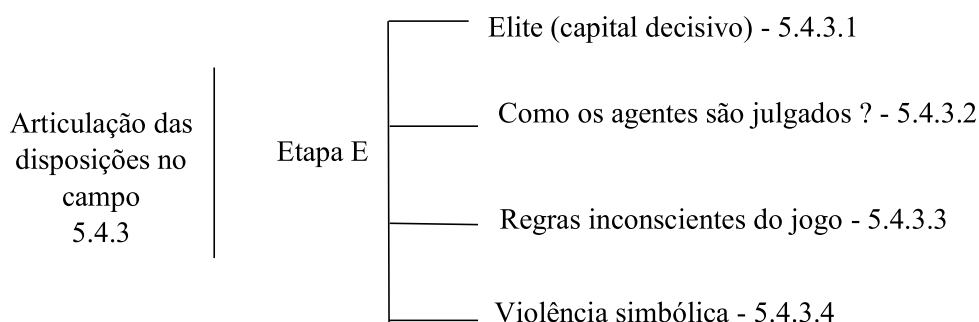
A próxima seção, segundo Thiry-Cherques (2008), analisa as regras que determinam as posições e permite chegar ao mapeamento do campo e a construção de uma matriz relacional corrigida da articulação das disposições entre as posições, ou seja, a estrutura na prática.

5.4.3 Disposições - Construção de uma matriz relacional - Etapa E

As posições no campo são estabelecidas de acordo com o *habitus*, os capitais e as estratégias dos agentes no campo. Entretanto, o ponto fundamental é compreender como se dá a correlação entre os capitais, ou seja, quais os princípios de diferenciação, como determinados componentes determinam o capital decisivo (THIRY-CHERQUES, 2008).

Assim quatro subcategorias de análise foram estabelecidas considerando, portanto, as questões fundamentais para a análise da articulação entre as posições, conforme mostra a Figura 27.

Figura 27 - Subcategorias que representam a articulação das disposições no campo



Fonte: elaborada pela autora, 2021

Essas subcategorias foram analisadas de acordo com os temas da Tabela 21 e permitiram a construção de uma matriz relacional corrigida, ou seja, a estrutura real que distancia, em parte, do organograma institucional.

Tabela 21 - Subcategorias que representam a articulação das disposições no campo

Agente		Enfermeiro			Médico		
Categoria	Subcategoria	Tema	fi	%	Tema	fi	%
Disposições	Elite (Capital Decisivo)	Tomada de Decisão/Assunto	17	100	Tomada de Decisão/Assunto	13	100
		Total	17	100	Total	13	100
	Como os Agentes são Julgados	Avaliação Desempenho Formal	15	65,2	Avaliação Desempenho Formal	22	96
		Avaliação Desempenho Informal	8	34,8	Avaliação Desempenho Informal	01	4
		Total	23	100	Total	23	100
	Regras Formais	19	76	Regras Formais	24	83	

	Regras Inconscientes do Jogo	Regras Informais	06	24	Regras Informais	05	17
						29	100
		Total	25	100	Total		
	Violência Simbólica	Tratamento Diferenciado	15	100	Tratamento Diferenciado	12	100
		Total	15	100		12	100

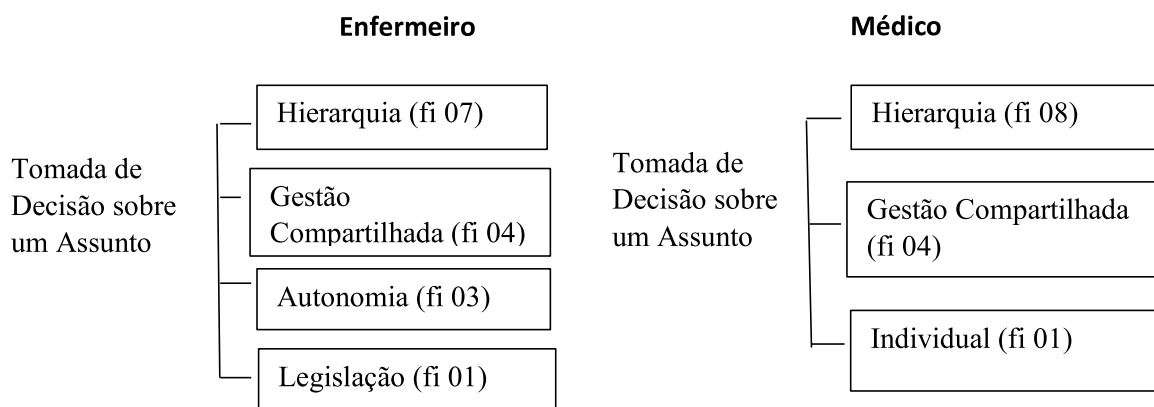
Fonte: elaborada pela autora, 2021

Esses temas serão discutidos nas subseções, a seguir, e também na análise da matriz relacional apresentada na subseção 5.4.4 - Síntese da problemática geral do campo.

5.4.3.1 Elite (capital decisivo)

Na subcategoria Elite (capital decisivo), ao se questionar qual cargo (posição) toma a decisão sobre um assunto, as respostas se basearam em cinco subtemas, vinculados ao tema “tomada de decisão sobre um assunto”, sintetizados na Figura 28.

Figura 28 - Fatores determinantes do capital decisivo na percepção do enfermeiro e médico



Fonte: elaborada pela autora, 2021

Nota-se que a hierarquia foi o subtema predominante para ambos agentes. Dos entrevistados, 07 enfermeiros e 08 médicos (que coincide com a frequência do *corpus*) afirmaram que cabia à chefia a decisão final.

Quadro 22 - Hierarquia

Enfermagem			Médico		
Nº	Agente	Resposta	Nº	Agente	Resposta
1	Brittes	Depende. Se for da enfermagem, pode ser eu. Se for do administrativo é a x, porque agora desvinculou. [...] a Ebserh criou chefia de cada serviço.	1	Amir	É o chefe de serviço.
2	Ceres	A chefia.	2	Ciro	Nós temos uma gestão compartilhada. Quando tem que bater o martelo, eu sou o responsável.
3	Dimitri	Chefia de serviço, que não é um cargo. É uma posição.	3	Dafne	Olha, nunca chegou neste ponto da gente discordar assim, às vezes tem uma ou outra coisa que uma prepondera, a outra cede, mas assim, em geral, a decisão final é minha porque eu sou chefe do serviço, mas não tomo uma decisão que fosse contra, até para eu tomar minha decisão eu ouço todas, né.
4	Ella	Bem, com relação à enfermagem é a direção de enfermagem, sabe?	4	Esdras	Se este assunto apareceu dentro da coordenação, no momento da reunião, muitas vezes, eu acho que a própria chefia da unidade que decide. Se acontecer uma situação que o chefe, às vezes, não está presente, quem vai definir, ali, vai ser o chefe do plantão.
5	Gaia	Aí, é o chefe da unidade.	5	Filip	Dentro do meu cargo de chefia, com responsabilidade do Setor, a decisão final de muitas coisas, ela é minha.
6	Heidi	As decisões mais impactantes são junto com esta coordenadora e a divisão de enfermagem.	6	Gael	Bem, normalmente, quando acontece esse tipo de coisa, recai sobre a chefia. Então, a chefia que vai tomar ali a decisão final e tudo mais. Mas, é sempre muito discutido, entendeu.
7	Ivy	Na enfermagem é a diretora de enfermagem.	7	Hera	Acho que é o chefe do departamento, no meu caso.
			8	Kristen	O chefe da Unidade junto com o superior dele.

Fonte: elaborado pela autora, 2021

Ao se comparar as respostas, observa-se que alguns médicos, mesmo apontando a chefia como a detentora da decisão final, devido à própria hierarquia prevista na estrutura organizacional, indicam que existe uma prática de gestão compartilhada. O médico Jian, por exemplo, diz que no seu setor quando há um intercorrência, os médicos que estão naquele caso

tomam uma decisão conjunta. Filip, entretanto, diz que “Na prática, cada médico toma a sua decisão e ele é responsável no cuidado daquele paciente. Dentro do meu cargo de chefia [...], a decisão final de muitas coisas, ela é minha.”

A gestão compartilhada também foi citada pelos enfermeiros, mas percebe-se uma predominância de percepção de tomada de decisão pela via hierárquica. O enfermeiro Franco menciona que, quando há uma intercorrência, o médico toma a decisão conjuntamente, em que a autonomia na decisão volta-se, aos limites dos saberes, contudo percebe-se a ascensão do médico. Já Justine e Karin avaliam que há uma decisão conjunta em relação à assistência ao paciente.

Então, depende[...] em relação ao paciente, se tem uma alguma intercorrência com ele, o médico toma essa decisão, juntamente com o enfermeiro, porque a gente tem que pensar na intercorrência propriamente dita, e tudo que envolve essa intercorrência, então o médico fica mais responsável pela condição clínica do paciente e eu mais responsável pela condição operacional (FRANCO).

Mas, é porque assim, com relação ao paciente, a decisão é muito conjunta. (JUSTINE).

Você fala na assistência? Ah, geralmente é a gente que é cobrado para poder tomar decisões. [...] houve um consenso ou tentar arrumar alguma alternativa (KARIN).

O tema Legislação foi citado pela enfermeira Agnes no sentido de lançar uma lente ao real papel do enfermeiro e mostrar que a sua responsabilidade não se restringe ao profissional técnico, mas a uma equipe de saúde em que as decisões sobre um determinado assunto devem ser compartilhadas.

Então, por isso que na nossa lei do exercício profissional fala que o enfermeiro é responsável pela equipe de saúde [...], mas as decisões, eu acredito têm que ser tomadas em equipe, não é a equipe que está atendendo? O médico não atende sozinho, o enfermeiro não atende sozinho, o fisioterapeuta não atende sozinho. Então eu acho que tem que ser em equipe (AGNES).

Segundo Agnes, a autonomia pode guardar uma relação estreita como a tomada de decisão, dado que é um atributo que competiria a todas as áreas, nos limites de suas competências.

Então, a autonomia ela tá em ambos os laudos. Talvez a gente fala que a autonomia, decisão ... aliás, qualquer decisão, quanto mais compartilhada,

melhor. Mais respaldada e mais adequada, [...] mesmo que ela não tenha autonomia decisória, ela tem obrigação de opinar e sugerir (AGNES).

5.4.3.2 Como os agentes são julgados?

As percepções sobre a avaliação apresentam distinções, tanto entre os agentes enfermeiros e médicos, quanto aos seus próprios vínculos, que pode ser explicado, em parte, pelos diferentes instrumentos utilizados. Para o RJU tem-se o Programa de Avaliação de Desempenho (Proades), para a Ebserh, o Programa Crescer por Competência e para o docente o Plano Individual de Trabalho Docente (PIT).

Na perspectiva dos enfermeiros, notou-se, no vínculo Ebserh uma crítica em relação à iniciativa da Empresa quanto à implementação da avaliação de desempenho por pares, dado que resultou em conflitos e a necessidade de ajustes. Já no regime RJU, há pontos de vista difusos, relatados por Agnes, Brittes, Dimitri, Ella e Gaia.

Agnes diz que é avaliada tanto pelo Proades quanto pelo Crescer por Competência, pois possui cargo de gestão na Ebserh e diz que são metodologias diferentes. Quando questionada em relação à avaliação pelos pares diz que o Crescer por Competência não atingiu o objetivo proposto e a informal “é doída [...] a crítica ao chefe ela é muito intensa”.

Na verdade, começou esse ano uma experiência de fazer um colega avaliando o outro. Não deu certo, não, porque é progressão. Vai que eu te avalio bem e o outro não me avalia. E aí você cresce e eu não cresço. Ou ganha e eu não ganho. Não deu muito certo, não. Aí fica com a chefia imediata (AGNES).

Brittes é avaliada pelo Proades e relata que não o vê como consistente, pois não há um acompanhamento em ciclos “Você tem o Proades, que você coloca as metas encaminha para a universidade. Acabou, acabou. Ninguém fala nada. Ninguém te dá retorno”. Dimitri não cita expressamente os programas, mas frisa a sua avaliação informal dos pares como sendo positiva “[...] hoje eu gozo de uma certa respeitabilidade dos colegas, uma certa condição de bom relacionamento indistintamente e independentemente de vínculo [...].”

A docente Ella faz uma observação interessante pois diz que “Porque no meu caso como eu ainda tô em estágio probatório acaba que acontece” e a informal ocorre naturalmente quando recebe os *feedbacks* dos seus colegas e alunos e esses são positivos. A docente Gaia também relata a avaliação pelos alunos ao final dos períodos, tanto em relação à disciplina enquanto professora e, posteriormente, a discussão em departamento. A informal, no HU, entende que

“[...] eu acho que eu tenho um viés de avaliação porque a maioria das pessoas que estão lá foram meus alunos. A maioria dos enfermeiros, então as meninas falam: ‘*a professora*’, então a minha avaliação é positiva por conta disto”.

Em relação aos funcionários da Ebserh, percebe-se na fala de Franco, que apesar de não ter um cargo formal de chefia, assume parte dessa atribuição e pontua em relação à sua avaliação que “ Só que tem o ‘Crescer por Competência’, hoje, que é o chefe de unidade que faz a avaliação. [...] agora, a avaliação da minha equipe em relação a mim, hoje não existe nenhum instrumento para eles avaliarem a minha liderança aqui [...]”. Relata, também, que a avaliação por pares não foi bem implementada, pois era sorteio, não se conhecia o profissional e tornava-se mais uma competição.

Heidi relata que “Eu sou avaliada mesmo. A gente tem avaliação de desempenho pelo Crescer por Competência.” Diz que a avaliação por pares foi muito polêmica e que houve suspensão durante o processo. Quanto à informal enxerga como positiva dado o seu perfil de mediadora de conflitos. Ivy pontua que há o “Crescer por Competência” e explica a sua metodologia, porém quando perguntada sobre a sua efetividade, a periodicidade da equipe se encontrar e dialogar, responde “Sim, a gente costuma. A equipe demanda muito. A equipe demanda muito, até solicita bastante reuniões e a gente está sempre fazendo isso com a equipe.”

Justine diz que é avaliada pelo “Crescer por Competência” e quando perguntada sobre a periodicidade diz que é uma vez ao ano, portanto não há acompanhando por períodos e quanto à informal é mais discreta. Karin diz que tem uma avaliação em relação à meta, e que estas acontecem 03 vezes ao ano. Quando perguntada se há um diálogo com a chefia, diz que no ambulatório era chamada, mas como trabalha na Unidade Santa Catarina acredita que seja pelos registros dos pacientes. “Por exemplo, eu acredito que elas olhem os registros que nós preenchemos, estas coisas para saber o que estamos cumprindo, dentro da meta”. Ceres relata que teve conversas informais, mas que não foi avaliação formal e percebeu que a sua atuação até o momento tinha sido satisfatória.

De forma geral, pode-se inferir, mediante os relatos dos enfermeiros, que a avaliação de desempenho é um processo de implementação complexo e que não apresenta uma convergência de entendimentos dos agentes dos vínculos Ebserh e RJU sobre a sua consistência, efetividade e resultados.

Do ponto de vista dos médicos, também, identifica-se opiniões similares às dos enfermeiros, havendo relatos de que o programa de avaliação por pares não foi bem planejado e conduzido devido a sua metodologia.

Amir, que é médico TAE, explica que há uma avaliação feita anualmente, o Proades, diferente do programa da Ebserh: “Eu sei que eles têm. É bem diferente do nosso, mas não sei te dar detalhes. O nosso é o Proades, que é feito anualmente. Tem sido feito.” Brina, diz que, como docente não tem avaliação no HU, pois a sua avaliação é diferente, feita por meio do Plano Individual de Trabalho Docente (PIT) na Faculdade de Medicina.

O docente Ciro, que tem cargo na Ebserh, também comenta que a avaliação de desempenho “Crescer por Competência”, atualmente denominada “Gestão de Desenvolvimento por Competência” trouxe conflitos, quando perguntado como e quem o avaliava, relatou que “A avaliação ela é feita pelo superior e esse ano passado deu um problema danado lá, por causa dessa avaliação pelos pares. Ih, mas olha, a Ebserh teve que voltar atrás.”

De acordo com os relatos dos médicos da Ebserh, nota-se uma falta de clareza do processo de avaliação, principalmente quanto a sua periodicidade e efetividade. Filip critica a falta de feedback e diz que o processo é protocolar, como também Gael. Hera diz que a avaliação é contínua “[...] acho que é a cada 04 meses, não sei, não lembro qual a periodicidade [...]”. A sua percepção é a de que é um momento para parar e realizar a autoavaliação e ser avaliada pelo chefe. Isla diz que a sua avaliação é a formal, no âmbito do “Crescer por Competência” e ela ocorre por períodos, sendo a pontuação anual. Jian acha que é uma avaliação anual e não a vê como um processo contínuo e de retroalimentação.

Kristen também relata o problema da avaliação por pares, que não funcionou. Para ela, mesmo a avaliação da chefia não tem bons resultados e apresenta do seu ponto de vista, os motivos.

[...] eu notei no setor administrativo, a chefia tem mais consciência dessa avaliação, da importância dessa avaliação, na parte médica não tem. [...] Tá muito focado no procedimento, na questão da cirurgia, tem que operar quantos, eu tenho que atender quantos, eu tenho que produzir quanto, eu tenho que fazer pesquisa tal, ele não quer saber de papelada, quer que alguém resolva isso para ele, né. O que a direção quer que eu faça, que ele me cobra que eu faça, o meu setor tá funcionando, não está estagnado, a gente está atendendo a quantidade de pessoas que querem, os procedimentos estão sendo feitos, o dinheiro está entrando no hospital, pronto (KRISTEN).

5.4.3.3 Regras inconscientes do jogo

Para conhecer essas regras, segundo Thiry-Cherques (2008), há que se fazer uma interpretação, pois elas não são obtidas diretamente das respostas dadas. Assim, a análise ficou

prejudicada, pois não se conseguiu captar as evidências de forma adequada, uma vez que a pesquisa ocorreu de modo remoto em decorrência da pandemia.

Com essa limitação, buscou-se compreender aspectos dessas regras no HU com a gestão Ebserh, fazendo as seguintes perguntas aos enfermeiros e médicos: i) O que é estabelecido como regra no grupo de trabalho e que não está previsto formalmente?; ii) Você entende que as suas atividades são exercidas de acordo com o que está previsto em suas atribuições formais?

Os dois quadros iniciais apresentam as sínteses das respostas dos enfermeiros e médicos para a primeira pergunta sobre as regras do grupo e as posteriores, as respostas da segunda pergunta relativas às atribuições formais.

Quadro 23 - Percepções do enfermeiro sobre as regras do grupo

Nº	Vínculo	Entrevistado	Procedimento		Comentário do Entrevistado
			Formal	Informal	
01	RJU (TAE)	Agnes	X		Não apontou regras informais. Não percebe.
02	RJU (TAE)	Brittes	X		No ambulatório, a equipe de enfermagem tem toda a rotina estabelecida. As coisas são bem organizadas.
03	RJU (TAE)	Dimitri	X	X	É, acha que é isto.
04	RJU (docente)	Ella	X		O que não está previsto é o estabelecimento de uma relação cordial, cooperativa, com o mínimo de intrigas possíveis.
05	RJU (docente)	Gaia	X		Hoje, com a burocratização, entende que poucos processos são informais. Uma questão que se destaca é o organograma, com cargos remunerados em todas as áreas.
06	Ebserh	Ceres		X	Rodízio de enfermaria. Nada define que tem que ser dessa forma. Entende que não é uma divisão justa, pois deveria ser por número de pacientes/enfermeiro (dimensionamento).
07	Ebserh	Franco	X		No seu setor, percebe que é tranquila a questão da formalização. Em relação à Instituição, acha que tem que haver mudanças no sentido de formalizar atividades, como sessões científicas e grupos de pesquisa.
08	Ebserh	Heidi	X		Não consegue identificar fatos informais, a não ser o rodízio de almoço.

09	Ebserh	Ivy	X		Não consegue identificar fatos informais, a não ser as reuniões que vão acontecendo.
10	Ebserh	Justine	X	X	Não lembra de fatos informais. Na pergunta posterior apontou a realização de eletrocardiograma e limpeza do aparelho. Sempre tem a discussão. Por que não o médico?
11	Ebserh	Karin		X	Trocas de plantão, que apesar de regras formais, tendem a informalizar.

Fonte: elaborado pela autora, 2021

Nota-se que dos 11 entrevistados, 02 apontaram diretamente fatos informais relacionados a: i) rodízio de enfermarias e troca de plantões. Isso pode mostrar que situações não formais cotidianas são naturalizadas pelo grupo e há, nesse caso, a necessidade de um outro meio de levantamento de dados para identificar as regras inconscientes do grupo. Pode-se inferir, entretanto, que a Ebserh implementou uma formalização dos processos que outrora não existiam, como o que Gaia apresenta, o que levou a essa percepção.

Hoje, com a burocratização, eu hoje, eu acho que poucos processos a gente consegue fazer de forma informal de maneira geral. Percebe-se que com a Ebserh, assim, um item ou uma questão que se destaca é o organograma, são os cargos. Agora tem cargos praticamente remunerados em todas as áreas. Com isto, você tem a dedicação dessa chefia nos setores e com isso trouxe muita a questão de procedimento, de protocolos. Acho que [...] aí houve uma cobrança maior nessa questão formal (GAIA).

No Quadro 24, relativa ao ponto de vista dos médicos, é possível notar que, embora a maioria reconheça as suas atividades exercidas de acordo com suas atribuições formais, há aspectos informais no contexto de trabalho, além dos que afirmaram existir de fato.

Quadro 24 - Percepções do médico sobre as regras do grupo

Nº	Vínculo	Entrevistado	Procedimento		Comentário do Entrevistado
			Formal	Informal	
01	RJU (TAE)	Amir	X	X	Eu não sei, às vezes a chefia delega alguma função, por exemplo, que é uma coisa que eu acho informal. [...] Lá não tem muita margem para isto não.
02	RJU (docente)	Brina	X		Como a gente tem que ensinar, a gente faz a coisa mais acadêmica mesmo, seguindo protocolo, seguindo diretriz e não fazendo coisa mal feita.
03	RJU (docente)	Ciro		X	Deve existir sim. Essas questões no dia a dia. Não me lembro.

04	RJU (docente)	Dafne	X		Além do compromisso, assiduidade, do trabalho em equipe. Isto tudo a gente pactua no primeiro dia de cada ciclo.
05	Ebserh	Esdras	X		Não estou lembrando de um fato específico. Não lembro. Aconteceram mudanças que foram de acordo com o que tinha que adaptar mesmo.
06	Ebserh	Filip		X	Por exemplo, presença em eventos que sejam do grupo, mas que não estão no seu plano de trabalho. [...]ou às vezes cirurgia de final de semana.
07	Ebserh	Gael	X		Não, acho que não. Não vejo isso dentro do meu serviço.
08	Ebserh	Hera	X		É, acho que não tem.
09	Ebserh	Isla	X		Não, isto é um tipo de coisa que não acontece.
10	Ebserh	Jian	X		Tudo está com regra. Tudo regra mesmo!
11	Ebserh	Kristen		X	Flexibilidade no horário de almoço.

Fonte: elaborado pela autora, 2021

Para a maioria dos médicos, também, não foi possível a identificação de regras estabelecidas pelo grupo. Somente dois deles indicaram fatos informais. Kristen citou a flexibilidade no horário do almoço e Filip, presença em eventos e cirurgias nos finais de semana, conquanto diz: “Mas tudo isto é dentro da natureza da profissão de médico.” Isla e Jian retratam a valorização da formalidade.

Eu acho que isso daí acaba até sendo, talvez, uma paralisação para alguns tipos de atividades, por causa de tantas normativas e que realmente são seguidas, são valorizadas. Algumas coisas, a gente acaba sendo brecada. O jeitinho brasileiro que talvez funcionaria, até para a gente resolver os problemas alheios, não tem muito espaço para acontecer não (ISLA).

Eu acho que não tem que criar mais regras. Acho que é o contrário. Eu acho que nós temos que ter uma chefia atuante, ter estas reuniões periódicas, esses grupos de discussão. Eu acho que está faltando (JIAN).

Os próximos quadros evidenciam as opiniões dos enfermeiros e médicos em relação à segunda pergunta que busca identificar as regras inconscientes do jogo: ii) Você entende que as suas atividades são exercidas de acordo com o que está previsto em suas atribuições formais?

Quadro 25 - Percepções do enfermeiro sobre o prescrito e o real das atividades

Nº	Vínculo	Entrevistado	Atividade		Comentário do Entrevistado
			Formal	Informal	
1	RJU (TAE)	Agnes	X		Claro, com certeza.
2	RJU (TAE)	Brittes	X		Por não estar vinculada à Ebserh, muitas atividades não são de sua competência.
3	RJU (TAE)	Dimitri	X		Faz além do escopo de seu trabalho, como atividades de gestão.
4	RJU (docente)	Ella	X		
5	RJU (docente)	Gaia		X	Como o docente não está previsto no organograma da Ebserh, a sensação que tem é de estar perdida dentro do HU. A Ebserh é muito voltada para a assistência. A enfermagem está sempre apagando incêndio.
6	Ebserh	Ceres	X	X	Percebe que os funcionários Ebserh seguem as regras, mas os RJU, não.
7	Ebserh	Franco	X		É muito preocupado quanto às normas, deveres e direitos da profissão. Necessário haver uma delimitação do objeto de trabalho da enfermagem.
8	Ebserh	Heidi	X		Totalmente dentro das atribuições formais.
9	Ebserh	Ivy	X		Está previsto dentro das atribuições formais.
10	Ebserh	Justine	X		Lembra, entretanto, que realizam um procedimento que não está previsto formalmente e questionam por que não o médico.
11	Ebserh	Karin	X		Está dentro das atribuições e questionam algumas posturas, principalmente, de alguns médicos.

Fonte: elaborado pela autora, 2021

Pode se observar que a percepção dos enfermeiros sobre as regras estabelecidas pelo grupo e entre as atividades prescritas e o real guardam uma similaridade. A interpretação que pode ser feita é a de que, apesar de considerarem as atribuições exercidas de acordo com as atribuições formais do cargo, ou seja, observando os protocolos e os procedimentos da função, não há uma delimitação adequada do trabalho de enfermagem, ora excedendo ou assumindo tarefas operacionais, como o relato de Justine.

Eu acho que poderia enxugar, eu acho muito burocratizado, eu acho que a gente poderia ser um pouco mais liberada para assistência, para o paciente. Às vezes a gente fica muito presa ali nos papéis, naquela formalização, aquelas formalidades, preenchendo papel, sendo que este tempo poderia ser melhor aproveitado (JUSTINE).

Gaia diz que há dois pontos a considerar. O primeiro deles, os docentes com a implementação do modelo Ebserh. Como os professores não estão previstos no organograma, perderam o seu espaço de atuação, devido à visão da Ebserh em priorizar a assistência ao paciente “Então a gente entra, trabalha, como eu te disse, a gente tem que ficar dependendo das outras pessoas para fazer as coisas, porque não estamos previstos lá dentro”. O segundo é que a enfermagem não delimita a sua atuação. “Mas a sensação que eu tenho é que a enfermagem especificamente está sempre apagando incêndio. Então nunca consegue se organizar para trabalhar realmente em conjunto, conseguir se programar e fazer com que as coisas funcionem da forma adequada”.

Por fim, o Quadro 26 mostra a concepção do médico de que as suas atividades seguem os procedimentos e como pode se visualizar a maioria não aprofundou na questão, limitando-se a responder objetivamente e não tecendo comentários.

Quadro 26 - Percepções do médico sobre o prescrito e o real das atividades

Nº	Vínculo	Entrevistado	Atividade		Comentário do Entrevistado
			Formal	Informal	
1	RJU (TAE)	Amir	X		
2	RJU (docente)	Brina	X		
3	RJU (docente)	Ciro	X		É o que eu tenho feito.[...], mas é claro que a gente procura, às vezes, indo um pouco além quando é pra ajudar, contribuir, eventualmente, dá uma sugestão aqui ou ali, às vezes coopera com um colega dando alguma sugestão.
4	RJU (docente)	Dafne	X		Sim, ao pé da letra. O nosso plano individual de trabalho, ele é publicado.
5	Ebserh	Esdras	X		Sim, as metas foram estabelecidas.
6	Ebserh	Filip		X	Não, eu já te falei bastante disto. A gente não trabalha como médico hoje no HU, a gente trabalha mais como burocrata do que como médico.

7	Ebserh	Gael	X		
8	Ebserh	Hera	X		
9	Ebserh	Isla	X		
10	Ebserh	Jian	X		
11	Ebserh	Kristen	X		Lá no [Setor], a própria enfermagem, a chefe de enfermagem, enfermeira chefe, ela gosta que a gente faça isso. [...] então, eles gostam que a gente siga os fluxos, exatamente, pra não deixar virar uma bagunça.

Fonte: elaborado pela autora, 2021

Nota-se que dos 11 médicos entrevistados, apenas 01 afirmou que suas atividades não estão de acordo com as atribuições formais. Filip tem uma avaliação de que o seu trabalho se afasta da medicina e aproxima-se da burocracia. Isso pode ser explicado, em parte, pela característica da gestão Ebserh, que é percebida como tendo mais regulamentação, formalidade e fluxos.

5.4.3.4 Como a violência simbólica é exercida?

A violência simbólica é exercida quando há uma adesão do dominado ao dominante e esta não se dá de forma consciente, ou seja, não ocorre uma reflexão sobre a relação de dominação que é vista como natural (BOURDIEU, 2002).

Em *Meditações Pascalianas*, Bourdieu (2007b) explica que essa submissão não seria como uma ‘servidão voluntária’, dado que não é deliberada. É um poder resultante de percepção e de disposições, sendo, portanto, caracterizada como uma crença tácita e prática que só é possível pelo costume da domesticação do corpo. Na visão de Bourdieu (2007b, p.222), “[...] só se consegue descrever verdadeiramente a relação entre os agentes e o mundo sob a condição de colocar em seu centro o corpo, e o processo de incorporação ignorado tanto pelo objetivismo fiscalista como pelo subjetivismo marginalista”.

Ainda segundo Bourdieu (2007b), os corpos são modelados pelas estruturas do espaço social (ou dos campos) devido aos condicionamentos resultantes da posição assumida nesse espaço. Assim, os agentes reconhecem que a sua posição no espaço social determina a sua experiência no lugar ocupado, como o nível hierárquico e as condutas a serem mantidas.

Identificar a violência simbólica demanda uma análise aprofundada, prejudicada em decorrência da pandemia que não permitiu captar adequadamente evidências da presença da violência simbólica no HU por meio de acesso remoto, pois envolve questões subjacentes e complexas. Com essa limitação, buscou-se compreender um aspecto de possível violência simbólica no HU com a gestão Ebserh, fazendo a seguinte pergunta aos entrevistados: “Você acredita que há tratamento diferenciado entre os profissionais pelo seu superior?”

Das respostas dos agentes enfermeiros verifica-se que para alguns ocorre presença da violência simbólica, entretanto, há aqueles que fazem reflexões sobre as relações no espaço social, apresentadas logo após a síntese das respostas.

Ah, isso aí é cultural. O Dr. sempre vem na frente (AGNES).

Ah, isso eu acho. Eu vejo muito isso, por questão de empatia, quer dizer, a [...] atual está tão recente, mas você vê que tem diferença de tratamento (BRITTES).

Sim [...] eu acho que parte deste tratamento diferenciado vem da demanda da carga horária e questões de cumprir escalas, de [...] montar escala com horários diferentes e tudo mais (CERES).

Sim. Eu acho que essa relação que tá imposta, desde há muito, de que o profissional x manda e o resto obedece, faz com que tudo isso aconteça (DIMITRI).

Sim. Mas, eu já acho que está bem relacionado com a postura do próprio profissional (ELLA).

Aqui no hospital hoje tem (FRANCO).

Com certeza. [...] eu não sei se tem a ver com proteção de regime jurídico, não sei se tem a ver com proteção por empatia, mas eu tenho a sensação de que algumas pessoas são mais beneficiadas do que outras (GAIA).

No caso, aqui, a minha [...]. Não acho não (HEIDI).

Não. A nova gestão tem tentado fazer um tratamento bem igualitário (IVY).

Não sei. A equipe de enfermagem, você fala? [...] não (JUSTINE).

É aquela coisa que a gente fala de “puxa saco” [...]. Mas, agora, não está podendo porque tirou alguns cargos que não existiam (KARIN).

Verifica-se que dos 11 entrevistados, somente 03 dizem que não há diferenciação por parte de seus superiores em relação aos seus colegas de trabalho. Pode-se destacar, adicionalmente, o que Ceres complementa em sua fala “Eu visualizo que a cobrança em cima dos funcionários Ebserh, que são os empregados públicos é diferenciada da cobrança, eu digo cobrança de dever, direitos e rotinas em cumprimento e da forma que deveria ser para os RJU.”

Para Dimitri, a Ebserh não conseguiu romper com a estrutura de poder “É como se a estrutura toda da Ebserh viesse a fortalecer essa estrutura médica de chefia de serviço que manda e o resto obedece.” Franco traz uma questão política “ [...] prá você ser eleito, você tem que se comprometer com algumas pautas, prá você conseguir atender essas pautas, você vai ter que adotar certas condutas que vão te impedir de dar um tratamento igualitário dentro da Instituição”.

Gaia percebe que algumas pessoas são mais beneficiadas que outras “ Algumas pessoas ganham cargo e outras não. Algumas ganham chance de concorrer a cargos e outras não. [...] esta é a sensação que eu tenho.”

Já os médicos avaliam de forma mais positiva, sendo possível interpretar que, além de uma relação mais próxima da chefia, essa possível diferenciação não ocorre significativamente devido às normas e protocolos, o que pode demonstrar, por outro lado, condicionamentos vinculados a sua posição no espaço.

Eu acho que sempre tem, até mesmo por questão de amizade, isso sempre tem [...] até porque, no caso lá, tem alguns médicos que têm contatos fora do HU (AMIR).

Vou falar só da minha especialidade, não (BRINA).

Percebo isso não (CIRO).

Eu acho que existem afinidades, assim, da pessoa gostar da outra, simpatizar com a outra e tratar com carinho, mas nada que ultrapasse o limite das regras do jogo (DAFNE).

Não, não vejo. Depois que estabelece regras, isto vai diminuir obviamente. Cada um tem uma preferência, às vezes, de um jeito que a pessoa te trata. Essa questão mais no geral, como questão de normas e tudo, eu não vejo diferença de tratamento de um de outro. Definições de escalas e tudo (ESDRAS).

[...]e ele [chefe] ainda não achou o ponto de equilíbrio de cobrar de todos. Há uma necessidade de cobrança, então ele acaba cobrando de quem produz mais (FILIP).

Não. [...] Ele é um cara que chega e conversa, ele pergunta se tá legal desta forma. Então ele não faz este tipo de coisa. Vou privilegiar fulano em detrimento de ciclano porque eu gosto de mais de um ou de outro (GAEL).

Acho que sim (HERA).

Não. Já te falei. Posso ser assim muito, viver num mundo paralelo, ilusório, de uma chefia muito bacana, mas eu acho que ele consegue fazer muito bem o serviço dele, de lidar com todo mundo da mesma forma, de gerenciar isso de uma forma bacana, de gerenciar conflitos (ISLA).

Pelo meu superior, não! Acho que não. Mas de uma forma geral, talvez... como vou dizer [...] (JIAN).

Não, eu não vi, não. Da chefia, não. Ele nem sabe quem é Ebserh, quem é estatutário. Tem chefe que nem sabe. Tá todo mundo lá sob o comando dele, acabou, ele trata todo mundo igual (KRISTEN).

Para a maioria dos médicos, diferentemente dos enfermeiros, não há tratamento diferenciado entre os profissionais pelo seu superior e, para aqueles que consideram, decorre de um processo natural.

Com a conclusão da análise das categorias e subcategorias das etapas, B, C, D e E, a próxima seção discorre sobre a síntese da problemática geral do campo, referente à etapa F, evidenciando ainda a matriz relacional corrigida da articulação das disposições entre as posições, ou seja, a estrutura na prática.

5.4.4 Síntese da problemática do campo - Etapa F

A seção encerra as etapas de investigação do modelo teórico de Bourdieu, na ótica de Thiry-Cherques (2008), que é evidenciar e sintetizar o problema encontrado no campo, desdobrado nos subcampos dos enfermeiros e médicos. De acordo com o autor, a pesquisa se conclui quando se torna possível responder às seguintes indagações, sumarizadas no próximo capítulo - considerações finais: i) Quais capitais estão em jogo no campo, em especial o capital simbólico?; ii) Como o campo é percebido e dividido pelos agentes?; iii) Como os capitais se ajustam à estrutura objetiva, ou seja, no campo?; iv) Quais as relações de dominação exercidas pelos capitais?; v) Quais interesses de perpetuação do status e da dominação no campo?; vi) Quais os grupos de interesse?; vii) Quais os conflitos que acontecem no interior do campo?

As perguntas remetem aos objetivos específicos estabelecidos na pesquisa, transcritos a seguir, cumpridos nas etapas do processo de investigação, que possibilitaram as respostas ao que se desejou saber: “Como a implementação do modelo Ebserh de gestão dos hospitais universitários federais reconfigura as relações de poder entre os agentes profissionais enfermeiros e médicos que atuam no Hospital Universitário da UFJF” e contemplar os seguintes objetivos específicos:

- Delimitar o campo HU/Ebserh no espaço social (Etapa A);
- Reconhecer posições e relações dos agentes no campo HU/Ebserh (Etapa B);

- Descrever a lógica das relações entre as posições dos agentes no campo HU/Ebserh, com base em suas percepções (Etapa C);
- Identificar as disposições subjetivas dos agentes pesquisados - o *habitus* (Etapa D);
- Elaborar a matriz relacional corrigida da articulação entre as posições dos agentes pesquisados no campo HU - a estrutura na prática (Etapa E).

O primeiro objetivo específico, “delimitar o campo HU/Ebserh no espaço social”, conseguiu, com base na análise documental, mostrar o posicionamento dos agentes enfermeiros e médicos no espaço social destinado àqueles com maior volume global de capital (cultural + econômico). Prevaleceu, no entanto, maior peso ao capital cultural, o que possibilita ao HU/UFJF prestar serviços de alta e média complexidade aos usuários do SUS de Juiz de Fora e entorno.

Para o segundo objetivo específico proposto, “reconhecer posições e relações dos agentes no campo HU/Ebserh”, a análise compreendeu os subcampos dos agentes enfermeiros e médicos, conforme regras que os regem, traduzidos nas subcategorias “trajetória social do agente”, “capitais efetivos”, “estrutura dos capitais” e “capital dominante”, o que permitiu posicionar os agentes na estrutura e evidenciou os aspectos transversais, convergentes ou não.

A primeira subcategoria, “trajetória social do agente” é uma das dimensões que permitem posicioná-lo no campo. Entretanto, identificar o *habitus* requer mapeamento da trajetória de vida dos agentes, que não foi possível nesta pesquisa. Com a limitação, conseguiu-se traçar as trajetórias acadêmicas e profissionais. A análise distinguiu os agentes enfermeiros dos médicos, considerando os vínculos RJU e Ebserh sob duas óticas: formação e trajetória antes e após o ingresso no HU.

A trajetória acadêmica e profissional do agente enfermeiro, em relação à formação, guarda similitude entre os vínculos. Possuem primeira formação no ensino público, médio no ensino privado e superior na Universidade Federal de Juiz de Fora. Mas há diferença quanto ao nível *stricto sensu* predominante entre os agentes RJUs, concedendo a eles posição distinta, além da possibilidade de acesso a cargos de gestão.

A segunda visão se refere à trajetória antes e após o ingresso no HU, especificamente a experiência em cargo de gestão. Notou-se a relevância desse aspecto devido à frequência citada pela maioria dos entrevistados, embora somente dois agentes RJUs se encontravam, no momento da entrevista, nessa posição. Mesmo em cargo de gestão, há dificuldade de o enfermeiro se manifestar no campo.

A trajetória acadêmica e profissional do agente médico, embora apresente semelhanças à do enfermeiro, possui especificidades, identificadas pela frequência e significado de alguns temas. Quanto aos temas convergentes na formação, a maioria graduada pela UFJF, com formação *stricto sensu*, um número pouco acima à do enfermeiro, entretanto, o nível *stricto sensu* predomina entre os agentes RJUs.

As particularidades encontradas se relacionam à predominância da formação no ensino fundamental e médio na rede privada. No segundo horizonte, antes e após o ingresso no HU, destacam-se a experiência profissional privada e a frequência que emergiu do tema “experiência em cargos de gestão” ($f_i=44$), aproximadamente o dobro da enfermagem.

Portanto, para ambos os agentes mostra-se a importância ao aspecto cargo de gestão. Para os médicos, especificamente, demonstraria a existência de funções típicas de gestão assumidas sem o correspondente cargo formal da estrutura Ebserh, pois somente um médico entrevistado possuía cargo de gestão. Alguns afirmaram existir um organograma paralelo ou informal no HU/Ebserh.

A segunda subcategoria, “capitais efetivos”, permitiu mostrar capitais em jogo no campo. Para o enfermeiro foi apontado capital efetivo, o “conhecimento especialista”. Esse conhecimento permite ao enfermeiro maior autonomia, particularmente se atuar como especialista no âmbito de linhas de cuidado, inserido em uma política de capacitação continuada dentro dos serviços.

Além disso, um conjunto de fatores daria peso ao capital, a fim de possibilitar posição mais relevante no campo e, conseqüentemente, interação menos assimétrica em relação ao médico no que se refere à assistência e à atenção no hospital com a gestão Ebserh. São eles: formação especialista, habilidade técnica no atendimento ao paciente (humanização), observância aos protocolos clínicos, saber discutir multiprofissionalmente e postura ética. Horizonte compartilhado pelos agentes RJUs e Ebserh.

Ao médico foram apresentados dois capitais: “produção/conhecimento científico” e “prática/conhecimento assistencial”. A formação *stricto sensu*, doutorado e mestrado, e a produção científica, são mais valorizadas na carreira dos docentes. Pesquisas e publicações consideradas capitais que mais concedem prestígio aos professores.

Os médicos relataram que há fator que influencia os capitais para reduzir o seu peso no campo - a avaliação de desempenho da Ebserh, denominada “Crescer por Competência”. Esse subtema surgiu várias vezes no *corpus* das entrevistas ($f_i=16$), com maior frequência no tema do “reconhecimento/valorização”. Os médicos da Ebserh a tratam como tema conflituoso,

dados os critérios de pontuação para progressão vertical e horizontal e aumento salarial. É “injusta”, pois há competição devido ao recurso fixo determinado para aquele exercício anual e critérios estabelecidos, que não privilegiam produção de pesquisas e publicações em relação às atividades administrativas, pois o HU tem como finalidade ensino, pesquisa e extensão.

Esses capitais específicos podem ser traduzidos em capital simbólico. De acordo com Bourdieu (2007b), não é categoria de capital, contudo, reveste qualquer espécie e deveria se dizer os “efeitos simbólicos dos capitais”.

Bourdieu (2007, p.294) apresenta a dimensão do capital simbólico ao dizer que no mundo social encontra-se “o que há de mais raro”, que é o reconhecimento. A sua distribuição é considerada por Bourdieu como a mais desigual, “a mais cruel”, pois não alcançar significaria derrota na luta simbólica pela consideração.

O capital simbólico é o conhecimento como especialista para o enfermeiro e o conhecimento científico e assistencial para o médico. Na luta simbólica pelo reconhecimento, o médico ainda estaria em primeiro plano, pela valorização do significado na sociedade.

A terceira subcategoria, “estrutura dos capitais”, mostrou que ambos os aspectos são determinantes e distintos, para agentes enfermeiros e médicos. Em relação ao enfermeiro, os dois princípios distintos não se voltam ao peso do capital econômico. O primeiro é a “liderança”, na qual se traça fronteira entre o não reconhecimento versus reconhecimento do agente enfermeiro nas relações de trabalho; o segundo, o “trabalho em equipe”, naturalmente consequência do fator liderança. Concluiu-se que não há distinção desses capitais entre os vínculos RJU e Ebserh.

Mas para os agentes médicos, a estrutura dos capitais se fundamenta em duas propriedades: “formação acadêmica” e “prática/conhecimento assistencial”. A produção/conhecimento científico, considerada um dos capitais efetivos mais relevantes, não tem o mesmo peso na estrutura dos capitais.

A quarta subcategoria, “capital dominante” - dominar um campo, mostrou capitais e sua hierarquização. Evidenciou-se, com $f_i \geq 3$, como capitais dominantes, o “acesso a cargo de gestão” e “relevância das atividades”, na visão do enfermeiro e do médico. Por último, foram citadas a “qualificação”, pelo enfermeiro, e “estrutura física”, pelo médico.

O acesso a cargo de gestão é avaliado pelo enfermeiro como processo “difícil”, perpassado pela hipótese de subjetividade. Em relação ao médico, constatou-se distanciamento quanto à possibilidade de alcançá-lo.

A relevância das atividades é avaliada de múltiplas formas. Para o enfermeiro RJU houve a perda do espaço no campo com a entrada da Ebserh. O enfermeiro Ebserh acentuou que as atividades do enfermeiro não são tão valorizadas quanto as do médico, que também perde seu espaço. O enfermeiro docente avaliou que houve perda da relevância de seu papel no HU com a gestão Ebserh.

O médico, por sua vez, avalia a desconstrução da relevância das atividades no HU, pois as chefias e a direção “escutam pouco” os médicos, e falta espaço para participar de decisões que os afetam. Possuem autonomia “limitada”, por não se enxergar o médico na essência da sua profissão, mas um burocrata.

A Ebserh trouxe a burocratização. Ela retira parte do serviço da assistência ao paciente, o que inclui o critério de avaliação de desempenho, que privilegia o trabalho burocrático. O programa de avaliação de desempenho da Ebserh é dimensão questionada, devido aos critérios que desestimulariam a atuação dos médicos.

A qualificação *stricto sensu* é considerada pelo enfermeiro fator a alcançar para sentir-se valorizado, citada pelos entrevistados que não a têm. Mas, entretanto, o capital específico identificado foi o conhecimento, que não se relaciona diretamente à formação em nível de mestrado e doutorado. Uma das formas de se entender é buscar a finalidade do HU, que se sustenta em três pilares: i) ensino; ii) pesquisa e iii) assistência, o que possibilitaria ao enfermeiro integrar equipes de pesquisa.

Em relação à estrutura física, ainda há limitação para se dizer tudo o que se pode fazer. Apesar do número de residentes, alunos e preceptores, os médicos poderiam ocupar mais salas e atender mais pessoas.

Para o terceiro objetivo proposto, “descrever a lógica das relações entre as posições dos agentes no campo HU/Ebserh, com base em suas percepções”, a análise compreendeu uma única subcategoria, “análise das relações objetivas entre as posições”, que buscou a lógica do campo. É subcategoria central na pesquisa. Primeiramente, compreenderam-se as relações entre os enfermeiros e, em seguida, os médicos. A menção à temática do “vínculo” foi a de maior frequência para o enfermeiro e médico da Ebserh, e a segunda maior para o enfermeiro RJU, não sendo destacada pelo médico RJU.

A relação entre o enfermeiro Ebserh e RJU, de acordo com as óticas, apresenta diversos pontos similares, mas alguns aspectos são distintos. Para o RJU, a análise das relações fundamenta-se, em ordem de relevância, em três unidades de significação: i) perfil da equipe de enfermagem; ii) vínculo; iii) relação salarial. E para os profissionais da Ebserh são: i)

vínculo; ii) divisão do trabalho; iii) ingresso de enfermeiro Ebserh. Convergindo, portanto, o vínculo como fator primordial para as relações entre eles.

A avaliação dos enfermeiros RJU em relação ao perfil da Ebserh volta-se a fatores como diversidade de origem, formação técnica superior ao exigido para o cargo, funcionários altamente qualificados atuando de forma generalista e ingresso expressivo que influenciou negativamente as relações. Sobre o ingresso houve avaliação positiva, devido à ampliação das equipes de trabalho.

A vinculação entre os enfermeiros RJUs e Ebserh gerou conflitos dos profissionais de uma mesma categoria, além da visão da Ebserh de que o RJU pouco se empenha no trabalho. O docente não percebe significativa diferença entre os vínculos, e afirma que o aumento de pessoal permitiu melhor divisão do trabalho, e os conflitos entre os enfermeiros assistenciais Ebserh e RJUs se concentram nos benefícios e afastamento do RJU em relação ao Ebserh.

A relação salarial é fator de divergências, pois a remuneração e benefícios da Ebserh seriam melhores do que os do RJU. Ainda há sentimento de desvalorização do papel do RJU com a gestão Ebserh.

A avaliação dos enfermeiros Ebserh quanto aos RJUs se distancia de uma visão positiva. Consideram-nos resistentes às mudanças, o que decorreria de regras mais flexíveis e direitos adquiridos. Com isso, os RJUs se concentraram em determinados setores e plantões, principalmente na Unidade Santa Catarina, em que a divisão do trabalho é latente e o convívio pleno de problemas.

Os enfermeiros Ebserh acreditam que a resistência se deve ao fato de o ingresso ter influenciado a rotina adotada. Embora a categoria perca espaço no campo, ainda marca presença no contexto de trabalho, pois assumem cargos nos níveis mais altos da hierarquia. Percebem, ainda, oposição do RJU às normatizações e regulamentações da Ebserh, por entender que têm as de seu regime.

A relação é difícil devido aos vínculos, pois são duas categorias, com salários e carga horária diferentes, o que torna o processo de liderança complexo. A legislação seria o que mais causaria divergências na relação devido aos tratamentos diversos.

Mas a relação entre médico Ebserh e RJU, diferentemente dos enfermeiros, mostra que a percepção sobre as relações de trabalho é distinta. Para o RJU, destaca-se o subtema “estabilidade”, mostrando que para eles o ingresso de médicos Ebserh no HU não alterou significativamente as interações de trabalho, sendo comum não saber qual o vínculo do

profissional. A ênfase do médico Ebserh reside no subtema “vínculo”. Os RJUs, ao mesmo tempo que possuem privilégios, questionam os benefícios dos “Ebserhianos”.

A avaliação dos médicos RJUs em relação aos da Ebserh é de que não houve resistência quanto à chegada do médico Ebserh. Os docentes, principalmente, relatam que não notam diferenças no que se refere ao vínculo, consideram a relação muito boa, mesmo excelente, o que permitiu trabalhar multidisciplinarmente, pois houve aumento de profissionais nas equipes.

A avaliação dos médicos Ebserh é centrada no tema do “vínculo”. De forma geral, não há dificuldades e diferenças na relação, todavia notam algumas prerrogativas e privilégios dos RJUs (TAE e docentes), além de comparações quanto a direitos, devido aos vínculos. Há uma percepção de dificuldades na relação entre os vínculos dos enfermeiros.

A relação entre enfermeiro e médico no HU, mesmo após a implementação da Ebserh, ainda é centrada no médico e, atualmente, ocorrem predominantemente no vínculo Ebserh, comparando-se ao RJU. No entanto, a interação é mais equilibrada nas áreas de saúde especializadas do hospital, pois as equipes de trabalho, o que inclui o enfermeiro, possuem conhecimento e formação na especialidade. A relação profissional mais simétrica entre a medicina e enfermagem é possível, quando existem essas condições, o que permite ao enfermeiro se posicionar. Pôde-se evidenciar que um fator recente, o momento difícil da pandemia, que impactou os setores em geral e UTI, tornou as relações mais colaborativas e equilibradas.

Na visão dos enfermeiros há um percurso em direção à cultura de trabalho multidisciplinar, visando romper a reprodução de sistema de poder. Se ampliadas no hospital repercutiriam em assistência de qualidade e humanizada. Ficou registrado que há diferença na relação com o médico, decorrente de seu vínculo Ebserh ou RJU. Embora os enfermeiros tenham dito que não viam diferenças, identificou-se que os médicos mais novos, que ingressaram com a Ebserh, e os residentes, são mais abertos e acessíveis para conversar, diferentemente dos staffs de especialidades que mantêm certo distanciamento da enfermagem.

Ao se refinar a análise das relações por vínculo, as percepções do enfermeiro RJU sobre a relação de trabalho com o médico é de que a Ebserh não conseguiu reverter o posicionamento central do médico, evidenciando a possibilidade de uma relação mais equilibrada entre a equipe da medicina e enfermagem em algumas áreas da saúde. Nota-se o distanciamento de RJU e do professor no contexto da assistência no hospital.

Houve ainda o relato de que não teriam dificuldades na relação como os médicos, entretanto, deve-se interpretar pela intermediação do *habitus*, ou seja, as disposições

incorporadas na trajetória no HU e evidências de relações de poder. Para os enfermeiros docentes, há melhora nas relações entre os profissionais, e isso se deve ao vínculo, que não proporciona a mesma estabilidade do RJU. E ainda avanço na interação porque alterou a divisão do trabalho, pois chegaram mais profissionais.

A ótica do enfermeiro Ebserh sobre a relação de trabalho com o médico centra-se na necessidade de um trabalho multidisciplinar visando romper a reprodução de sistemas de poder. Avaliam ainda que a qualificação e a especialidade em área assistencial permitem melhor posicionamento, embora percebam que se afastam dos procedimentos assistenciais, sobrecarregados de tarefas que não fazem parte do escopo de atribuições. Outro aspecto é de que o médico residente é mais próximo à enfermagem do que o staff e o médico Ebserh.

Na interpretação dos médicos, a relação com o enfermeiro, Ebserh e RJU, de forma geral, no hospital é excelente. O conflito é pouco citado na interação. Não pontuam diferenças entre docentes, TAEs e celetistas. Foi possível concluir que para o médico a relação é direcionada à chefia e para o enfermeiro a relação profissional é centrada na equipe de trabalho. Pode-se destacar a frequência da palavra “relação” citada pelo enfermeiro ($f_i=45$) e pelo médico ($f_i=10$), o que sugere visões bem distintas quanto ao sentido de relação de trabalho. Notou-se, portanto, que o médico RJU e o Ebserh, em relação de trabalho com a enfermagem, apresentam similaridade.

A “interação entre o grupo”, do ponto de vista de cooperação e competição, foi aspecto significativo para entender a lógica do campo. Na ótica do enfermeiro predomina a cooperação, e quando o trabalho ocorre em áreas especializadas ou de alta complexidade, há tendência maior à cooperação, sendo mais evidente entre o grupo da Ebserh. Outro fator positivo foi o momento pandêmico, unindo a equipe, incluindo os médicos.

Na avaliação do médico prevalece a cooperação e, comparando-se à enfermagem, na hipótese de uma escala, seria um grau superior, ou seja, os médicos foram mais assertivos ao julgar a cooperação. A palavra “momento” surge referindo-se à pandemia, com efeito positivo na cooperação, aproximando o profissional fisioterapeuta devido ao procedimento de ventilação mecânica na UTI para os pacientes de Covid-19.

Ainda para se compreender as relações objetivas entre as posições no campo, a estrutura organizacional foi analisada, dialeticamente, ou seja, no que determinam as relações internas e o que delas sofre influência. A estrutura da Ebserh foi fator evidenciado pelos entrevistados, com influência nas relações de trabalho no HU. Apesar de recém-implementada, com

organograma e procedimentos estabelecidos, nota-se o subtema estrutura informal permeando a maioria dos entrevistados, enfermeiros e médicos.

A enfermagem compartilha o fato de que a divisão do trabalho não é equânime, pois assume diversas atividades que não estão em seu escopo, o que inclui as burocráticas. Em relação aos médicos, predomina a visão de observância às normas e rotinas, embora avaliem o componente informal permeando o contexto de trabalho.

O quarto objetivo específico proposto foi “identificar as disposições subjetivas dos agentes pesquisados”, ou seja, o *habitus*. A análise foi sustentada em três subcategorias: *Hexis*, *Eidos* e *Ethos*.

A *Hexis* foi analisada segundo o que os enfermeiros e médicos percebiam quanto aos aspectos da postura, da maneira de vestir e falar, ou do gosto, que influenciassem a formação de grupos. Os enfermeiros não conseguem apontar de forma objetiva a *Hexis*, presente no contexto de trabalho, análise mais ampla, sendo nítida a criação de grupos na percepção do RJU (TAE), que vê como causa a diversidade de origens e culturas dos profissionais que ingressaram com a Ebserh. Os médicos não têm a visão de que a *Hexis* impacta a formação de grupos, e uma das explicações pode ser quanto à homogeneidade do grupo.

Demandaria outra forma de aprofundar a pesquisa para identificá-la, pois a formação dos grupos foi mais evidente no início da gestão. Passados cinco anos, os fundamentos de identificação com os grupos se modificaram.

Identificou-se o *Ethos* por meio do tema “autonomia”, especificamente liberdade e limites da autonomia dos enfermeiros e médicos no campo. O enfermeiro RJU (TAE) possui grau maior de autonomia em relação aos demais devido à relação com a chefia, e ao próprio vínculo. Para o RJU (Docente), as normas e regulamentos da Ebserh limitam a sua atuação no HU. Os da Ebserh relatam autonomia relativa, em razão da maior parte das decisões vir do médico, e se limitam ao prescrito nos procedimentos operacionais padrões (POPs) e no âmbito das funções privativas da enfermagem. Os médicos possuem autonomia no exercício das atividades devido à própria natureza da profissão, recorrendo à chefia em casos excepcionais.

O *Ethos* se relaciona a aspectos de natureza prática, não conscientes, mas definidores dos valores e do moral dos agentes no campo. A equipe multiprofissional foi o subtema mais citado pelos médicos e enfermeiros ao se perguntar como avaliavam as decisões dos procedimentos de cuidados aos pacientes serem programadas e discutidas com a equipe. Os enfermeiros não percebem, de fato, a multidisciplinaridade, entretanto, houve tendência, dado

o momento da pandemia, que exigiu programação e discussão dos cuidados ao paciente e ingresso de pessoal da Ebserh.

Os médicos possuem avaliação mais positiva quanto ao trabalho multidisciplinar, mas se observa pouca participação da enfermagem, inferindo-se que ocorrem somente na equipe médica. Há especialidades médicas mais propícias à multidisciplinaridade, e outras áreas da saúde deveriam ser mais aderentes. O médico possui carga horária de 24 horas e a enfermagem de 36 horas, dedicando mais tempo ao HU.

No tema procedimentos formais e informais e, no âmbito da enfermagem, houve a compreensão de que a Ebserh é muito burocratizada, ao criar normas e rotinas. Apesar das normatizações advindas com a Ebserh, há distanciamento entre o que foi previsto no modelo e o que de fato ocorre. A estrutura organizacional ainda é questionada, mesmo com a gestão Ebserh, em vista de existir estrutura de poder paralela permeando as relações.

Os médicos focaram nos procedimentos formais, não citando os aspectos informais. Apresentam críticas à estrutura organizacional do desequilíbrio da distribuição de pessoal nas diversas áreas, além da limitação física, que aguarda a inauguração da nova área de internação na Unidade Dom Bosco. Citaram o tema relacionado à chefia de unidade, pois na prática existem duas: uma prevista na estrutura e uma referência técnica médica, mas não formalizada.

O quinto objetivo específico proposto foi “elaborar a matriz relacional corrigida da articulação entre as posições dos agentes pesquisados no campo HU - a estrutura na prática”. Para se elaborar a matriz foi preciso saber o modo de ocorrer a correlação entre os capitais, ou seja, como certos componentes determinam o capital decisivo, traduzidos nas subcategorias “elite”, “como os agentes são julgados”, “regras inconscientes do jogo” e “violência simbólica”.

A “elite”, detentora do capital decisivo, para o enfermeiro e para o médico, dirige-se à hierarquia, ou seja, à chefia, a quem cabe a tomada de decisão sobre um assunto, tendo, ainda de forma incipiente, a gestão compartilhada. Na tomada de decisão conjunta deve-se observar que a autonomia da decisão se volta aos limites dos saberes, mas se percebe a ascensão do médico.

Na subcategoria “como os agentes são julgados” há diferentes instrumentos de avaliação de desempenho destinados aos vínculos e opiniões não positivas quanto à efetividade pelo RJU e Ebserh, exceto o docente, avaliado pelo Plano Individual de Trabalho Docente (PIT). Evidenciou-se uma crítica ao Programa de Avaliação de Desempenho “Crescer por Competência” da Ebserh.

Os enfermeiros são julgados por meio de avaliação de desempenho pela via hierárquica (chefias), considerada processo complexo, que não apresenta convergência de entendimentos dos agentes dos vínculos Ebserh e RJU sobre a consistência, efetividade e resultados. Na ótica dos enfermeiros, notou-se, no vínculo Ebserh, crítica em relação à iniciativa da empresa quanto à avaliação de desempenho por pares, dado que resultou em conflitos e suspensão devido à urgência de ajustes.

Do ponto de vista dos médicos identificaram-se opiniões similares às dos enfermeiros, havendo relatos de que o programa de avaliação por pares não foi bem planejado e conduzido devido à metodologia. De acordo com os relatos dos médicos da Ebserh nota-se falta de clareza no processo de avaliação, principalmente quanto à periodicidade e efetividade.

A subcategoria “regras inconscientes do jogo” demanda interpretação, pois não são obtidas diretamente das respostas. Para a enfermagem, observa-se que situações não formais cotidianas podem ser naturalizadas pelo grupo. É, nesse caso, essencial outro meio de levantamento de dados para identificar as regras inconscientes do grupo. Esse horizonte seria explicado por mais intensiva formalização dos processos de trabalho, pois outrora não existiam, em que se destacam os cargos do organograma.

Os enfermeiros declararam que guardam similaridades as regras estabelecidas pelo grupo e entre as atividades prescritas e o real. A interpretação a ser feita é de que, apesar de considerar as atribuições exercidas de acordo com as atribuições formais do cargo, ou seja, observando protocolos e procedimentos da função, não há delimitação adequada do trabalho de enfermagem, excedendo ou assumindo tarefas operacionais.

Do mesmo modo os médicos. Embora a maioria reconheça que as atividades são exercidas de acordo com as atribuições formais, foi possível inferir aspectos informais no contexto de trabalho, além dos que afirmaram existir de fato. Em relação às atividades previstas e as reais, mostra a concepção do médico que as atividades seguem os procedimentos, não aprofundando a questão.

Na subcategoria “como a violência simbólica é exercida”, a adesão do dominado ao dominante se dá inconscientemente, observada como natural. Nas respostas dos agentes enfermeiros identificam-se a questão cultural da posição diferenciada do médico, e que a Ebserh ainda não teria conseguido romper a estrutura de poder. Principalmente em relação às antigas chefias de serviços médicos que não constam na estrutura da Ebserh, mas influenciariam o contexto de trabalho. Nota-se, entretanto, que a maioria dos enfermeiros percebe tratamento diferenciado entre os profissionais pelos superiores.

Os médicos avaliam de forma mais positiva, sendo possível interpretar que, além de relação próxima da chefia, a possível diferenciação não ocorre significativamente devido às normas e protocolos, o que pode demonstrar, por outro lado, condicionamentos vinculados à sua posição no espaço.

Vislumbra-se uma estrutura organizacional na prática no HU/Ebserh, chamada de matriz relacional corrigida da articulação das disposições entre as posições. Para a sua elaboração foram analisados aspectos relacionados aos macroproblemas no modelo de gestão de pessoas e gestão da clínica constante no Plano Diretor Estratégico 2019/2022. E na evolução desses macroproblemas e procedimentos formais e informais constantes no Plano Diretor de 2019/2023 HU-UFJF/Ebserh.

No macroproblema “gestão da clínica insuficiente” são dois nós críticos evidenciados: i) ausência de padronização na assistência; ii) regulação insuficiente/desarticulada. Ambos mostram que há ainda baixa adesão e insuficiência de protocolos e instrução de trabalhos, além de equipes multiprofissionais incipientes e desarticuladas.

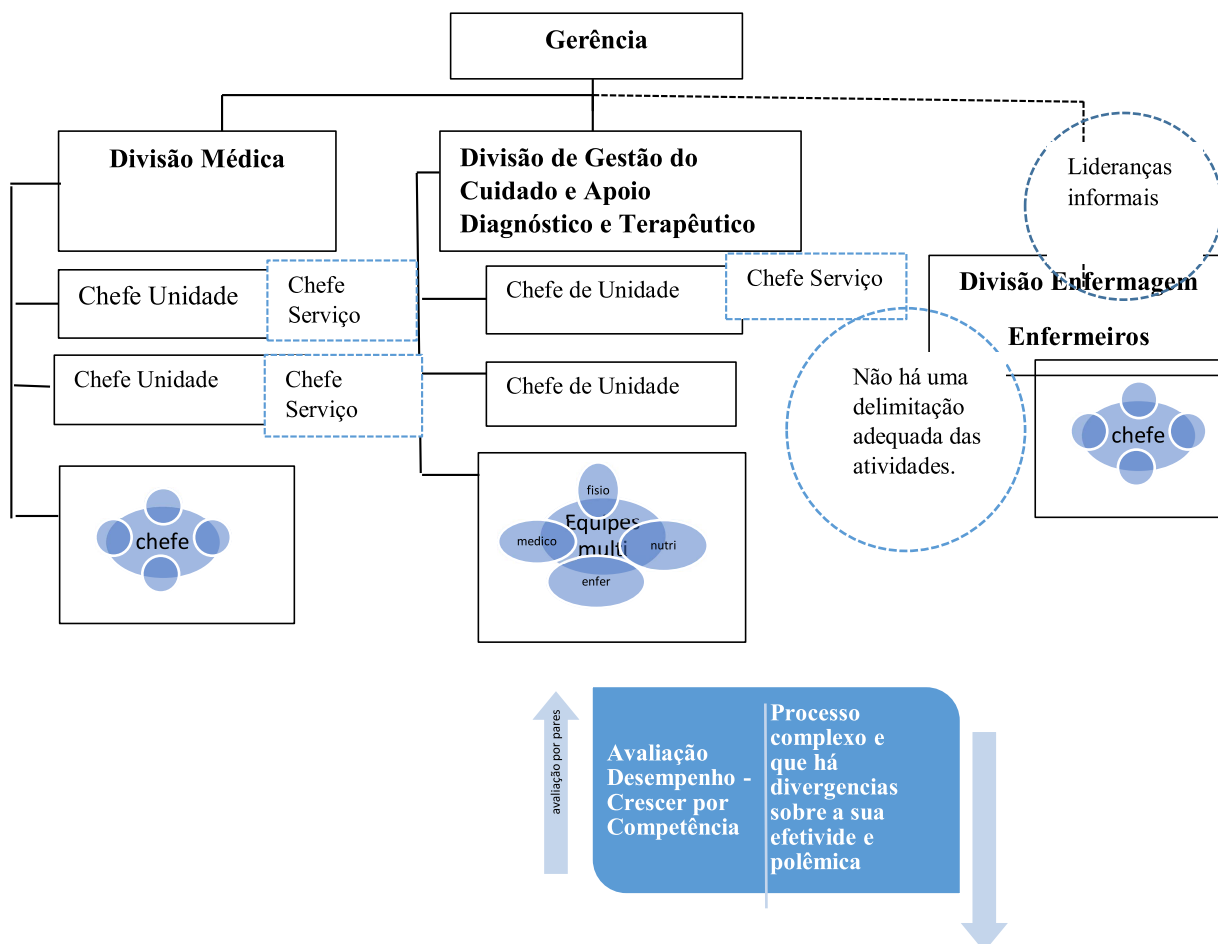
No macroproblema “modelo de gestão de pessoas insuficiente” são três nós críticos relacionados: i) incipiência das chefias em relação à gestão de pessoas; ii) falta de política motivacional derivada de diagnóstico do clima organizacional; iii) modelo de capacitação insuficiente. Como consequência destacam-se os conflitos entre colaboradores, equipes, chefia, dadas a sobrecarga de trabalho e a desorganização nas equipes de trabalho.

Ao se analisar o macroproblema da gestão da clínica, identifica-se que, apesar da normatização advinda com a Ebserh, ainda é insuficiente, como pôde se observar, também, na evolução dessas questões no Plano Diretor Estratégico 2019-2023. Chama a atenção, portanto, que, apesar dos enfermeiros e médicos relatarem nas entrevistas observância aos protocolos e atividades exercidas de acordo com as atribuições formais do cargo, há diferença entre o previsto, o real e o que eles interpretam. A enfermagem consegue avaliar que não há delimitação adequada de seu trabalho, e para a maioria dos médicos as próprias atividades são exercidas de acordo com as atribuições formais. Outro ponto relevante diz respeito às equipes multiprofissionais, incipientes e desarticuladas, mesmo após a gestão Ebserh.

Na prática, no organograma, Figura 29, visualiza-se que a estrutura se apresenta hierarquizada, iniciando-se a ótica de equipes multidisciplinares, ainda existindo chefias de serviços médicos paralelas à formal, decorrentes da trajetória do HU. Pode-se destacar a Divisão para a Gestão do Cuidado, o que mostra a tendência para a horizontalização e caminho para reduzir as assimetrias de poder evidenciadas, mesmo com a gestão Ebserh. A ausência de

chefias no nível abaixo da Divisão de Enfermagem levaria as lideranças informais à falta de delimitação adequada das atividades e dificuldades de se posicionar no campo

Figura 29 - Matriz relacional corrigida - estrutura na prática



Fonte: elaborada pela autora, 2021

Como mencionado na subseção 2.2 Estrutura organizacional dos hospitais universitários sob a gestão da Ebserh, e de acordo com a visão de Cecílio e Mendes (2004), ocorre distorção entre o organograma real e as imposições das diferentes áreas profissionais para proteger os campos de saber-poder. Compreendem, ainda, que colegiados de gestão não garantem a distribuição de poder e espaço de decisão entre os profissionais da saúde. Outro ponto é que os modelos gerenciais racionais tendem a sofrer distorções devido ao campo de forças, inerentes à micropolítica do hospital, pois os trabalhadores, atuando no limite das possibilidades de suas autonomias, reconstróem a realidade organizacional (CECÍLIO; MENDES, 2004).

Por fim, registre-se o processo de avaliação de desempenho “Crescer por Competência”, por influenciar, negativamente, as relações entre os agentes médicos, enfermeiros e demais empregados celetistas da Ebserh.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adotou-se a teoria bourdieusiana como fio condutor da pesquisa tendo como suporte a metodologia de Thiry-Cherques (2008), que desenvolve síntese operacional do método de investigação de Bourdieu aplicada ao trabalho. A limitação decorre do pensamento de Bourdieu (2003) de que não existe uma teoria pura, pois se aperfeiçoa ao longo do tempo, rejeitando ideias e incorporando outras, como ocorre ao se estudar um campo novo, descobrindo-se propriedades específicas. Requer adaptações, o seu objeto e amplitude são diferentes das práticas organizacional e administrativa. Deve-se ressaltar que fazer ciência não é replicar uma teoria totalmente.

Além de Bourdieu, apresentou-se um referencial teórico que permitiu compreender a natureza dos hospitais universitários, com resgate histórico, como as ideologias subjacentes - discursos do governo e medidas legislativas que culminaram na criação da Ebserh.

A pesquisa apresentou limitações. A principal, o momento pandêmico da Covid-19, com o início do isolamento social em março de 2020, resultando em seu agravamento no início de 2021, perdurando até o momento da conclusão deste trabalho - novembro de 2021. Como consequência, houve atraso substancial no cronograma, devido aos ajustes necessários e à inviabilidade de pesquisa de campo presencial, adaptada para a modalidade virtual. Acrescenta-se como dificultador a disponibilização dos médicos e enfermeiros em conceder entrevistas, pois o campo era o hospital universitário, uma das referências no tratamento da Covid.

Entretanto, a estratégia de triangulação de coleta de dados e análise permitiu superar o “n” e validar as interpretações. Segundo Azevedo (2013, *et al.*), na busca pelo conhecimento, o pesquisador precisa se apoiar em dois pontos de vista, no mínimo, isto é, duas técnicas de coleta de dados para o seu posicionamento. Neste estudo, entrevistas e pesquisa documental.

O objetivo geral foi atingido, ou seja, identificou-se como a implementação do modelo Ebserh de gestão dos hospitais universitários federais reconfigurou as relações de poder entre os agentes profissionais enfermeiros e médicos que atuam no Hospital Universitário da UFJF. Responderam às seguintes perguntas: i) Quais capitais estão em jogo no campo, em especial, o capital simbólico?; ii) Como o campo é percebido e dividido pelos agentes?; iii) Como os capitais se ajustam à estrutura objetiva, ou seja, no campo?; iv) Quais as relações de dominação exercidas pelos capitais?; v) Quais interesses de perpetuação do status e da dominação no campo?; vi) Quais os grupos de interesse?; vii) Quais conflitos acontecem no interior do campo?

Preliminarmente às respostas, e de modo abrangente, conclui-se, com base na análise da composição do quadro de pessoal do HU-Ebserh, a mudança do perfil após a Ebserh, que passa a ser predominantemente constituída pelos empregados celetistas, que representam 65% do total da força de trabalho e 78% em relação ao RJU. No que se refere à composição por área, a assistencial, que inclui os enfermeiros, representa 76%, comparando-a aos médicos.

Mesmo com o percentual, mantêm-se as assimetrias de poder, que se concentram nos agentes médicos. No entanto, há a perspectiva de reduzi-las, dado que as linhas de cuidado previstas na estrutura organizacional da Ebserh, ampliadas no HU, implicam lógica multi e interdisciplinar. Ocorre nova redistribuição no campo - o RJU docente, da medicina ou enfermagem, perde espaço. Os celetistas Ebserh assumem preceptorias dos residentes, e as antigas chefias de serviço são substituídas, embora os RJUs concentrem-se no alto escalão da estrutura. Por fim, o RJU, técnico-administrativo em educação (TAE), médico e enfermeiro perdem espaço, em virtude do quantitativo, que gradativamente se reduz devido às aposentadorias.

Voltando às perguntas, evidenciou-se, em relação à primeira, que os capitais em jogo no campo são diferentes entre os agentes. Para o enfermeiro se identificou um capital efetivo, o “Conhecimento Especialista”, que permite ao profissional maior autonomia, principalmente se atuar como especialista no âmbito de linhas de cuidado, inserido em uma política de capacitação continuada nos serviços. Em relação ao médico foram citados dois capitais: “Produção/Conhecimento Científico” e “Prática/Conhecimento Assistencial”. A formação *stricto sensu*, doutorado e mestrado, como a produção científica, são mais valorizadas na carreira dos docentes. Consideram-se pesquisas e publicações os capitais que mais concedem prestígio aos professores.

O capital simbólico é o conhecimento especialista do enfermeiro e conhecimentos científico e assistencial ao médico. Na luta simbólica pelo reconhecimento, o médico ainda estaria em primeiro plano, dada a sua importância social.

No que se refere à segunda questão, o campo é percebido e dividido pelos agentes de formas distintas. Para a enfermagem, entre os vínculos RJU e Ebserh, em que ocorrem lutas para manter ou alterar as relações de força, com o uso de estratégias sustentadas no *habitus* individual e do grupo em conflito. Os conflitos relacionam-se a interesses entre profissionais da mesma categoria, ou seja, questões salariais e benefícios, estabilidade, autonomia e sentimento de desvalorização do papel e distanciamento do RJU com a gestão Ebserh. Enfim, perda de espaço e necessidade de adaptação à nova forma de trabalhar. A luta do docente da

enfermagem não está no conflito de relação entre os vínculos no hospital, mas na relevância de seu papel no HU, o que significa, conseqüentemente, a redução do campo de atuação.

Além da divisão na categoria da enfermagem, há a divisão do campo em relação ao médico, que continua tendo posicionamento superior ao do enfermeiro, RJU ou Ebserh. O docente médico, como o da enfermagem, perde espaço no campo, embora ainda influencie as decisões dos serviços médicos no HU, mesmo não estando investido em cargo de gestão da Unidade.

Para o médico, o campo é dividido entre o RJU e Ebserh. Entretanto, o capital do médico RJU lhe concede posição privilegiada, pois o ingresso do médico Ebserh não alterou significativamente as interações de trabalho, sendo comum não saber qual o vínculo do profissional. A luta se concentra do lado do médico Ebserh, que tenta subverter as relações de força. Os RJUs, ao mesmo tempo que possuem privilégios, questionam os benefícios dos “Ebserhianos”.

Em relação à terceira pergunta, os capitais se ajustam ao campo na medida em que os RJUs se reduzem no HU, por conta de aposentadorias e tempo transcorrido do início da gestão Ebserh, em 2014, embora ainda influenciem o contexto de trabalho. Assumem cargos no nível mais alto da hierarquia.

As relações de dominação exercidas pelos capitais, referentes à quarta pergunta, ocorrem por meio dos capitais dominantes, que são, em ordem de importância, o acesso a cargo de gestão e relevância das atividades na percepção do enfermeiro e do médico. Os RJUs, em relação aos cargos de gestão, possuiriam poder maior de dominação, pois a maioria das chefias da cúpula da estrutura, no hospital, seria ocupada por eles, principalmente os médicos, cabendo aos empregados da Ebserh cargos inferiores. O que determinaria a elite, detentora do capital decisivo, é a via hierárquica, apesar de se iniciar uma prática de gestão compartilhada.

No que se refere à relevância das atividades, ainda há a avaliação de que as do enfermeiro não são tão valorizadas quanto do médico. O RJU, que inclui o docente, perde o seu espaço no campo para os da Ebserh.

Para o quinto questionamento, os interesses de perpetuação do status e da dominação no campo é se manter o vínculo RJU, diante da estabilidade e poder estabelecido, principalmente no que se refere à assunção de cargos, o que inclui os docentes, em relação às antigas chefias de serviço médico. Embora não constem no organograma Ebserh, há a cultura que permite a sua atuação no campo.

Os grupos de interesse, referentes à sexta pergunta, são, de um lado, o enfermeiro buscando maior autonomia de trabalho, pois a maioria das decisões decorre dos médicos. Os da Ebserh, especificamente, procuram se equiparar à autonomia do RJU. Por isso, há interesse do enfermeiro no trabalho multidisciplinar que é incipiente, pois há pouca inserção da enfermagem em deliberações nas diversas especialidades no hospital.

Os médicos veem a existência do trabalho multidisciplinar, no entanto, evidenciando-se a ausência da enfermagem nas equipes, o que mostraria que ocorrem entre as especialidades médicas e outras áreas do conhecimento.

Por fim, para a última indagação, os conflitos que acontecem no interior do campo iniciaram-se com a questão política da chegada da Ebserh, o que gerou resistências do vínculo RJU, de se posicionar contra os novos celestistas, e estes de perceberem que não foram bem recebidos e aceitos no HU. As questões relacionadas à normatização, planos de carreiras, salários e benefícios distintos seriam os aspectos de divergências latentes.

É relevante destacar que o questionamento orientador do presente trabalho é delimitado nas relações entre os agentes enfermeiros e médicos. Devido aos limites dos saberes, são historicamente conflituosos, o que origina inquietações sobre as possíveis reconfigurações com a gestão Ebserh.

Não obstante, é significativo ressaltar os aspectos positivos verbalizados pelos entrevistados quanto às possibilidades de reorganização e fortalecimento do HU, advindas da pergunta sobre a avaliação geral da efetivação da Ebserh.

O ingresso de um número expressivo de novos profissionais viabilizou ao HU ampliar as especialidades e ambulatorios, iniciando-se um processo de trabalho multidisciplinar, que se volta para o tratamento holístico e humanizado, resultando em reordenamento dos serviços assistenciais. Há um olhar para as linhas de cuidado fundamentais à integralidade e à qualidade da assistência à saúde para a população que depende do SUS.

Houve incremento de infraestrutura tecnológica e suprimentos de materiais em níveis adequados a fim de não interromper a assistência. A nova estrutura organizacional permitiu um apropriado direcionamento às equipes de trabalho, pelo número de chefias formais com dedicação no hospital e de preceptorias para os residentes. Houve a percepção de formalização dos processos que outrora não existiam, com maior aderência às regras. Outro aspecto relevante é a garantia da assistência hospitalar e ambulatorial ao SUS de forma contínua, pois eram interrompidas devido às greves recorrentes dos servidores públicos da universidade.

6.1 PERSPECTIVAS FUTURAS

A possibilidade deste estudo é apresentar subsídios ao colegiado executivo do HU/Ebserh no que se refere aos fatores identificados, reunidos mediante um processo científico, que influenciam diretamente a gestão de pessoas, a gestão da clínica e, conseqüentemente, os serviços oferecidos pelo SUS que devem ser sustentados nos princípios da integralidade e universalidade, garantidos na Constituição Federal de 1988.

Como sugestão, pesquisas futuras que evidenciem dados que permitam avaliar a efetividade do projeto EBSEH. Serão igualmente relevantes estudos sobre a ampliação da integração das equipes multiprofissionais, no âmbito dos hospitais universitários, por meio de ações de gestão que valorizem a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade.

REFERÊNCIAS

- ANDREAZZI, M.F.S. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do estado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.37, n.2, p.275-284, abr.-jun.2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/D5KzVtzsSnd4SxN5xb58Y6K/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 05 jan. 2020.
- AZEVEDO, C. E. F.; OLIVEIRA, L. G. L.; GONZALEZ, R. K.; ABDALLA, M. M. A estratégia de triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo. *In: IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade, ANPAD*, 2013. [Anais...]. Brasília, 2013.
- BARBOSA, L. Meritocracia à brasileira: o que é desempenho no Brasil. **Revista do Serviço Público**. Brasília, ano 47, v.120, n.3, p.58-102, set.-dez.1996. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/396/402> . Acesso em: 05 jan.2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 1 ed. São Paulo: Edições 70, 2016. Título original: L'Analyse de Contenu. ISBN 978-85-62938-04-7.
- BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008. ISBN 978-85-249-0981-8.
- BERNARDES, A.; CECÍLIO, L.C.O.; NAKAO, J.R.S.; EVORA, Y.D.M. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.861-870, jul. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HsnRNxV45yt3MTL7Ys7QMPz/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 07 jan.2020.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.
- BOURDIEU, P. **O Poder simbólico**. Tradução: Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; Lisboa: Difel, 1989. ISBN 972-29-0014-5.
- _____. **As regras da arte**: gênese e estrutura do campo literário. Tradução: Maria Lúcia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- _____. **Questões de sociologia**. Tradução: Miguel Serras Pereira. Lisboa: Fim de Século, 2003. Título original: Questions de sociologie. ISBN 972-754-197-6.
- _____. **Coisas ditas**. Tradução: Cássia R. da Silveira e Denise Moreno Pegorim. São Paulo: Brasiliense, 2004. Título original: Choses dites. ISBN 85-11-08069-4.
- _____. **A distinção**: crítica social do julgamento. Tradução: Daniela Kern, Guilherme J. F. Teixeira. São Paulo:Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2007a. 560p. Título original: La distinction:critique sociale du jugement. ISBN 978-85.88840-68-3; 978-85-314-1030-7.

BOURDIEU, P. **Meditações pascalianas**. Tradução: Sérgio Miceli. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007b. 324p. Título original: Méditations pascaliennes. ISBN 978-85-286-0824-3.

_____. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. 9 ed. Tradução: Mariza Corrêa. Campinas: Papirus, 2008. Título Original: Raisons pratiques. ISBN 85-308-0393-0.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 04 jun.2020.

_____. **Decreto Federal 7082**, de 27 de janeiro de 2010. Institui o programa nacional de reestruturação dos hospitais universitários federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. [2010a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm. Acesso em: 07 jun. 2020.

_____. **Portaria nº 4279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [2010].Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 28 out. 2020

_____. Câmara dos Deputados. Relatório da comissão especial destinada a proferir parecer ao projeto de lei nº 1.749, de 31 de ago. 2011. Brasília, DF: Câmara dos Deputados [2011a] Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=915859&filename=Tramitacao-PL+1749/2011. Acesso em: 18 jul. 2020.

_____. **Lei Federal nº 12.550**, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados [2011b]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112550.htm. Acesso em: 07 jun. 2020. PL nº 1.749/2011.

_____. **Lei Federal nº 13.429/2017**, de 31 de março de 2017. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências: e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. [2017].Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113429.htm. Acesso em: 07 jun. 2020.

BRESSER PEREIRA, L. C. Reflexões sobre a reforma gerencial brasileira de 1995. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 50, n.4, p.5-29, out.-dez. 1999. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/354>. Acesso em: 10 fev. 2020.

CAMARGO, B.V; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v.21, n.2, p.513-518, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acesso em: 10 jun.2020.

CECÍLIO, L.C.O ; MOREIRA, M.E. Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflitos: a trama do poder nas organizações de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n.4, p.587-608, jul.-ago.2002. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/12413/disputa-de-interesses--mecanismos-de-controle-e-conflitos--a-trama-do-poder-nas-organizacoes-de-saude>. Acesso em: 13 abr.2020.

_____ ; MERHY, E.E. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.64, p.110-122, maio-ago. 2003.

_____ ; MENDES, T.C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde Soc.**, São Paulo, v.13, n.2, p.39-55, maio-ago. 2014.

CELLARD, André. A análise Documental. *IN: POUPART et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 3º ed. Tradução: Ana Cristina Nasser. Petrópolis/RJ: Vozes, 2012. Título original: La recherche qualitative. ISBN 978-85-326-3681-2.

CISLAGUI, J.F. Hospitais universitários federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. p.56-63. *In: Cadernos de Saúde*. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S.B. (org.). Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, set. 2011. 76 p. ISBN 978-85-88769-43-4.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório nacional consolidado da 16ª conferência nacional de saúde: democracia e saúde, Brasília-DF., 4 -7 ago. 2019. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/16_conferencia_nacional_saude_relatorio_nacional_consolidado.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

COSTA, H. G. Modelo para webibliomining: proposta e caso de aplicação. **Revista FAE**, Curitiba, v.13, n.1, p.115-126, jan.-jun.2010. Disponível em: <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/viewFile/226/146>. Acesso em: 4 jan.2020.

DAVID, I.P. **O engajamento político e o recrutamento partidário da juventude:** disposições, redes e interesses no âmbito da universidade pública. 2020. 129 p. Dissertação (Mestrado em Administração). Faculdade de Administração e Ciências Contábeis, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2020.

DÍAZ, E. **A filosofia de Michel Foucault**. Tradução: Cesar Candioto. 1 ed. São Paulo: Unesp, 2012. Título original: La filosofia de Michel Foucault. ISBN 978-85-393-0355-7.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trab.Educ.Saúde**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.15-43, nov. 2016.

DUARTE, R. Pesquisa Qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.115, p.139-154, mar. 2002.

EBSERH. Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da Ebserh: diretrizes técnicas. versão 1.0., documento em elaboração, versão 26 mar. 2013. Disponível em: http://www2.Ebserh.gov.br/documents/222346/866032/EBSERH_Estrutura+Organizacional+

dos+HUs+sob+gest%C3%A3o+da+EBSERH.pdf/f31541d2-a849-4ab9-a2b7-9de9e01d1acb.
Acesso em: 07 jun.2020

_____. Contrato de gestão especial gratuita nº 58/2014 entre a UFJF e a Ebserh. Brasília 2014a. Disponível em: <https://www.gov.br/Ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/contratos-de-gestao/regiao-sudeste/hu-ufjf/contrato-de-gestao-especial>. Acesso em: 07 jun. 2020.

_____. Sobre os Hospitais Universitários Federais. 14 maio 2021, atualizado 25 maio 2021. [2021] Disponível em: <https://www.gov.br/Ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/sobre-os-hospitais-universitarios-federais>. Acesso em: 04 de nov.2021.

FADUL, E.M.C. Reforma do Estado e serviços públicos: transformação de um modelo ou adaptação a uma nova ordem social? **Revista de Administração**, São Paulo, v.34, n.1, p.70-78, jan.-mar. 1999.

FARIAS, D.C; ARAÚJO, F.O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1895-1904, jun. 2017.

FERREIRA, L.C.M.; GARCIA, F.C.; VIEIRA, A. Relações de poder e decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares. **RAM, Rev. Adm. Mackenzie**, São Paulo, v.11, n.6, Edição Especial, p.31-54, nov.-dez. 2010.

FEUERWERKER, L.C.M; CECÍLIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 965-971, jul. 2007.

FISCHER, R.M. O círculo do poder - as práticas invisíveis de sujeição nas organizações complexas. *In*: FLEURY, M.T.L; FISCHER, R.M. (org.). **Cultura e poder nas organizações**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2007. p.65-88. ISBN 978-85-224-1400-0.

FLAUSINO, V.S. **Cultura e poder na organização hospitalar**: as relações de poder na implantação da Ebserh em um hospital universitário. 2015. 135 p. Dissertação (Mestrado em Administração). Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2015.

FLEURY, M.T.L. O desvendar a cultura de uma organização - uma discussão metodológica. *In*: FLEURY, M.T.L; FISCHER, R.M. (org.). **Cultura e poder nas organizações**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2007. p.15-27. ISBN 978-85-224-1400-0.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Tradução: Roberto Machado. 1 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977. Título original: Naissance de la clinique.

FRANCO, C.M; FRANCO, T.B. Linhas do Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de saúde.[s.l.:s.n], 2012. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/estante10.html>. Acesso em: 03 de novembro de 2021.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. *In*: Roseni Pinheiro, e Ruben Araujo de Mattos. (orgs.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 484 p. ISBN 85-89737-32-2.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. In: MINAYO, M.C.S (org.). DESLANDES, S.F.; GOMES, R. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016, p.72-95. (Série Manuais Acadêmicos). ISBN 978-85-326-5202-7.

GOMES, R.M.S. A Criação da empresa brasileira de serviços hospitalares (Ebserh): um estudo de caso. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v.5, supl.1. p.26-38, dez.2016.

GOMES, N.A.N. **As condições e relações de trabalho dos profissionais de saúde do hospital de clínicas da UFTM a partir da gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares** (Ebsehr). 155 p. 2018. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2018.

GRUN, R. Capital Econômico. In: CATANI, A.M; NOGUEIRA, M.A; HEY, A.P; MEDEIROS, C.C.C. (org). **Vocabulário Bourdieu**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. p.107-109. ISBN 978-85-513-0229-3.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. 17 ed. Tradução: Adail Ubirajara Sobral, Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 1992. Título original: The condition of postmodernity. ISBN: 978-85-15-00679-3.

HEY, A.P. Estrutura. In: CATANI, A.M; NOGUEIRA, M.A; HEY, A.P; MEDEIROS, C.C.C. (org). **Vocabulário Bourdieu**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. p.191-192. ISBN 978-85-513-0229-3.

HU-UFJF/EBESERH. (Brasil). Plano Diretor Estratégico 2019/2022. 1 v. Juiz de Fora, out.2018. [2018]. Disponível em: https://www.gov.br/Ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/governanca/superintendencia/unidade-de-planejamento/plano-diretor-estrategico-pde/pde-2019-2023_/1a-versao-2019-2022. Acesso: em 13 nov. 2021.

_____. Nossa História. Juiz de Fora, 30 set. 2020, atualizado 06 out. 2021. [2021a]. Disponível em: <https://www.gov.br/Ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/ acesso-a-informacao/institucional>. Acesso em: 21 out. 2021.

_____. Plano Diretor Estratégico 2019/2023. 2 v. Juiz de Fora, 18 jan. 2021. [2021b]. Disponível em: https://www.gov.br/Ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/governanca/superintendencia/unidade-de-planejamento/plano-diretor-estrategico-pde/pde-2019-2023_/2a-versao-2019-2023. Acesso em: 13 nov. 2021

_____. Foto MACHADO, J. [2021c]. Disponível em: <https://www.gov.br/Ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/comunicacao/noticias/2021/hospital-universitario-inaugura-nova-unidade-do-caps-liberdade>. Acesso em: 01 nov. 2021.

HU-UFJF/EBESERH. (Brasil). Organograma HU-UFJF/EBSERH. [2021d]. Disponível em: <https://www.gov.br/Ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/aceso-a-informacao/institucional/Organograma.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021

IAMAMOTO, M.V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. *In*: MOTA, A.E, *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, MS, 2008. p.161-196.

JOURDAIN, A.; NAULIN, S. **A teoria de Pierre Bourdieu e seus usos sociológicos**. Tradução: Francisco Morás. Petrópolis/RJ: Vozes, 2017. Título original: *La théorie de Pierre Bourdieu et ses usages sociologiques*. ISBN 978-85-326-5563-9. (coleção sociologia:pontos de referência).

KRÜGER, T. R.; MORAES, B. V.; SOBIERANSKI, C. B. EBSEH no HU da UFSC: da resistência à gestão pela empresa. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 23, n.1, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/QpFzyPHNsdjvYvsDdzDtKfK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abr.2021.

LAHIRE, B. C.. *In*: CATANI, A.M; NOGUEIRA, M.A; HEY, A.P; MEDEIROS, C.C.C. (org).**Vocabulário Bourdieu**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. p.64-66. ISBN 978-85-513-0229-3.

LAMPERT, J. B.; NETO, F. B.; STREIT, D. S.; MORAES, V. A.; BRENELLI, S. L. Hospitais de Ensino: a trama da crise. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 2, n. 37, p. 155-156, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200001. Acesso em: 04 abr. 2021

LEBARON, F. Capital. *In*: CATANI, A.M; NOGUEIRA, M.A; HEY, A.P; MEDEIROS, C.C.C. (org).**Vocabulário Bourdieu**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. p.101-103. ISBN 978-85-513-0229-3.

LITTIKE, D.; SODRÉ, F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.10, p.3051-3062, out. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/X9sYxMPWcJNfVhBk6M8HDSx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: jul.2020.

MARCH, C. A. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, universidades públicas e autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital. **Universidade e Sociedade**, Brasília/DF, ano XXI, n. 49, p.62-70, jan. 2012.

MARINHO, M. S. C. A questão dos objetivos nas organizações. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.30, n.2, p.5-22, abr.-jun., 1990.

MARTINS, H. F. Em busca de uma teoria da burocracia pública não-estatal: política e administração no terceiro setor. **RAC**, Maringá/PR, v.02, n.03, p. 109-128, set./dez., 1998.

MARTINS, M.S. Capital Social. *In*: CATANI, A.M; NOGUEIRA, M.A; HEY, A.P; MEDEIROS, C.C.C. (org). **Vocabulário Bourdieu**. 1 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. p.113-117. ISBN 978-85-513-0229-3.

MATON, K. *Habitus*. *In*: GRENFELL, M. **Pierre Bourdieu: conceitos fundamentais**. Tradução: Fábio Ribeiro. Petrópolis/RJ: Vozes, 2018, p.87-115. Título original: Pierre Bourdieu: key concepts. ISBN 978-85-326-5784-8.

MEC. Home Page. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=48211:liberados-r-189-milhoes-para-custeio-e-investimentos-em-hospitais-universitarios&catid=212&Itemid=30188. Acesso em: 22 fev. 2020.

MEDICI, A.C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.47, n.2, p.149-156, 2001.

MINAYO, M.C.S.O. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p-621-626, mar. 2012.

_____. O desafio da pesquisa social. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. *In*: MINAYO, M.C. S. (org.); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016, p. 09-28. (Série Manuais Acadêmicos). ISBN 978-85-326-5202-7.

MONTEIRO, L. A. **Construindo conhecimento em estudos organizacionais no Brasil**. 2016. 216 p. Tese (Doutorado em Administração). Fundação Getúlio Vargas. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. 2016.

MOREIRA, D.A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira/Thomson, 2002.

NOGUEIRA, C.M.M. Agente. *In*: CATANI, A.M; NOGUEIRA, M.A; HEY, A.P; MEDEIROS, C.C.C. (org). **Vocabulário Bourdieu**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. p.26-28. ISBN 978-85-513-0229-3.

OLIVEIRA, E.M.A.; SANTANA, I.C; ALVES, A. Radcliffe-Brown e o Estrutural-funcionalismo: a questão da mudança na estrutura e no sistema social. **Revista Diálogos**, Mato Grosso, n.11, abr.-maio, 2014.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 01, p. 103-109, 2001.

PERDIGÃO, D.A. **O Canto da Sereia? A Educação Superior como uma (Im) Possibilidade de Mudança na Trajetória Profissional da Ralé Brasileira**. 2015. 247 p. Tese (Doutorado em Administração). Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2015.

PERSSON, E.; NETO, L. M. Ideology and discourse in the public sphere: a critical discourse analysis of public debates at a Brazilian public university. **Discourse & Communication**, v.12, n.13, p.278-306, 2018. Disponível em [:https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1750481318757765](https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1750481318757765). Acesso em: ago 202.

PESSOA, C.M. **Cultura organizacional e condições de trabalho: impactos da contratualização de um hospital universitário com a Ebserh**. 2018. 79 p. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública). Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2021. Portal da Transparência. Contratos na Íntegra. Disponível em <https://www.pjf.mg.gov.br/transparencia/contratos/integra/index.php>. Acesso em: 05 nov. 2021.

QUIVY, R.; COMPENHOUT, L.V. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2 ed. Tradução João Minhoto Marques, Maria Amália Mendes e Maria Carvalho. Gradiva, 1998. Título Original: Manuel de recherche en sciences sociales.

RAMOS, G. **Uma introdução ao histórico da organização racional do trabalho**. 1 ed. Brasília: Conselho Federal de Administração, 2009. Disponível em: <https://cfa.org.br/wp-content/uploads/2018/02/35Guerreiro-Ramos.pdf>. Acesso em: 10 jun 2021.

RAMOS, M.S. **Esse Paraná, para onde nos levará? A história e o conatus em dois estaleiros de Manaus**. 2019. 231p. Tese (Doutorado em Administração). Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

REZENDE, F.C. O ajuste gerencial e seus limites: a falha sequencial em perspectiva comparada. **Rev.Sociol.Polit.**, Curitiba, v.16, número suplementar, p.127-143, ago.2008.

SCHRAIBER, L. B; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E. R. L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.04, n.02, p. 221-242, 1999.

SILVA, A.M.; SÁ, M.C.; MIRANDA, L. Entre “feudos” e cogestão: paradoxos da autonomia em uma experiência de democratização da gestão no âmbito hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.10, p.3063-3072, 2015.

SILVA, C. L.; ASSIS, L. Aplicabilidade do Planejamento Estratégico em Hospitais Universitários Federais. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo ,v. 5, n. 2. jul/dez. 2016. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/188629455.pdf>. Acesso em: set.2021.

SILVA, V. M. **As Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde: aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle**. 2012. 99 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Ministério da Saúde. Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ESNP, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, I. G. **Democracia e participação na ‘reforma’ do estado**. São Paulo: Cortez, 2003. Coleção Questões da Nossa Época. v. 103. ISBN 85-249-0918-8.

SODRÉ, F.; LITTIKE, D.; DRAGO, L. M. B.; PERIM, M. C. M. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr.- jun. 2013.

SOUZA *et al.* O agir leigo e a medicina institucionalizada: um necessário contraponto. *IN: CECILIO, L.C.O; CARAPINHEIRO,G; ANDREAZZA,R. Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde.* São Paulo: Hucitec, 2014.

TCU. **Acórdão nº 1.520/2006** - Plenário. Disponível em:
<<http://www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/judoc/Acord/20060830/TC-020-784-2005-7.doc>. Acesso em: 07 jun. 2020.

THIRY-CHERQUES, H.R. Pierre Bourdieu: a teoria na pratica. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.40, n.1, p.27-55, jan.-fev. 2006.

_____. **Métodos estruturalistas: pesquisa em ciências de gestão.** São Paulo: Atlas, 2008. ISBN 978-85-224-4938-5.

TORO, I.F.C. O papel dos hospitais universitários no SUS: avanços e retrocessos. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v.4., n.4, p.55-60, maio 2005.

VENDEMIATTI, M.; SIQUEIRA, E. S.; FILARDI, F.; BINOTTO, E.; SIMIONI, F.J. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.01, p. 1301-1314, jun.,2010.

WACQUANT, L. *Habitus In:* CATANI, A.M; NOGUEIRA, M.A; HEY, A.P; MEDEIROS, C.C.C. (org). **Vocabulário Bourdieu**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. p.213-217. ISBN 978-85-513-0229-3.

_____. Four transversal principles for putting Bourdieu to work. **Anthropological Theory**, v. 18, n. 1, p. 3-17, 2018.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Tradução: Cristhian Matheus Herrera. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. ISBN 978-85-8260-231-7.

ZAGANELLI, J. C.; BUSSINGUER, E. C. A. Universalidade e privatização: uma análise comparativa dos sistemas públicos de saúde brasileiro e francês. **Revista de Direito Brasileira**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 61 - 73, 2016. Disponível em:<https://www.indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/2958>. Acesso em: Set. abr.2021

APÊNDICE A - Revisão Sistemática de Literatura

A revisão sistemática de literatura científica teve o objetivo de levantar pesquisas aplicadas à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares que tenham investigado cultura organizacional, relações de poder, ideologia, processos de trabalho, causas e impactos da implementação do modelo de gestão da Ebserh nos hospitais universitários das universidades federais, a partir de dezembro de 2011, quando da criação da empresa pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. A realização deste estudo ocorreu entre os dias 02 e 15 de janeiro de 2020.

A metodologia aplicada foi a do método *webibliomining* de coleta e análise sistemática de conhecimento em bases de periódicos indexados, que, na visão de Faria e Araújo (2017), atende bem às características dos levantamentos na área de ciências sociais aplicadas. Esse método foi proposto por Costa (2010, p.118) e consiste nas seguintes etapas: 1) definição da amostra da pesquisa; 2) pesquisa na amostra, com as palavras-chave; 3) identificação dos periódicos com maior número de artigos publicados sobre o tema; 4) identificação dos autores com maior número de publicações; 5) levantamento da cronologia da produção, identificando “ciclos de maior produção; 6) seleção dos artigos para a composição do “núcleo de partida” para a pesquisa bibliográfica, que deve contemplar:

- os artigos mais relevantes;
- identificação dos primeiros autores a escreverem sobre o tema;
- identificação dos últimos autores a escreverem sobre o tema;
- identificação dos textos mais relevantes em cada “ciclo de maior produção”.

A amostra da pesquisa refere-se a artigos, teses e dissertações da base de dados do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Ministério da Educação (Capes/MEC) e teses e dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia/Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (IBICT/BDTD). A escolha dessas bases deve-se ao fato de serem os principais repositórios digitais do país e ao próprio objeto de pesquisa, ou seja, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que tem despertado interesses de pesquisadores nacionais, especificamente os de universidades federais, conforme a pesquisa aponta. Também de forma complementar foi utilizada a base de dados da biblioteca *SciELO (Scientific Electronic Library Online)* que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros.

As palavras chaves para realizar a pesquisa de artigos na amostra compreenderam: “Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares” e “Ebserh”, abrangendo o período de dezembro de 2011 a janeiro de 2020, conforme apresentado no Quadro 27. Para o levantamento dos artigos no portal de periódicos Capes/MEC, optou-se por fazer uma leitura em todos os títulos e resumos e não utilizar os filtros disponíveis.

A pesquisa foi refinada, em três etapas, sendo realizado, na primeira análise dos artigos, exclusão de estudos, tais como: a) educação, pós-graduação e residência multiprofissional; b) medicina, enfermagem e nutrição, c) sistema de informação, tecnologia, prescrição eletrônica, segurança, manutenção, resíduos de saúde, logística e operações, d) plano de saúde, operadora de saúde e saúde suplementar, empreendedorismo, inovação, sustentabilidade e desperdício.

Na segunda análise dos artigos, houve a verificação de estudos repetidos entre os operadores Ebserh ("é exato" e "contém"), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares ("é exato") e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares ("contém"). Na terceira análise, buscou-se o refinamento em relação aos assuntos de interesse, ou seja, cultura organizacional, relações de poder, ideologia, processos de trabalho, causas e impactos da implementação do modelo de gestão da Ebserh.

Quadro 27 - Artigos das bases *SciELO* e Capes/MEC

Artigos						
Base	Campos de Pesquisa	Operador Palavra chave	Artigos	1º Análise	2º Análise	3º Análise
SciELO	Todos os índices: ano de publicação, autor, financiador, periódico, resumo e título.	Ebserh.	05	04	0	0
		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.	06	05	05	01
Capes/MEC	Qualquer: no título, como autor, no assunto.	Ebserh ("é exato" e "contém").	80	21	08	03
	Data de publicação: Dez. 2011 a 15 jan.2020. Tipo de material: artigo Qualquer idioma.	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares ("contem").	185	26	26	11

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares ("é exato").	51	13	01	0
			327	69	40	15

Fonte: elaborado pela autora, 2020

Para o levantamento das dissertações e teses do Quadro 28, houve adequação ao método *webibliomining*, por não se tratar de artigos em periódicos. A análise abrangeu o mesmo período, sendo também realizada uma leitura em todos os títulos e resumos da base de dados do IBICT/BDTD e utilizados filtros somente para a base de catálogos de teses & dissertações da Capes.

Quadro 28 - Dissertações e teses das bases de dados IBICT/BDTD e Capes/MEC

Dissertações e Teses										
Base	Campo de Pesquisa	Operador palavra chave	D	T	1º análise		2º análise		3º análise	
					D	T	D	T	D	T
IBICT/BDTD	Todos os campos/todos os termos.	Ebserh	82	05	30	02	30	02	16	02
IBICT/BDTD	Todos os campos/todos os termos/Ano de defesa 2011 a 2020.	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	94	11	30	01	04	0	01	0
Catálogos de Teses & Dissertações da Capes.	Área do Conhecimento: Administração, Administração Pública, Economia, Educação, Ensino, Política Pública e Psicologia.	Ebserh	24	01	19	0	06	0	04	0
Total			200	17	82		42		23	

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

O Quadro 29 relaciona os periódicos em que foram publicados os artigos que compõem o núcleo de partida para o referencial teórico (Classificação por relevância).

Quadro 29 - Periódicos com maior número de artigos publicados

Nº	Título do Periódico	Nº de artigos
1	Argumentum	1
2	Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário	1
3	Ciência & Saúde Coletiva	4
4	Discourse & Communication	1
5	Em pauta	1
6	Revista Brasileira de Educação Médica	1
7	Revista Brasileira de Promoção da Saúde	1
8	Revista de Direito Brasileira	1
9	Revista Latinoamericana de Bioética	1
10	Serv. Soc. Soc.	1
11	Serviço Social e Saúde	1
12	Trab. Educ. Saúde	1
	Total	15

Fonte: elaborado pela autora, 2020

O Quadro 30 apresenta a lista de artigos que compõem o núcleo de partida para a pesquisa, resultante das regras descritas nos itens anteriores.

Quadro 30 - Artigos que compõem o núcleo de partida para o referencial teórico (classificação por relevância)

nº	Autor(es)	Título	Revista
1	PERSSON, Erik.; NETO, Luís Moretto	Ideology and discourse in the public sphere: a critical discourse analysis of public debates at a Brazilian public university.	Discourse & Communication, v.12, n.13, p.278-306, 2018.
2	MIRANDA, Ana Paula Rocha de Sales	Investigando a organização de processos de trabalho pelo uso de ferramentas analisadoras.	Em Pauta, Rio de Janeiro, v.13, n. 36, p. 224- 249, 2015.
3	MORAIS, Heloisa Maria Mendonça;	A coalizão dos empresários da saúde e suas propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014-2018).	Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.24, n.12, p. 4479-4488, 2019.

	OLIVEIRA, Raquel Santos; SILVA, Lúcia Maria Vieira.		
4	ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky de	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado.	Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v.37, n.2, 2013.
5	TEIXEIRA, Janine Vieira; CRUZ, César Albenes de Mendonça; LIMA, Rita de Cássia Duarte	Trabalhadores estatutários e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.	Argum., Vitória, v.10, n.1, p.213-228, 2018.
6	SODRÉ, Francis; LITTIKE, Denilda; DRAGO, Leandra Maria Borlini; PERIM, Maria Clara Mendonça.	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?	Serv. Soc. Soc., São Paulo, n.114, p.365-380, 2013.
7	PALHARES, Dario; CUNHA, Antônio Carlos Rodrigues.	Reflexões bioéticas sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).	Rev.latinoam.bioet. vol. 14 n. 1, ed. 26, p. 122-129, 2014.
8	GOMES, Renata Machado Dos Santos	A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh): um estudo de caso	Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília, v. 5 supl.1, p.26-38, 2016.
9	GOMES, Kedna Kelly de Souza; OLIVEIRA, Lúcia Conde de; ZANELLA, Ana Karla Batista Bezerra; MAIA, Lúcia de Fátima Rocha Bezerra	Novo Modelo de gestão para hospitais universitários: percepção dos profissionais de saúde.	Serviço Social & Saúde, Campinas, SP, v.13, n.2, p.283-298, 2014.
10	SODRÉ, Francis; LITTIKE, Denilda	A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um hospital universitário federal.	Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.20, n.10, p. 3051-3062, 2015.
11	DRUCK, Graça	A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho.	Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016.

12	ALVES, Sheila Maria Parreira; COELHO, Maria Carlota de Rezende; BORGES, Luiz Henrique; CRUZ, César Albenes de Mendonça; MASSARONI, Leila; MACIEL, Paulete Maria Ambrósio.	A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um hospital universitário federal.	Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.20, n.10, p. 3043-3050, 2015.
13	ZAGANELLI, Juliana Costa; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo.	Universalidade e privatização: uma análise comparativa dos sistemas públicos de saúde brasileiro e francês.	Revista de Direito Brasileira, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 61 - 73, 2016.
14	CONILL, Eleonor Minho.	Sistemas Universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde.	Rev. Bras. Promoç. Saúde, Fortaleza, v.31, n.4, p.1-13, 2018.
15	FARIAS, Diego Carlos; ARAÚJO, Fernando Oliveira de.	Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais	Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 1895-1904, 2017.

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

O Quadro 31 apresenta a lista de dissertações e teses que compõem o núcleo de partida para a pesquisa, resultado das regras descritas nos itens anteriores.

Quadro 31 - Dissertações e teses que compõem o núcleo de partida para o referencial teórico

Nº	Autor(es)	Título	Nível	Ano	Univ/Fac.
1	SANTOS, Gisele Serafim Cardoso	Adesão do hospital universitário da UFSC à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um estudo sobre mudança organizacional na percepção dos gestores e servidores.	Mestrado	2018	UFSC
2	FLAUSINO, Vinicius Silva	Cultura e poder na organização hospitalar: as relações de poder na	Mestrado	2015	UFU

		implantação da Ebserh em um hospital universitário.			
3	LIMA, Bruno Jáy Mercês	Uma análise das práticas de implantação da Ebserh nos hospitais universitário e de seus efeitos, a partir de 2010.	Mestrado	2016	UFPA
4	AFONSO, Érica Maria de Azevedo Silveira.	(Des)Terceirização nos hospitais da Universidade Federal do Ceará.	Mestrado	2017	UFC
5	DALCIN, Tomás	Impacto da adesão dos hospitais universitários federais à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).	Mestrado	2019	UFRG
6	LANG, Cláudia Emília	Modelo de gestão assistencial para a rede Ebserh baseado na cogestão, núcleo interno de regulação, Kanban e painel de indicadores.	Mestrado	2018	UFRN
7	SOUZA, Paula Cecília Rodrigues	Marco regulatório para a pesquisa e inovação tecnológica na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh.	Mestrado	2018	UFRN
8	PESSOA, Celita Menezes	Cultura organizacional e condições de trabalho: impactos da contratualização de um hospital universitário com a Ebserh.	Mestrado	2018	UFRN
9	GOMES, Nairana Abadia do Nascimento	As condições e relações de trabalho dos profissionais de saúde do Hospital de Clínicas da UFTM a partir da gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).	Mestrado	2018	UNSP
10	BIONDINI, Bárbara Katherine Faris	"Saúde prá dar e vender": a Ebserh como um aspecto do desmantelamento da saúde pública.	Mestrado	2018	UFMG
11	PRIMO, Geraldo Majela Garcia	Mudanças estruturais, condições de trabalho e riscos psicossociais em um hospital público universitário.	Doutorado	2018	UFMG
12	VIEIRA, Kayo Roberto	Transformações estruturais e institucionais da gestão do HULW/UFPA com o advento da Ebserh.	Mestrado	2017	UFRN
13	NIEDERAUER, Ariane de Fatima Escobar Rossi	O papel do engajamento na construção do discurso sobre privatização em notícias acerca da polêmica de adesão de hospitais universitários federais à Ebserh.	Doutorado	2017	UFMS
14	MAZETO, Yuri Emmanuelle Silva	Política de Saúde Face aos Avanços Neoliberais e a Implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).	Mestrado	2017	PUC-GO
15	ALBUQUERQUE, Géssica Oliveira	O debate sobre a EBSEH em instâncias de controle social: um estudo exploratório.	Mestrado	2017	UNB

16	FERNANDES, Rafaela Bezerra	Da conquista ao desmonte: um estudo sobre os (des)caminhos da política de saúde em tempos de EBSERH.	Mestrado	2017	UNB
17	ORLANDI, Daniele de Paula	Análise dos impactos da Ebserh no desempenho dos hospitais universitários federais.	Mestrado	2016	UFES
18	MARINHO, Ricardo Novaes	Implicações estruturais e comportamentais na implementação do modelo de gestão da Ebserh em um hospital universitário.	Mestrado	2016	UFES
19	SILVA, José Antônio	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: coerência ou contradição de um estado empresário?	Mestrado	2014	UFF
20	TEIXEIRA, Ênio Henrique	Um sistema de qualidade para a gestão compartilhada do Hospital Universitário da UFJF com a Ebserh.	Mestrado	2016	UFJF
21	ZIGATO, Jhony Oliveira	A implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF): dilemas presentes e perspectivas futuras.	Mestrado	2015	UFJF
22	OLIVEIRA, Gabriela de Abreu	A compatibilidade dos princípios e modelo de estado que subjazem ao SUS e a Ebserh (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares).	Mestrado	2014	PUC RS
23	CARDIAL, Andrea Mattos Dantas do Nascimento.	Novas determinações do capital na saúde brasileira: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares em questão.	Mestrado	2013	UFSE

Fonte: elaborado pela autora, 2020

APÊNDICE B - Roteiro das entrevistas

Data: _____ **Horário:** _____
Entrevistado (a) Letra () Gênero ()
Qual o seu vínculo? () estatutário técnico-administrativo () estatutário docente
 () funcionário celetista
Qual o seu cargo? () enfermeiro () médico
Tempo de trabalho no HU: _____
Possui cargo de gestão? () Não () Sim Qual: _____ Período: _____
Qual a sua unidade de trabalho?
Qual o cargo (e de gestão) de seu superior? _____

Análise do Campo (Como o campo se determina)

Trajetória social do agente

1 Fale-me sobre a sua trajetória acadêmica e profissional.

2 Relate-me sua experiência em cargo de gestão no HU.

Análise das relações objetivas entre as posições

Perguntas aos médicos

3 Como percebe a relação com o médico celetista? (pergunta ao médico servidor público).

Como percebe a relação com o médico servidor público? (pergunta ao médico celetista).

4 Como é a sua relação com a enfermagem? (pergunta ao servidor público/funcionário celetista médico).

Perguntas aos enfermeiros

3 Como percebe a relação com o enfermeiro celetista? (pergunta ao enfermeiro servidor público).

Como percebe a relação com o enfermeiro servidor público? (pergunta ao enfermeiro celetista).

4 Como é a sua relação com o médico? (pergunta ao servidor público/funcionário celetista enfermeiro).

5 Você percebe a interação entre o grupo como de cooperação ou competição?

6 Você percebe que existe uma estrutura informal, que pode distorcer a estrutura organizacional do HU/Ebserh?

Quais os capitais efetivos(específicos) garante(m) conservar a posição dos agentes no campo?

7 O que o profissional precisa ter para ser reconhecido e valorizado na sua área?

Qual estrutura dos capitais (peso relativo dos diferentes capitais)

8 O que o grupo considera como requisito (s) essencial(is) para a posição de (médico/enfermeiro)?

O que se pretende ao investir? (dominação do campo, qual capital dominante, hierarquia dos capitais, como se distribui o poder)

9 O que falta para você alcançar e sentir-se valorizado na sua carreira?

10 O que permite (critérios) assumir um cargo de gestão no HU?

Análise do *Habitus*

Hexis

11 Você percebe uma postura (maneira de vestir e falar) ou gosto que balize a integração ao grupo?

Eidos

12 Relate-me a liberdade e os limites de sua autonomia (formalismo, pontualidade, adesão ao regulamento).

Ethos

13 Você avalia que as decisões sobre procedimentos de cuidados aos pacientes são programadas e discutidas?

14 Qual (is) procedimento (s) você considera que ocorre(m) naturalmente e deveria(m) ser revisto(s)?

Articulação da Disposição do Campo

15 Qual cargo/posição toma a decisão sobre um assunto?

16 De que forma você é avaliado pelo seu superior e seus pares?

17 O que é estabelecido como regra no grupo de trabalho e que não está previsto formalmente?



18 Você entende que as suas atividades são exercidas de acordo com o que está previsto em suas atribuições formais?

19 Você acredita que há tratamento diferenciado entre os profissionais pelo seu superior?

Avaliação geral sobre a gestão Ebserh

20 Você poderia fazer uma avaliação geral sobre a implementação da Ebserh?

APÊNDICE C: Termo de consentimento livre e esclarecido

	<p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA</p> <p>Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HU-UFJF</p>	
---	---	---

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR

Pesquisadora Responsável: Débora Frederico Salles

Endereço: Rua Judith de Paula, 170/ 302, Aeroporto

CEP: 36.038-360 - Juiz de Fora - MG Telefone: 32 99929-7002

E-mail: deborasalles.lipps@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “O Modelo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) no Hospital Universitário da UFJF (HU-UFJF): um estudo sobre as relações de poder”¹⁶. Neste estudo pretendemos identificar de que forma a implantação do modelo Ebserh de gestão dos hospitais universitários federais tem mudado as relações de poder entre os agentes profissionais enfermeiros e médicos que atuam no Hospital Universitário da UFJF. O motivo que nos leva a realizá-la deve-se ao fato de mudança de gestão no HU, onde novas configurações são estabelecidas e, assim, conhecer as suas reais relações e manifestações são essenciais para garantir a necessária estabilidade e buscar o desenvolvimento da gestão, visto que é um hospital de ensino, vinculado à UFJF, reconhecido como um espaço complexo que articula o ensino, pesquisa e a extensão, além de possuir um papel assistencial de destaque no contexto do SUS.

Para este estudo adotaremos o seguinte procedimento: entrevista no formato semiestruturado com perguntas formuladas de forma aberta com base no referencial teórico, realizada de forma virtual e gravada mediante sua autorização, dado o momento de pandemia da Covid-19. Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos, pois o roteiro de entrevista contempla questões de forma a evitar constrangimentos e a garantir o seu anonimato. Para minimizar possíveis riscos, você será identificado (a) por números e letras, preservando, portanto, sua identidade. A gravação não será divulgada a terceiros, sendo de acesso restrito à pesquisadora. Também poderá deixar de responder pergunta (s), caso não se sinta confortável, ou cancelar a entrevista.

A pesquisa contribuirá para subsidiar a administração do HU/Ebserh quanto à implementação de práticas de aprimoramento da gestão que busquem minimizar ambientes de trabalho de pouca interação e colaboração. Assim, tanto os servidores públicos estatutários e funcionários celetistas médicos e enfermeiros serão diretamente beneficiados, quanto os demais profissionais do HU/Ebserh. A sociedade, conseqüentemente, será beneficiada, visto que necessita ter acesso e de qualidade aos serviços hospitalares, pois ao se aprofundar a questão das relações de poder no HU poderá ser aberto um diálogo interno permitindo novas e mais

¹⁶ O título foi alterado para “O Campo HU/UFJF à luz da Teoria Boudieusiana: as reconfigurações das relações de poder a partir da implementação da gestão Ebserh”

eficientes formas de gestão com reflexos na eficácia da prestação de serviços à comunidade de Juiz de Fora e região.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o (a) Sr. (a) tem assegurado o direito a indenização. O (A) Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o (a) Sr. (a) é atendido pela pesquisadora, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados, em meio digital e/ou físico, com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se em formato digital (02 vias), que será arquivado pela pesquisadora responsável, no centro do estudo: Rua Judith de Paula, 170/ 302, Aeroporto, Juiz de Fora/MG, e disponibilizado um arquivo ao (a) Sr. (a), por e-mail.

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade nº _____, fui informado(a) dos objetivos do estudo “O Modelo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) no Hospital Universitário da UFJF (HU-UFJ): um estudo sobre as relações de poder”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido, por e-mail, e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ 2021.

Nome e assinatura do (a) participante

Data

Débora Frederico Salles
Nome e assinatura da pesquisadora

Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:
CEP HU-UFJF - Comitê de Ética em Pesquisa HU-UFJF
Rua Catulo Breviglieri, s/nº - Bairro Santa Catarina
CEP.: 36.036-110 - Juiz de Fora - MG
Telefone: 4009-5217
E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br