



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E CONTABILIDADE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E CONTROLADORIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO E CONTROLADORIA**

**RAFAEL STRAUS TIMBÓ VASCONCELOS**

**A CULTURA ORGANIZACIONAL DO**  
**COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC:**  
**UMA ANÁLISE A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DA EBSEH**

**FORTALEZA**  
**2019**

RAFAEL STRAUS TIMBÓ VASCONCELOS

**A CULTURA ORGANIZACIONAL DO  
COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC:  
UMA ANÁLISE A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DA EBSERH**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria da Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração e Controladoria. Área de concentração: Gestão Organizacional

Orientador: Prof. Dr. Augusto César de Aquino Cabral

**FORTALEZA  
2019**

RAFAEL STRAUS TIMBÓ VASCONCELOS

**A CULTURA ORGANIZACIONAL DO  
COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC:  
UMA ANÁLISE A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DA EBSEH**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria da Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração e Controladoria. Área de concentração: Gestão Organizacional

Orientador: Prof. Dr. Augusto César de Aquino Cabral

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Augusto César de Aquino Cabral (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sandra Maria dos Santos  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. José Milton de Sousa Filho  
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

V451c Vasconcelos, Rafael Straus Timbó.  
A CULTURA ORGANIZACIONAL DO COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC : UMA ANÁLISE A  
PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DA EBSEH / Rafael Straus Timbó Vasconcelos. – 2019.  
208 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração,  
Atuária e Contabilidade, Mestrado Profissional em Administração e Controladoria, Fortaleza, 2019.  
Orientação: Prof. Dr. Augusto César de Aquino Cabral .

1. Cultura Organizacional. 2. UFC. 3. EBSEH. 4. Cameron e Quinn. I. Título.

CDD 658

---

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e ao apoio da espiritualidade, que criaram as condições e propiciaram todo o amparo físico e material para esta trajetória do mestrado, desde a leitura do edital de seleção do mestrado até o dia da defesa desta dissertação.

Agradeço à Universidade Federal do Ceará por esta oportunidade agarrada com unhas e dentes, exibindo meu orgulho por fazer parte desta instituição como aluno e servidor.

Agradeço ao apoio da minha família, em particular à minha Tia Antonieta pelas doses de carinho e afeto extremamente necessárias nos momentos mais puxados do mestrado.

Gratidão sem limites ao Eudes, companheiro de todas as horas, grande incentivador e que sempre enxergou potencial em mim, sempre me incentivando a ser uma pessoa melhor, sempre tendo a palavra certa para os momentos certos.

Gratidão à Professora Elidihara Trigueiro Guimarães, minha chefe, que acreditou mais em mim do que eu mesmo quando dizia que eu seria aprovado na seleção do mestrado, e durante seu desenvolvimento, sempre foi compreensiva nos momentos em que a trajetória ficava escura, com suas palavras de apoio.

Muita gratidão ao meu orientador, Prof. Dr. Augusto César de Aquino Cabral por acreditar neste projeto e me ajudar a mantê-lo de pé, filtrando e lapidando as questões que realmente seriam necessárias porque esta pesquisa poderia ter seguido direções em que o foco se perderia com facilidade. Obrigado pela paciência!

Gratidão aos membros da banca: à Profa. Dra Sandra Maria dos Santos pela paciência, serenidade e observações certeiras e cirúrgicas. Ao Prof. Dr. José Milton de Sousa Filho pelas importantes e esclarecedoras sugestões e contribuições que enriqueceram este trabalho.

Gratidão ao Dr. Luciano, então Superintendente do Complexo Hospitalar, por ter aberto as portas dos Hospitais e dado todo o apoio necessário a este trabalho. Ao Dr. Carlos Augusto por ter feito o mesmo na MEAC, pela acolhida e divulgação da pesquisa. Agradeço a todos os gestores do HUWC e MEAC pela atenção e esclarecimentos. E gratidão à amizade dos meus ex-colegas da Divisão de Gestão de Pessoas da EBSERH, que se mantém firme e forte. Gratidão à Ielda e à Olga, ex-chefes nos Hospitais, por tudo o que aprendi com elas.

Gratidão demais à minha maravilhosa turma, aos meus incríveis colegas. Nunca vi uma turma como esta, uns apoiando os outros desde o começo em um clima extremamente leve e descontraído, sem disputas frívolas típicas do mundo acadêmico. Em particular à Lizy, Etienne e Luana pelo apoio nas horas de angústia e dúvidas.

*“Olho o ovo na cozinha com atenção superficial para não quebrá-lo. Tomo o maior cuidado de não entendê-lo. Sendo impossível entendê-lo, sei que se eu o entender é porque estou errando.*

*Entender é a prova do erro. Entendê-lo não é o modo de vê-lo. – Jamais pensar no ovo é um modo de tê-lo visto. – Será que sei do ovo? É quase certo que sei. Assim: existo, logo sei.*

*O que eu não sei do ovo é o que realmente importa. O que eu não sei do ovo me dá o ovo propriamente dito.”*

Trecho extraído de “O ovo e a galinha”.  
Um conto de Clarice Lispector.  
LISPECTOR, C. A descoberta do Mundo

## RESUMO

O presente trabalho buscou caracterizar a cultura organizacional do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, formado pelo Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) após sua adesão à EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Garcia *et al.* (2015) evidenciam que a cultura de uma organização influencia o tipo de gestão, concluindo que a cultura direciona o estilo de gestão adotado, e, conseqüentemente, provoca interferências em mudanças organizacionais. O modelo utilizado é o de Cameron e Quinn (2011), chamado de *Competing Values Framework* (CVM), que preconiza quatro tipologias de cultura organizacional: hierárquica, clã, inovativa e de mercado. Foi examinado o processo de adesão do Complexo Hospitalar à EBSEH sob o prisma da cultura organizacional, descrevendo como se deu a implantação da EBSEH e os impactos na cultura organizacional de servidores da UFC veteranos e empregados EBSEH novatos, além de apontar como se manifestam as quatro tipologias culturais e qual delas predomina. A pesquisa utilizou abordagens quantitativa e qualitativa, sendo caracterizada como descritiva, com natureza aplicada e fez uso da estratégia de estudo de caso. Foram realizadas entrevistas com gestores da EBSEH, do HUWC, da MEAC, e representantes do SINTUFCE. Os dados quantitativos foram coletados através de *survey* junto à força de trabalho dos dois hospitais, formada por servidores da UFC e empregados da EBSEH. Os resultados obtidos apontaram que a tipologia cultural predominante nos hospitais, se olhados em conjunto, é a de cultura clã, destacando que ela predomina na MEAC, enquanto no HUWC não se observou diferença estatisticamente significativa entre as tipologias hierárquica e de clã, contrariando a primeira hipótese deste trabalho, a qual preconizava que os hospitais teriam tipologia cultural predominantemente hierárquica. Foi confirmada a hipótese da tipologia clã ser a dominante nos profissionais da área assistencial; na área administrativa há predomínio das culturas hierárquica e clã, sem diferença estatisticamente significativa, rejeitando a hipótese de predomínio da cultura de mercado neste grupo. A cultura inovativa e a cultura de mercado são minoritárias, ambas sem diferenças significativas entre si. Os resultados também indicaram que não há diferenciação estatisticamente significativa na tipologia cultural de servidores UFC e empregados EBSEH, apontando que – passados cinco anos da adesão do Complexo Hospitalar da UFC à EBSEH – os dois grupos possuem a mesma percepção de tipologia cultural. Por fim, os dados qualitativos evidenciaram que o processo de adesão à EBSEH foi rápido e drástico, mas não provocou ruptura na tipologia de cultura organizacional – os entrevistados consideraram que o período de cinco anos ainda é muito curto para uma transformação cultural e que esta encontra-se em processo de transição. Os resultados deste estudo endossam as pesquisas de cultura organizacional em instituições hospitalares e contribuem para o aprofundamento dos estudos sobre o fenômeno da criação da EBSEH e seus impactos para a melhoria dos serviços oferecidos pelo SUS.

### PALAVRAS-CHAVES:

Cultura Organizacional. UFC. EBSEH. Cameron e Quinn.

## ABSTRACT

The present work aimed to characterize the organizational culture of the Hospital Complex of the Federal University of Ceará, formed by the Walter Cantídio University Hospital (HUWC) and Assis Chateaubriand Maternity School (MEAC) after adhering EBSEH - Brazilian Company of Hospital Services. Garcia et al. (2015) evidenced that the culture of an organization influences the type of management, concluding that the culture will direct the adopted management style and, consequently, will influence organizational changes. The model used is that of Cameron and Quinn (2011), called Competing Values Framework (CVM), which preconizes four types of organizational culture: hierarchical, clan, innovative and market. The process of joining the Hospital Complex to EBSEH from the perspective of organizational culture was examined, describing how EBSEH was implemented and the impacts on the organizational culture of veteran UFC employees and novice EBSEH employees, as well as pointing out how the four cultural typologies manifests and which one predominates. The research used quantitative and qualitative approaches, being characterized as descriptive, applied nature and using the case study strategy. Interviews were conducted with managers from EBSEH, HUWC, MEAC, and representatives of SINTUFCE. Quantitative data were collected through a survey of the workforce of both hospitals, consisting of UFC servers and EBSEH employees. The results showed that the predominant cultural typology in hospitals, if taken together, is that of clan culture, highlighting that it predominates in MEAC, while in HUWC there was no statistically significant difference between hierarchical and clan typologies, contrary to the first hypothesis. This work hypothesized that hospitals would have a predominantly hierarchical cultural typology. The hypothesis of the clan typology was the dominant one in the healthcare professionals was confirmed; In the administrative area there is a predominance of hierarchical and clan cultures, with no statistically significant difference, rejecting the hypothesis of predominance of market culture in this group. Innovative culture and market culture are minority, both without significant differences between them. The results also indicated that there is no statistically significant differentiation in the cultural typology of UFC servers and EBSEH employees, indicating that - five years after the UFC Hospital Complex adhered to EBSEH - both groups have the same perception of cultural typology. Finally, the qualitative data indicated that the process of adhering to EBSEH was fast and drastic, but did not disrupt the organizational culture typology - the interviewees considered that the five-year period is still too short for a cultural transformation and that it finds in transition process too short for a cultural transformation and that it finds in transition process. The results of this study endorse research on organizational culture in hospital institutions and contribute to the deepening of studies on the phenomenon of the creation of EBSEH and its impacts on the improvement of services offered by SUS.

### KEYWORDS:

Organizational culture. UFC. EBSEH. Cameron and Quinn.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01:</b> Principais dimensões e valores enfatizados pelo <i>Competing Value Model</i> ..	42
<b>Figura 02:</b> As tipologias culturais do modelo de Cameron e Quinn .....	43
<b>Figura 03:</b> Instituições federais de ensino superior com hospitais universitários   federais.....	56
<b>Figura 04:</b> Visão geral das categorias de análise da pesquisa .....	76
<b>Figura 05:</b> Categorias de análise e unidades de registro do processo de adesão do Complexo Hospitalar da UFC à EBSEERH .....	78
<b>Figura 06:</b> Unidades de registro da categoria Implantação da EBSEERH no Complexo hospitalar da UFC .....	79
<b>Figura 07:</b> Unidades de registro da categoria A adaptação cultural dos servidores da UFC.....	94
<b>Figura 09:</b> Unidades de registro da categoria A consolidação do Complexo Hospitalar da UFC .....	112
<b>Figura 10:</b> Unidades de registro da categoria Mudanças culturais provocadas pela EBSEERH .....	124
<b>Figura 11:</b> Categorias de análise e unidades de registro da tipologia de cultura hierárquica .....	143
<b>Figura 12:</b> Categorias de análise e unidades de registro da tipologia de cultura clã....	147
<b>Figura 13:</b> Categorias de análise e unidades de registro da tipologia de cultura de mercado.....	150
<b>Figura 14:</b> Categorias de análise e unidades de registro da tipologia de cultura inovativa ( <i>ou adhocrática</i> ) .....	155

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01:</b> Contrastes entre as culturas organizacionais japonesas e norte-americanas.....	27
<b>Quadro 02:</b> Estrutura do instrumento OCAI, desenvolvido por Cameron e Quinn (2011) ..	46
<b>Quadro 03:</b> Estudos empíricos sobre cultura organizacional em instituições hospitalares ..	47
<b>Quadro 04:</b> Rede de hospitais universitários da EBSEH .....56	56
<b>Quadro 05:</b> Estudos empíricos sobre a adesão de hospitais universitários à EBSEH (artigos) .....	59
<b>Quadro 06:</b> Estudos empíricos sobre a adesão de hospitais universitários à EBSEH (dissertações) .....	60
<b>Quadro 07:</b> Mapeamento dos sujeitos a serem entrevistados para a pesquisa.....	67
<b>Quadro 08:</b> Distribuição das tipologias culturais de Cameron e Quinn no questionário.....	70
<b>Quadro 09:</b> Relação entre categorias e questões do roteiro de entrevista.....	71
<b>Quadro 10:</b> Categorias de análise e unidades de registro da pesquisa.....	74
<b>Quadro 11:</b> Síntese dos principais resultados da pesquisa relativos ao processo de implantação da EBSEH .....	185
<b>Quadro 12:</b> Síntese dos principais resultados da pesquisa relativos às análises das tipologias culturais .....	187

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01:</b> Distribuição de servidores e empregados por hospital e vínculo .....	65
<b>Tabela 02:</b> Número de consultas médicas e não-médicas no HUWC entre 2015 e 2018 ...	126
<b>Tabela 03:</b> Quantidade de procedimentos ambulatoriais no HUWC entre 2015 e 2018.....	126
<b>Tabela 04:</b> Quantidade de atendimentos ambulatoriais, cirúrgicos e de emergência da MEAC, entre 2015 e 2018 .....	127
<b>Tabela 05:</b> Distribuição de servidores e empregados por vínculo.....	158
<b>Tabela 06:</b> Distribuição de servidores e empregados por hospital .....	158
<b>Tabela 07:</b> Distribuição de servidores e empregados por área de atuação .....	159
<b>Tabela 08:</b> Distribuição de servidores e empregados por sexo .....	159
<b>Tabela 09:</b> Distribuição de servidores e empregados por cargo.....	159
<b>Tabela 10:</b> Distribuição de servidores e empregados por escolaridade.....	160
<b>Tabela 11:</b> Estatística descritiva das médias das tipologias culturais do Complexo Hospitalar da UFC .....	160
<b>Tabela 12:</b> Teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para a distribuição das médias das tipologias culturais do Complexo Hospitalar da UFC.....	161
<b>Tabela 13:</b> Teste de Friedman: Postos de média por Tipologia de Cultura .....	162
<b>Tabela 14:</b> Teste de Friedman: Estatística de Teste – tipologias culturais do Complexo Hospitalar .....	162
<b>Tabela 15:</b> Teste <i>post hoc</i> : comparações múltiplas de médias das tipologias culturais do Complexo Hospitalar .....	163
<b>Tabela 16:</b> Estatística descritiva das médias da tipologia cultural do HUWC .....	163
<b>Tabela 17:</b> Teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para a distribuição das médias das Tipologias Culturais do HUWC .....	164
<b>Tabela 18:</b> Teste de Friedman: Postos de média por Tipologia de Cultura no HUWC .....	165
<b>Tabela 19:</b> Teste de Friedman: Estatística de Teste – tipologias culturais do HUWC .....	165
<b>Tabela 20:</b> Teste <i>post hoc</i> : comparações múltiplas de médias das tipologias culturais do HUWC .....	165
<b>Tabela 21:</b> Estatística descritiva das médias da tipologia cultural da MEAC .....	166
<b>Tabela 22:</b> Teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para a distribuição das médias das Tipologias Culturais da MEAC .....	167
<b>Tabela 23:</b> Teste de Friedman: Postos de média por Tipologia de Cultura na MEAC .....	167
<b>Tabela 24:</b> Teste de Friedman: Estatística de Teste – tipologias culturais da MEAC .....	168

<b>Tabela 25:</b> Teste <i>post hoc</i> : comparações múltiplas de médias das tipologias da MEAC....	168
<b>Tabela 26:</b> Teste de <i>Mann-Whitney</i> - Postos de média para as tipologias Clã e Hierárquica, por hospital .....	169
<b>Tabela 27:</b> Teste de <i>Mann-Whitney</i> : Estatística de Teste .....	169
<b>Tabela 28:</b> Estatística descritiva das médias das tipologias culturais da UFC .....	171
<b>Tabela 29:</b> Teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para a distribuição das médias das tipologias culturais da UFC .....	173
<b>Tabela 30:</b> Teste de Friedman: Postos de média por tipologia de cultura da UFC .....	174
<b>Tabela 31:</b> Teste de Friedman: Estatística de Teste – tipologias culturais da UFC .....	174
<b>Tabela 32:</b> Teste <i>post hoc</i> : comparações múltiplas de médias das tipologias culturais UFC	174
<b>Tabela 33:</b> Estatística descritiva das médias das tipologias culturais da EBSE RH .....	175
<b>Tabela 34:</b> Teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para a distribuição das médias das Tipologias culturais da EBSE RH .....	176
<b>Tabela 35:</b> Teste de Friedman: Postos de média por tipologia cultural da EBSE RH .....	176
<b>Tabela 36:</b> Teste de Friedman: Estatística de Teste – tipologias culturais da EBSE RH.....	177
<b>Tabela 37:</b> Teste <i>post hoc</i> : comparações múltiplas de médias das tipologias da EBSE RH	177
<b>Tabela 38:</b> Teste de Mann-Whitney - Postos de média para as tipologias Clã e Hierárquica, por vínculo .....	177
<b>Tabela 39:</b> Teste de Mann-Whitney: Estatística de Teste .....	178
<b>Tabela 40:</b> Teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para a distribuição das médias das tipologias culturais da Área Assistencial do Complexo Hospitalar da UFC.....	179
<b>Tabela 41:</b> Estatística descritiva das médias da tipologia cultural da área assistencial.....	180
<b>Tabela 42:</b> Teste de Friedman: Postos de média por tipologia cultural da área assistencial	180
<b>Tabela 43:</b> Teste de Friedman: Estatística de Teste – tipologias da área assistencial.....	180
<b>Tabela 44:</b> Teste <i>post hoc</i> : comparações múltiplas de médias da área assistencial .....	181
<b>Tabela 45:</b> Teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para a distribuição das médias das tipologias culturais da área administrativa .....	182
<b>Tabela 46:</b> Estatística descritiva das médias da tipologia cultural da área administrativa..	182
<b>Tabela 47:</b> Teste de Friedman: Postos de média por tipologia da área administrativa .....	182
<b>Tabela 48:</b> Teste de Friedman: Estatística de Teste – tipologias da área administrativa ....	183
<b>Tabela 49:</b> Teste <i>post hoc</i> : comparações múltiplas de médias da área administrativa.....	184
<b>Tabela 50:</b> Estatística descritiva dos elementos culturais em cada tipologia cultural.....	184

## LISTA DE APÊNDICES

<b>Apêndice A:</b> Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE .....	205
<b>Apêndice B:</b> Questionário a ser adaptado e aplicado on-line junto a servidores da UFC e empregados da EBSEH do complexo hospitalar da UFC .....	206
<b>Apêndice C:</b> Roteiro de entrevista semiestruturada a ser aplicado aos gestores do Complexo Hospitalar da UFC .....	208

## LISTA DE SIGLAS

<b>AGHU</b>	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
<b>CCIH</b>	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
<b>CGU</b>	Controladoria Geral da União
<b>CLT</b>	Consolidação das Leis do Trabalho
<b>CVM</b>	<i>Competing Values Framework</i>
<b>CONSUNI</b>	Conselho Universitário
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<b>DIVGP</b>	Divisão de Gestão de Pessoas
<b>DOU</b>	Diário Oficial da União
<b>DPU</b>	Defensoria Pública da União
<b>EBSERH</b>	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
<b>FGV</b>	Fundação Getúlio Vargas
<b>HDFE</b>	Hospital Distrital da Figueira da Foz
<b>HUCAM</b>	Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes
<b>HUFES</b>	Universidade Federal do Espírito Santo
<b>HULW</b>	Hospital Universitário Lauro Wanderley
<b>HUOL</b>	Hospital Universitário Onofre Lopes
<b>HUWC</b>	Hospital Universitário Walter Cantídio
<b>IBACO</b>	Instrumento Brasileiro para Avaliação da Cultura Organizacional
<b>IBICT</b>	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
<b>MEAC</b>	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
<b>MEC</b>	Ministério da Educação
<b>MEJC</b>	Maternidade Escola Januário de Cicco
<b>MPOG</b>	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
<b>MPU</b>	Ministério Público da União
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NIR</b>	Núcleo Interno de Regulação
<b>OCAI</b>	<i>Organizational Culture Assessment Instrument</i>
<b>PROGEP</b>	Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
<b>RJU</b>	Regime Jurídico Único
<b>SAMEAC</b>	Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand

<b>SINTUFCE</b>	Sindicato dos Trabalhadores das Universidades Federais no Estado do Ceará
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UAP</b>	Unidade de Administração de Pessoal
<b>UFC</b>	Universidade Federal do Ceará
<b>UFJF</b>	Universidade Federal de Juiz de Fora
<b>UFMA</b>	Universidade Federal do Maranhão
<b>UFPE</b>	Universidade Federal de Pernambuco
<b>UFPB</b>	Universidade Federal da Paraíba
<b>UFRN</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
<b>UFSC</b>	Universidade Federal de Santa Catarina
<b>UFSM</b>	Universidade Federal de Santa Maria

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>1.1 Contextualização</b> .....	<b>16</b>
<i>1.1.1 Contextualização da situação dos hospitais universitários cearenses</i> .....	<i>17</i>
<i>1.1.2 A questão de pesquisa</i> .....	<i>20</i>
<b>1.2 Objetivos</b> .....	<b>21</b>
<i>1.2.1 Objetivo geral</i> .....	<i>21</i>
<i>1.2.2 Objetivos específicos</i> .....	<i>21</i>
<b>1.3 Justificativa</b> .....	<b>21</b>
<b>1.4 Aspectos metodológicos</b> .....	<b>23</b>
<b>1.5 Estrutura do trabalho</b> .....	<b>24</b>
<b>2 CULTURA ORGANIZACIONAL</b> .....	<b>25</b>
<b>2.1 Conceitos de cultura organizacional</b> .....	<b>25</b>
<b>2.2 Perspectivas de análise de cultura organizacional</b> .....	<b>30</b>
<b>2.3 Mudanças de cultura e choques culturais</b> .....	<b>34</b>
<b>2.4 Modelos de diagnóstico de cultura organizacional</b> .....	<b>38</b>
<b>2.5 O modelo de diagnóstico de cultura organizacional de Cameron e Quinn</b> .....	<b>41</b>
<b>2.6 Estudos empíricos sobre cultura organizacional em instituições hospitalares</b> .....	<b>47</b>
<b>2.7 Pressuposto e Hipóteses</b> .....	<b>50</b>
<b>3 A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH</b> .....	<b>51</b>
<b>3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e os hospitais universitários federais</b> .....	<b>51</b>
<b>3.2 O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF</b> .....	<b>52</b>
<b>3.3 O surgimento da EBSEH</b> .....	<b>54</b>
<b>3.4 A Rede EBSEH</b> .....	<b>56</b>
<b>3.5 Estudos empíricos sobre a adesão à EBSEH pelos hospitais universitários</b> .....	<b>58</b>
<b>4 ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>64</b>
<b>4.1 Tipologia da pesquisa</b> .....	<b>64</b>
<b>4.2 População e amostra</b> .....	<b>65</b>
<b>4.3 Sujeitos da pesquisa</b> .....	<b>66</b>
<b>4.4 A coleta de dados</b> .....	<b>67</b>
<b>4.5 Instrumentos de coleta de dados</b> .....	<b>69</b>
<b>4.6 Análise de dados</b> .....	<b>71</b>
<b>5 A CULTURA ORGANIZACIONAL DO COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC APÓS A IMPLANTAÇÃO DA EBSEH</b> .....	<b>76</b>
<b>5.1 O processo de adesão do Complexo Hospitalar da UFC à EBSEH</b> .....	<b>77</b>
<i>5.1.1 A implantação da EBSEH no Complexo Hospitalar da UFC</i> .....	<i>79</i>
<i>5.1.1.1 Falta de perspectivas</i> .....	<i>79</i>
<i>5.1.1.2 A adesão à EBSEH</i> .....	<i>82</i>
<i>5.1.1.3 Dimensionamento de pessoal</i> .....	<i>85</i>
<i>5.1.1.4 A SAMEAC</i> .....	<i>87</i>
<i>5.1.1.5 O Sindicato</i> .....	<i>89</i>
<i>5.1.1.6 Convocação dos concursados</i> .....	<i>91</i>
<i>5.1.2 A adaptação cultural dos servidores da UFC e empregados da EBSEH</i> .....	<i>94</i>
<i>5.1.2.1 Desinformação</i> .....	<i>95</i>
<i>5.1.2.2 Resistência inicial dos servidores da UFC</i> .....	<i>96</i>



5.1.2.3 A adaptação dos empregados EBSEERH aos hospitais .....	98
5.1.2.4 Choques entre os vínculos .....	100
5.1.2.5 Diferenças entre os regimes de trabalho.....	103
5.1.2.6 O papel da Reitoria e o sentimento de abandono .....	104
5.1.2.7 Adaptação dos servidores à nova cultura .....	107
5.1.2.8 Integração entre os vínculos.....	108
<b>5.1.3 A consolidação do Complexo Hospitalar da UFC .....</b>	<b>111</b>
5.1.3.1 Visualizando a integração do Complexo Hospitalar .....	112
5.1.3.2 Porte e foco dos hospitais.....	114
5.1.3.3 Cultura de vida e cultura de morte.....	115
5.1.3.4 Integração da MEAC e fragmentação do HUWC.....	116
5.1.3.5 O descontentamento da MEAC .....	118
5.1.3.6 Esforço para integração dos hospitais em um Complexo .....	121
<b>5.1.4 As mudanças culturais provocadas pela EBSEERH.....</b>	<b>123</b>
5.1.4.1 Avaliação positiva da adesão dos hospitais à EBSEERH .....	124
5.1.4.2 As dificuldades provocadas pela EBSEERH .....	128
5.1.4.3 A visão de uma nova cultura nos hospitais .....	133
5.1.4.4 A visão de uma cultura em transição nos hospitais .....	137
5.1.4.5 A visão de cultura preservada nos hospitais .....	139
5.1.4.6 As perspectivas para o futuro.....	140
<b>5.2 Análise da tipologia hierárquica da cultura organizacional no Complexo Hospitalar na perspectiva dos gestores .....</b>	<b>142</b>
<b>5.3 Análise da tipologia clã da cultura organizacional no Complexo Hospitalar na perspectiva dos gestores .....</b>	<b>146</b>
<b>5.4 Análise da tipologia de mercado da cultura organizacional no Complexo Hospitalar na perspectiva dos gestores .....</b>	<b>150</b>
<b>5.5 Análise da tipologia inovativa da cultura organizacional no Complexo Hospitalar na perspectiva dos gestores .....</b>	<b>155</b>
<b>5.6 Análise das tipologias culturais do Complexo Hospitalar da UFC na perspectiva de servidores da UFC e empregados da EBSEERH .....</b>	<b>158</b>
5.2.1 Perfil dos respondentes.....	158
5.2.2 Identificação das tipologias de cultura organizacional do Complexo Hospitalar da UFC.....	160
5.2.3 Identificação das tipologias de cultura organizacional por hospital.....	163
5.2.3.1 Identificação das tipologias de cultura organizacional no HUWC.....	163
5.2.3.2 Identificação das tipologias de cultura organizacional na MEAC.....	166
5.2.3.3 Investigação das diferenças das tipologias culturais entre HUWC e MEAC.....	169
5.2.4 Identificação das tipologias de cultura organizacional por área de atuação.....	172
5.2.4.1 Identificação das tipologias de cultura organizacional da área assistencial do Complexo Hospitalar da UFC .....	173
5.2.4.2 Identificação das tipologias de cultura organizacional da área administrativa do Complexo Hospitalar da UFC .....	175
5.2.5 Identificação das tipologias de cultura organizacional por vínculo de trabalho.....	178
5.2.5.1 Identificação das tipologias de cultura organizacional dos servidores da UFC.....	178
5.2.5.2 Identificação das tipologias de cultura organizacional dos empregados da EBSEERH.....	181
5.2.5.3 Comparando as percepções de tipologias culturais dos vínculos UFC e EBSEERH.....	183
<b>5.7 Síntese dos principais resultados da pesquisa.....</b>	<b>185</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>190</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>198</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>205</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nesta seção, é apresentado o tema, realizando-se um panorama geral e uma contextualização da temática a ser pesquisada, bem como do problema de pesquisa (subseção 1.1), os objetivos gerais e específicos (subseção 1.2), a justificativa para a realização do trabalho (subseção 1.3), os aspectos metodológicos (subseção 1.4) e, por fim, a estrutura básica dos tópicos da dissertação (subseção 1.5).

### 1.1 Contextualização

A temática de cultura organizacional é bastante vasta, em função da importância do assunto para o alcance das estratégias organizacionais. Morgan (2006) afirma que toda organização é uma realidade social, construída de forma compartilhada, inserida e receptora da influência de um espaço cultural e social, o qual determinará como ela será administrada. Schein (1992) considera que a cultura é um padrão de suposições básicas que ensinam a lidar com problemas externos de adaptação e internos de integração, sendo um recurso significativo para o entendimento das relações do indivíduo com o mercado de trabalho. A pesquisa de Garcia *et al.* (2015) evidencia que a cultura de uma organização influencia o tipo de gestão, concluindo que a cultura direcionará o estilo de gestão adotado, e, conseqüentemente, interferirá em mudanças organizacionais. Santos (2000) aponta que organizações possuem culturas diversas refletidas em diferentes estruturas e conjuntos de sistemas, desenvolvendo seus mecanismos próprios de adaptação e padrões comportamentais para resolver problemas oriundos do ambiente externo e da integração interna. Desta maneira, conhecer a cultura organizacional e os padrões coletivos compartilhados pelos indivíduos indica, portanto, vantagens estratégicas competitivas para as instituições (PETTIGREW, 2007; DIAS, 2013; SANSON, 2015; PAIVA; PIO; FERRAZ, 2016).

Assim, a forma como as culturas organizacionais – inclusive subculturas, que de acordo com De Domenico, Latorre e Teixeira (2006) são culturas menores na organização com interpretações diferenciadas e, na opinião de Alcadipani e Crubellate (2003) possuem fronteiras permeáveis e flutuantes – reagirão em relação à necessidade de mudança ou de sua manutenção dependerá da estratégia e a escolha da melhor estratégia pode requerer a mensuração da cultura, conforme Cameron e Quinn (2011).

O diagnóstico através da medição da cultura organizacional é muito importante como uma estratégia a ser usada em processos de mudança organizacional e na manutenção de estabilidade junto a ambientes turbulentos (CAMERON; QUINN, 2011). Exemplos de

profundas mudanças organizacionais no Brasil, atualmente, podem ser encontrados nos hospitais universitários do Brasil, os quais desde 2012 vêm assinando contratos de gestão com a EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, uma empresa pública criada em 2011 para gerir os hospitais universitários.

Pessoa (2018) considera que, nas mudanças organizacionais em curso nestes hospitais sob os contratos de gestão assinados com a nova empresa, os artefatos – símbolos da cultura – acabam por tornarem-se objetos de disputas, frutos dos valores subjetivos ao pertencimento dos funcionários nos hospitais, independentemente do vínculo empregatício, levando-se em conta a ocorrência de dubiedade na linha de comando em função de processos organizacionais distintos para a gestão de pessoas nos dois regimes de contratação (estatutário para os veteranos e celetista para aqueles que estão ingressando atualmente via concurso), levando a conflitos.

Cameron e Quinn (2011) criaram um modelo de diagnóstico de cultura organizacional, chamado de *Competing Values Framework*, ou Modelo de Valores Competitivos. O modelo possui quatro tipologias culturais, sendo que uma delas pode predominar, mas sempre serão observados traços das demais tipologias, sem esquecer que não há necessariamente uma “melhor cultura”, mas sim, aquela mais adequada ao momento pelo qual a organização atravessa (SILVA *et al.*, 2018; PAIVA; PIO; FERRAZ, 2016)

As quatro tipologias culturais do modelo de Cameron e Quinn são: cultura hierárquica, com foco no ambiente interno, onde há estrutura organizacional clara, com regras, políticas, processos e procedimentos bem definidos, com chefias formais; cultura clã, onde prima a solidariedade, com incentivo ao trabalho em equipe e à certa informalidade, com clientes vistos como parceiros; cultura de mercado, que visa o controle tal como a cultura hierárquica, com foco em custos, mas olhando “para fora”, buscando vantagens competitivas no ambiente externo e a cultura inovativa (ou *adhocrática*), que também olha “para fora”, mas com individualidade dos empregados, descentralização, estrutura organizacional mais flexível e direcionada a projetos, além de liderança visionária (SILVA *et al.*, 2018; LOURENÇO *et al.*, 2017; PAIVA; PIO; FERRAZ, 2016; REIS, 2015; CRUZ; FERREIRA, 2015).

### ***1.1.1 Contextualização da situação dos hospitais universitários cearenses***

A Universidade Federal do Ceará – UFC – possui dois hospitais que tanto atendem a necessidade de ensino dos cursos das ciências da saúde, como também atendem ao público em geral. Estas duas unidades estão inseridas na rede do Sistema Único de Saúde – SUS: Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

Para a devida contextualização do problema de pesquisa, faz-se necessário retroceder até o ano de 1963. Reportagens em jornais com entrevistas colhidas junto a profissionais de saúde, recordam que até meados da década de 1950, a maior parte dos partos era feita em domicílio, com as parteiras indo até às casas das pessoas – a inauguração da Maternidade Escola procuraria ajudar a mudar este quadro (O POVO, 2018). Após intensa campanha promovida pelos Diários Associados, que pertenciam ao jornalista Assis Chateaubriand, foi entregue, no dia 11 de dezembro daquele ano – embora a inauguração oficial só viesse a ocorrer em janeiro de 1965 (O POVO, 2018) – a Maternidade Popular de Fortaleza, a qual ganhou o nome do próprio jornalista. Para gerir o novo empreendimento hospitalar, foi criada a Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand (SAMEAC), fundação de direito privado, que celebrou convênio com a Universidade Federal do Ceará visando viabilizar dois objetivos: atender à população carente, fornecendo maior quantidade de leitos para este fim, e formar novos profissionais neste campo importante da saúde (EBSERH, 2018c).

Na época, em virtude de leis e costumes distintos, era costumeiro observar um empreendimento privado doado a um órgão público, gerido por uma sociedade também privada. O arranjo ampliou-se em 1974, quando um novo contrato foi celebrado entre a UFC e a SAMEC, que também iria gerir o Hospital das Clínicas da Universidade, conhecido hoje como Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC (EBSERH, 2018b; BRUNO, 2012; RESENDE, 2012).

A história do HUWC se confunde com a própria história da faculdade de medicina da UFC (EBSERH, 2018b). A UFC foi criada em 1954 e o HUWC foi inaugurado em 1959 (BRUNO, 2012; RESENDE, 2012). O HUWC sempre foi um centro de referência de ensino, funcionando como campo de estágio para alunos de graduação e pós-graduação dos cursos de Medicina, Enfermagem e Farmácia da UFC, além de outras universidades do estado do Ceará (e de fora do estado também), atuando como centro de referência no desenvolvimento de pesquisas na área da saúde e integrando o Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se estratégico e essencial na rede de saúde pública cearense.

Como naquela época a realização de concursos públicos não era comum nem frequente. Sendo assim, a SAMEAC – remunerada por verbas públicas – administrava tanto o HUWC quanto a MEAC através da contratação de empregados celetistas. Tal estado de coisas ainda duraria cerca de quatorze anos.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a realização de concurso público obrigatório foi instituída pelos legisladores com a intenção primordial de

democratizar o processo de seleção, possibilitando, a *priori*, igualdade de oportunidades entre candidatos e transparência no processo seletivo, evitando a perpetuação de apadrinhamentos, isto é, seleção sem meritocracia (BRASIL, 1988; DI PIETRO, 2017).

Di Pietro (2017, p. 446) alerta que “a administração não pode contratar trabalhador com intermediação de empresa de prestação de serviços a terceiros, porque nesse caso o contrato assume a forma de fornecimento de mão de obra, com burla à exigência de concurso público”.

A nova constituição encontrou uma solução para quem trabalhava em órgãos públicos de quaisquer esferas (federal, estadual ou municipal) àquela altura: de acordo com o artigo 19º do ato das disposições transitórias da Constituição Federal de 1988, quem estivesse trabalhando em órgãos públicos, naquele momento, teve a opção de ser absorvido pelo governo de sua esfera. Como os hospitais cabiam no caso em fulcro, visto que pertenciam à UFC, os trabalhadores passariam a ser servidores públicos federais estatutários (BRASIL, 1988).

A decisão resolveu o problema de quem já se encontrava trabalhando nos hospitais, mas sanaria apenas de forma parcial os casos daquele ponto em diante, em virtude de a quantidade de concursos e de vagas posteriormente disponibilizadas nunca ter sido suficiente para suprir as necessidades de pessoal. Assim, a fundação de direito privado continuou a contratar novos empregados celetistas através de brechas legais. Esta situação continuou por mais vinte e cinco anos, com servidores públicos trabalhando ao lado de empregados celetistas, em situação que se observava também nos demais hospitais universitários por todo o país (ALBUQUERQUE, 2017; FLAUSINO, 2015), não sendo algo específico do Ceará.

Esta situação levou o Ministério Público a questionar a legalidade destes convênios, identificando um montante de mais de 27 mil “terceirizados irregulares” nos hospitais universitários federais (FLAUSINO, 2015). Como decorrência, o Tribunal de Contas da União decidiu, pelo *Acórdão* nº 1.520/06, que o governo federal procedesse com a substituição da mão de obra terceirizada por servidores efetivos nos hospitais universitários (ALBUQUERQUE, 2017; VIEIRA, 2016;).

A solução encontrada pelo Governo Federal foi a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, “[...] empresa pública dotada de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, autorizada pela Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011” (EBSEH, 2018b; ALBUQUERQUE, 2017). No sítio da EBSEH, tem-se uma pequena síntese dos motivos que justificam a existência da nova entidade:

Desde 2010, por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), criado pelo Decreto nº 7.082, foram adotadas medidas que contemplam a reestruturação física e tecnológica das unidades, com a modernização do parque tecnológico; a revisão do financiamento da rede, com aumento progressivo do orçamento destinado às instituições; a melhoria dos processos de gestão; a recuperação do quadro de recursos humanos dos hospitais e o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde.

Com a finalidade de dar prosseguimento ao processo de recuperação dos hospitais universitários federais, foi criada, em 2011, por meio da Lei nº 12.550, a EBSEERH, uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação. Com isso, a empresa passa a ser o órgão do MEC responsável pela gestão do Programa de Reestruturação e que, por meio de contrato firmado com as universidades federais que assim optarem, atuará no sentido de modernizar a gestão dos hospitais universitários federais, preservando e reforçando o papel estratégico desempenhado por essas unidades de centros de formação de profissionais na área da saúde e de prestação de assistência à saúde da população integralmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir de 2012, várias universidades federais firmaram contrato com a EBSEERH, entregando à entidade a gestão de seus hospitais universitários. Há autores, como Albuquerque (2017), que veem a adesão à EBSEERH caracterizando-se como uma imposição às universidades, uma vez que a não-adesão implicaria receber apenas os recursos do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF) sem a contratação do quadro de pessoal necessário. No Ceará, a Universidade Federal assinou contrato com a entidade em 26 de novembro de 2013 (UFC, 2013; EBSEERH, 2018d).

Na época, foi o primeiro contrato da EBSEERH em que dois hospitais distintos teriam uma única administração, na forma de um Complexo Hospitalar. Posteriormente, outras duas universidades federais, ao aderirem à EBSEERH, o fariam na forma de Complexos Hospitalares: a Universidade Federal do Paraná, no final de 2014 (UFPR, 2019) e a Universidade Federal do Pará, em 2015 (UFPA, 2019).

### ***1.1.2 A questão de pesquisa***

Denison, Adkins e Guiroz (2011) ressaltam que a qualidade da estratégia de integração influenciará o efeito que a cultura organizacional terá no desempenho das instituições, salientando a importância sobre o claro entendimento de suas próprias culturas logo no começo dos processos de fusão ou aquisição para que não ocorram problemas em virtude de confrontos destas culturas. HUWC e MEAC, embora vizinhos e pertencentes à UFC, ao longo de décadas desenvolveram objetivos, finalidades, dinâmicas e, principalmente,

culturas organizacionais completamente diferentes. Agora teriam sua administração unificada e gerida por uma empresa pública recém-criada.

Diante do exposto, tem-se como ponto de partida desta pesquisa a seguinte questão: **como se caracteriza a cultura organizacional do Complexo Hospitalar da UFC resultante da adesão à EBSEH?**

## **1.2 Objetivos**

De acordo com a questão apresentada, esta pesquisa busca o alcance dos propósitos definidos nos objetivos geral e específicos, a seguir:

### **1.2.1 Objetivo geral**

Caracterizar a cultura organizacional do Complexo Hospitalar da UFC resultante da adesão à EBSEH.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- I. Examinar como se deu o processo de adesão do Complexo Hospitalar da UFC à EBSEH sob o prisma da cultura organizacional;
- II. Analisar a tipologia Hierárquica da cultura organizacional do Complexo Hospitalar da UFC;
- III. Analisar a tipologia Clã da cultura organizacional do Complexo Hospitalar da UFC;
- IV. Analisar a tipologia de Mercado da cultura organizacional do Complexo Hospitalar da UFC
- V. Analisar a tipologia Inovativa (ou *Adhocrática*) da cultura organizacional do Complexo Hospitalar da UFC;

## **1.3 Justificativa**

No campo dos estudos organizacionais, este trabalho procurará contribuir com as pesquisas de cultura organizacional em instituições hospitalares. Senhoras (2007) ressalta que hospitais são campos ricos de estudos de cultura organizacional por integrarem profissionais de diversas áreas na prestação de serviços de saúde, bem como possuidores de estruturas muito complexas e com forte ocorrência de conflitos, marcados por uma cultura relacionada à pulverização do poder e à disputa de espaços. O autor prossegue, considerando que a discussão sobre a cultura hospitalar pode ajudar as instituições de saúde, “como elemento estratégico, a pensarem sobre a sua administração, pois a preocupação com a cultura nasce

associada tanto às necessidades de aperfeiçoar o desenvolvimento dos processos em um hospital, quanto das relações de poder e o confronto de interesses dentro dessa organização” (SENHORAS, 2007, p. 47).

No Brasil, há predomínio de pesquisas qualitativas na área, o que pode ser comprovado em alguns trabalhos, como, por exemplo, a pesquisa realizada por Souza *et al.* (2015), através de levantamento bibliométrico de 67 trabalhos apresentados em eventos da ANPAD entre os anos de 2004 e 2013 e no trabalho publicado por Araújo *et al.* (2018) com levantamento bibliométrico na base de dados *Scientific Periodicals Electronic Library* (SPELL) dentro do período temporal de 1995 a 2016, no qual foram encontrados 229 artigos que apresentaram a predominância de estudos qualitativos sobre quantitativos. Este predomínio pode ser explicado pela origem dos estudos de cultura organizacional ter sua gênese nas ciências sociais, em que predominam análises compreensivas sobre análises positivistas, permitindo abstrair sobre algumas formas de manifestação subjetiva da cultura como rituais, valores, políticas, crenças, arte, moral, costumes, hábitos etc. Este trabalho, portanto, também visa contribuir com a ampliação de pesquisas de cultura organizacional na perspectiva metodológica quali-quanti..

Em particular, no que diz respeito às adesões dos hospitais universitários à EBSEH, esta pesquisa buscará se somar a outros trabalhos publicados e ainda a publicar, procurando formar um grande painel que aborde a problemática nacional da adesão de hospitais universitários a uma empresa pública, diferenciando-se por apresentar os resultados sob a perspectiva da cultura organizacional, assim contribuindo também no campo de estudos organizacionais e de administração pública.

Os hospitais universitários pertencem a autarquias de direito público (universidades federais), possuem décadas de história e detêm culturas organizacionais e administrativas bastante distintas. Com a adesão à EBSEH, suas administrações passaram a ser feitas por uma empresa pública que, à época dos primeiros contratos, não havia completado dois anos de existência – mas que iria impor novas diretrizes, novos processos e introduzir nos hospitais novos empregados concursados (ALBUQUERQUE, 2017; MAFRA; MARTINS; CARMINATTI JUNIOR, 2015; TEIXEIRA, 2015). No caso dos hospitais cearenses, quase dois mil novos profissionais seriam contratados via concurso público (UFC, 2018). As dinâmicas que conduziam as culturas organizacionais locais passariam por mudanças de tal monta que os hospitais teriam aspectos de sua cultura organizacional afetados de forma inevitável. Os dados gerados pela investigação sobre a tipologia de cultura organizacional que emergiu da adesão à EBSEH, cinco anos após a assinatura do contrato, podem oferecer subsídios para estratégias organizacionais do corpo gestor dos hospitais.



No presente momento, a EBSE RH possui contratos de gestão assinados com 35 instituições federais de ensino superior, administrando 50 Hospitais Universitários (EBSE RH, 2018a) em quase todos os estados da federação (excetuando-se Acre, Rondônia e Roraima). Há trabalhos sobre a implantação da EBSE RH em vários hospitais universitários, tais como: em Pernambuco, por Barros (2014); no Espírito Santo, por Littike e Sodré (2015); em Minas Gerais, por Flausino (2015) e Teixeira (2016); em Santa Catarina, por Paula (2016); no Maranhão, por Amorim (2017); na Paraíba, por Vieira (2017); no Rio Grande do Sul, por Carminatti Júnior (2017); e, no Rio Grande do Norte, por Pessoa (2018).

Outro diferencial desta pesquisa consiste que a adesão dos hospitais cearenses distinguiu-se das demais devido à existência de dois hospitais com administração unificada em um complexo. A solução foi considerada pioneira e seria replicada algum tempo depois pelos hospitais pertencentes à Universidade Federal do Paraná (UFPR, 2019) e à Universidade Federal do Pará (UFPA, 2019), podendo sugerir futuros trabalhos ao comparar as experiências de ambos os complexos, além de investigar os impactos nas culturas, considerando as dimensões do modelo de Cameron e Quinn (2011).

#### **1.4 Aspectos metodológicos**

Para o alcance dos objetivos propostos, quanto à natureza, a pesquisa possui abordagens qualitativa e quantitativa, uma vez que a utilização de mais de um método de pesquisa é recomendável pelo aumento do potencial de análise. Quanto aos fins, a pesquisa é caracterizada como descritiva. Quanto à estratégia, caracteriza-se como estudo de caso, já que se trata de uma investigação empírica que busca compreender um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto (YIN, 2010). Ainda conforme o autor, a estratégia de estudo de caso é utilizada em muitas situações para contribuir com o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo. Quanto à natureza dos resultados, é do tipo aplicada.

Os dados primários foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com os gestores do Complexo Hospitalar da UFC que ocupavam posições de destaque à época da assinatura do contrato e permaneceram nos cargos até os dias atuais; e de um *survey* para servidores da UFC e empregados da EBSE RH, além da utilização análises documentais. As entrevistas foram transcritas e tratadas por meio de análise de conteúdo, operacionalizada no *software* Atlas Ti. Os dados obtidos pelos *surveys* foram tratados através de análise estatística descritiva, verificação da normalidade dos grupos de variáveis estudados, testes de diferença

de médias, entre outras técnicas que possam se fazer necessárias, através do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*.

### **1.5 Estrutura do trabalho**

Esta pesquisa está estruturada em cinco seções, descritas a seguir:

A seção 1 apresenta a introdução, destacando a contextualização, o problema de pesquisa, os objetivos – geral e específicos – alcançados e que norteiam o estudo, bem como a importância e as premissas do estudo.

A seção 2 ressalta a fundamentação teórica, destacando-se as bases conceituais acerca de Cultura Organizacional, desdobrando-se sobre fusões culturais e a descrição do modelo de cultura organizacional proposto por Cameron e Quinn (2011).

A seção 3 aborda a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, apresentando o contexto de seu surgimento.

A seção 4 destaca os aspectos metodológicos da pesquisa, como a tipologia, população e amostra, instrumentos de coleta e análise de dados.

A seção 5 apresenta a análise de dados quantitativos, procurando responder às hipóteses propostas por este trabalho. Os dados qualitativos também são apresentados, aprofundando a investigação das tipologias de cultura organizacional.

Por fim, tem-se as conclusões deste estudo, as referências utilizadas na execução da pesquisa e apêndices.

## 2 CULTURA ORGANIZACIONAL

Esta seção apresenta, a seguir, os fundamentos teóricos que servirão de base para realização da pesquisa. Optou-se por dividir a seção nas seguintes subseções: conceitos de cultura organizacional; perspectivas de análise de cultura organizacional; mudanças de cultura e choques culturais; modelos de diagnóstico de cultura organizacional; aprofundamento no modelo escolhido para esta pesquisa (Cameron e Quinn); e estudos empíricos sobre cultura organizacional em instituições hospitalares.

### 2.1 Conceitos de cultura organizacional

A palavra cultura tem origem em várias áreas das ciências humanas, tais como filosofia, antropologia e sociologia (RAMOS; WEHRLE; WHERLE, 2016; SANSON, 2015; REIS, 2015; FLAUSINO, 2015; ARAUJO *et al.*, 2011; SANTOS, 2000). Pires e Macedo (2006) relatam que uma pesquisa feita em 1962 identificou 164 definições diferentes do conceito de cultura. Martin e Frost (1998) consideram que isso se dá porque os pesquisadores culturais, em sua maioria, seguem a metodologia qualitativa e dedicam-se a elaborar descrições das culturas, somado ao fato de determinados pesquisadores organizacionais acolherem a profusão de paradigmas, como maneira de instigar a criatividade e divulgar pontos de vista antes ignorados.

Cameron e Quinn (2011) ressaltam duas raízes disciplinares: a primeira viria da antropologia, que considera organizações como culturas, com ênfase em uma perspectiva de integração cultural; a segunda nasceria da sociologia, na qual as organizações possuem culturas, com ênfase na diferenciação delas. Dentro destas duas disciplinas, para os autores, surgiram duas visões: a funcional, em que a cultura emerge do pensamento coletivo; e a semiótica, em que a cultura se encontra nas interpretações individuais e coletivas.

Trata-se de um termo essencial para análise e compreensão das ações humanas, funcionando como um padrão coletivo que identifica os grupos, suas maneiras de perceber, pensar, sentir e agir, sendo transmitidos de uma geração para outra (REIS, 2015; FLAUSINO, 2015; PIRES; MACEDO, 2006;).

Para Morgan (2006), o termo cultura metaforicamente leva à ideia de cultivo, isto é, do processo de desenvolvimento que se reflete nos sistemas sociais de conhecimento, ideologia, valores, leis e rituais. Quando se analisa a sociedade enquanto cultura, a metáfora da agricultura é utilizada como forma de ressaltar os aspectos específicos do desenvolvimento social.

Pires e Macedo (2006) afirmam que a cultura funciona como um conjunto complexo e multidimensional de tudo o que constitui a vida em comum dos grupos sociais, com significados partilhados por um grupo de pessoas que podem pertencer a um mesmo grupo social, podendo partilhar os mesmos interesses. Os autores ainda ressaltam que cultura representa estabilidade e representa efeito aglutinador levando o grupo na direção do consenso, além de implicar e dinâmica e padronização.

Wagner III e Hollenbeck (2012) apontam que a cultura funciona como uma espécie de “cola social”, reforçando comportamentos persistentes e coordenados no trabalho. Os autores apontam quatro funções básicas para a cultura: definir uma identidade organizacional, incentivar o compromisso coletivo, promover a estabilidade organizacional e moldar o comportamento dos membros dando um sentido a seus ambientes.

A compreensão dos fenômenos organizacionais neste mundo cada vez mais globalizado, conectado e interdependente precisa passar pelas variáveis culturais. A luta constante entre o “novo” e o “velho”, a conciliação entre aspectos técnicos e políticos e a busca pela inovação, sem abandonar aspectos tradicionais essenciais das organizações, trazem a uma reflexão, sobre a possibilidade de obter as melhores estratégias para intervenções (PIRES; MACEDO, 2006).

Russo et al. (2012) apontam três momentos distintos sobre a história do conceito de cultura organizacional. O primeiro momento dá-se na década de setenta nos estudos de desenvolvimento organizacional, onde a cultura era trabalhada como instrumento de melhoria nas organizações. O segundo momento deu-se nos anos oitenta para analisar a prevalência das empresas japonesas perante as empresas ocidentais, com várias discussões epistemológicas, na busca de um diferencial de competitividade. Já nos anos noventa, no terceiro momento, os estudos passaram a compreender a cultura como um ativo intangível das organizações, tornando-se uma variável estratégica.

É muito forte a impressão que, de fato, os estudos ganharam maior interesse e força partir da década de 1980 (RAMOS; WEHRLE; WHERLE, 2016; PAIVA; PIO; FERRAZ, 2016; CRUZ; FERREIRA, 2015). Martin e Frost (1998) não apontam um momento específico em que os estudos de cultura organizacional começaram a ganhar força, mas salientam que as primeiras publicações culturais relevantes foram orientadas e escritas do ponto de vista gerencial em livros voltados para leitores mais qualificados, como executivos e mestres em administração de empresas, os quais compartilhavam a impressão, na época, que a pesquisa organizacional tinha chegado a um “beco sem saída”, era maçante e/ou muito alienada em relação ao interesse prático das companhias. Para estes autores, a cultura foi uma forma

liberal de abordar os fenômenos organizacionais, revitalizando a teoria organizacional, afastando-se dos aspectos restritivos que compartimentalizavam as teorias e métodos.

Independente do momento exato em que os estudos de cultura organizacional se iniciaram, boa parte deste interesse foi impulsionado quando começaram a ser notadas fontes de diferenças culturais, como grupos étnicos, raças, sexos e regiões geográficas (MARTIN; FROST, 1998). Este conceito começou a ser relacionado, por exemplo, ao desempenho das organizações, principalmente em função das performances das empresas japonesas frente às empresas ocidentais. De acordo com Ramos, Wehrle e Wherle (2016), os administradores ocidentais imaginaram, talvez com ingenuidade, que os novos e até então inéditos estilos de gestão japoneses podiam ser “importados” e adaptados sem maiores problemas, através de uma improvável “receita mágica transmissível do sucesso” (RAMOS; WEHRLE; WHERLE, 2016, p. 101). Trata-se de uma leitura superficial e simplista, conforme salientou Santos (2000) ao resgatar os estudos de Ouchi (1981), que em seu trabalho, enumerou contrastes incompatíveis entre as culturas japonesa e norte-americana, conforme o quadro 01.

Quadro 01 – Contrastes entre as culturas organizacionais do japonesas e norte-americanas.

Cultura japonesa	Cultura norte-americana
Emprego vitalício	Emprego a curto prazo
Avaliação e promoção lentas	Avaliação e promoções rápidas
Trajetórias de carreira não especializada	Trajetória de carreira especializada
Mecanismos de controle implícitos, sutis e indiretos	Mecanismos de controle explícitos
Tomada de decisão coletiva (consensual)	Tomada de decisão individual
Responsabilidade centrada no grupo	Responsabilidade centrada no indivíduo
Interesse holístico	Interesse segmentado

Fonte: elaborado pelo autor, com base na pesquisa de Santos (2000) sobre a obra de Ouchi (1981).

Era preciso algo mais consistente internamente, algo que envolvesse valores compartilhados. As empresas japonesas, por exemplo, podem ter seu sucesso explicado pelos elementos culturais que caracterizam o mundo empresarial daquele país (BARBOSA, 2011; SANDRINI; MATUCHESKI, 2007). Sua influência pode ser benéfica quando estratégias e projetos se coadunam de maneira alinhada. Quando estas ideias e valores levam ao sucesso, acabam se institucionalizando na organização. Mas quando isso não acontece, os conflitos acabam gerando vários entraves para o desenvolvimento de projetos futuros.

Outro ponto complicador citado na literatura deu-se quando pesquisadores e administradores, de certa forma, ignoraram os debates existentes sobre a temática nas ciências sociais, sendo inevitável que ocorressem apropriações conceituais do tema de forma inadequada, levando à noção de que o desenvolvimento e gerenciamento das culturas se daria em função das conveniências dos executivos, que buscavam como diferencial, uma “cultura

forte”, acabando por trazer consequências negativas às próprias empresas (RAMOS; WEHRLE; WHERLE, 2016). Quando os gestores não têm conhecimento dos aspectos culturais, acabam por tornarem-se vítimas desta mesma cultura (PAIVA; PIO; FERRAZ, 2016), visto que analisar a cultura de uma organização não é tarefa fácil, pois ela não se revela facilmente e pode ser analisada em diferentes níveis (Schein, 1992).

Trabalhos publicados indicam que a percepção dos administradores pela temática seja muito imprecisa (RAMOS; WEHRLE; WHERLE, 2016), controversa e ambígua (ALCADIPANI; CRUBELLATE, 2003; SANTOS, 2000), além de difusa, de certa forma ampliando o caos conceitual (MENDES; CAVEDON, 2013). Isto se dá, segundo Santos (2000) pelo fato de que os diferentes empregos do conceito possuem limites e fronteiras sem consenso, dando margem a inúmeras definições. Há muito conflito e caos, ao invés de consenso em ordem, em virtude das divergências intelectuais dos pesquisadores (MARTIN; FROST, 1998). Então, surgem muitas tentativas de criar (ou uniformizar) um conceito para cultura organizacional.

Morgan (2006) afirma que toda organização é uma realidade social construída de forma compartilhada, inserida e recebendo influência de um espaço cultural e social, que determinará como ela será administrada. Para Hall (2004), a cultura organizacional não é inata, mas sim, aprendida; suas facetas distintas estão inter-relacionadas; ela é compartilhada e determina os limites dos vários grupos, sendo o meio de comunicação do homem.

Fleury e Fischer (1996), trazem o conceito de cultura organizacional como o conjunto de valores e pressupostos básicos, expressos em elementos simbólicos, que constroem a identidade organizacional ao ordenar e atribuir significações, além de agir como elemento de comunicação e consenso, bem como ocultando e instrumentalizando as relações de dominação.

Schein (1992) considera que a cultura é um padrão de suposições básicas que ensinam a lidar com problemas externos de adaptação e internos de integração, os quais funcionaram bem o suficiente para serem consideradas válidas e ensinadas aos novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir determinados problemas. Diversos autores enfatizam os conceitos de Schein, ressaltando que a cultura representa expectativas sociais que normalizam como os membros de uma organização devem se comportar (SILVA; CASTRO; DOS-SANTOS, 2018). Ainda de acordo com Schein (1992), os valores organizacionais são baseados nos valores e crenças dos fundadores e têm sua continuidade validada, garantida e, de certo modo, perpetuada.

Santos (2000), em seu estudo, considerou que o conceito de Schein (1992) seria o mais útil por ter agrupado abordagens de diferentes autores em torno de três conceitos, os quais caracterizariam os três níveis de uma cultura organizacional: artefatos; valores e crenças; e pressupostos.

Schein (1992) conceitua artefatos como elementos visíveis e facilmente observados – tais como rituais, símbolos, estruturas e processos – que intencionalmente ou não podem revelar informações sobre valores e pressupostos da organização. No rol de artefatos, ainda podem ser enumerados documentos e memorandos, arranjos dos espaços físicos (móvel, arquitetura e decoração), jargões, metáforas, estórias, mitos, celebrações, práticas rotinizadas que indiquem a maneira de fazer as coisas, entre outros (SANTOS, 2000).

Santos (2000) agrupou autores que conceituam cultura organizacional com ênfase nos artefatos. A lista conta com Pettigrew (1979), Wilkins (1984), Jaques (1952), Pondy (1983) e Trice e Beyer (1984)

O segundo nível da cultura, na visão de Schein (1992), é formado por crenças – aquilo que as pessoas acreditam ser verdadeiro ou não, em suas mentes – e valores – tudo que é importante para as pessoas. Juntos, crenças e valores justificam porque as pessoas e as organizações fazem o que fazem, daí surgindo valores compartilhados, como estratégias, metas e filosofias.

Santos (2000) acredita que o segundo nível aparenta ser o mais aceito entre os pesquisadores e profissionais, com maior número de trabalhos publicados. A autora cita Davis (1984), Deal e Kennedy (1982), Ouchi (1981), Pascale e Athos (1981), Peters e Waterman (1982), Tunstall (1985), Quinn e McGrath (1985) como autores que abordam esta ênfase.

Por fim, Schein (1992) conceitua o terceiro nível, nomeando-o como pressupostos, os quais se constituem em crenças, percepções e sentimentos inconscientes e enraizados que não podem ser vistos, apenas sentidos. São elementos se repetiram ao longo do tempo, sendo cada vez mais aceitos, endossados e cristalizados no nível do inconsciente, atingindo o ponto de pressuposto básico, determinando como os membros do grupo percebem, pensam e sentem (SANTOS, 2000).

Santos (2000), em seu estudo, afirma que este terceiro nível começou a receber atenção da literatura mais recentemente que os outros, listando estudos de Schein (1981, 1984, 1985) e Sathe (1985).

Considera-se, assim, a cultura organizacional como um processo que se acumula ao longo da vida dos indivíduos, estabelecida mediante crenças, valores, ideias, instrumentos, artes, construções, idioma, símbolos e outros mais (PAIVA; PIO; FERRAZ, 2016).

Em contraponto a Schein (1992), cujas definições são consideradas limitadas por não considerarem o contexto externo onde as organizações estão inseridas (PIRES; MACEDO, 2006), tem-se o conceito de Hofstede que afirma não ser possível compreender a cultura de uma organização sem compreender o contexto onde ela se insere (PIRES; MACEDO, 2006). Para este autor, a cultura é uma programação mental coletiva, consistindo em padrões adquiridos – e não apenas herdados. A cultura posicionaria-se entre a natureza humana (conjunto universal de características comuns) e a personalidade (especificidade de cada indivíduo). No meio termo, à medida em que as características dos indivíduos e seus comportamentos atingem um denominador comum, formam-se grupos – cada um com seu próprio padrão (ou cultura) (FAGUNDES, 2015).

Então, a cultura organizacional incorpora o papel de legitimadora do sistema de valores, através de rituais, mitos, hábitos e crenças comuns a todos os membros da organização, possuindo um conjunto de características que a fará ser diferente de qualquer outra (PIRES; MACEDO, 2006).

Cameron e Quinn (2011) acrescentam que a cultura acaba por refletir o que é valorizado, os estilos de liderança dominantes, linguagens, símbolos, procedimentos e rotinas e definições de sucesso que tornam uma empresa única.

Santos (2000) procurou sintetizar pontos em comum dentre as várias definições de cultura organizacional. Pode-se dizer que a cultura existe e é um meio poderoso para tentar explicar ou prever o comportamento das organizações e de seus membros; a cultura de cada organização é única e singular; a cultura funciona como um controle organizacional, ao reprimir, aprovar ou estimular determinadas ações comportamentais. Em síntese, cultura pode ser definida como “os valores e crenças compartilhados pelos membros de uma organização, a qual funciona como um mecanismo de controle organizacional, informalmente aprovando ou proibindo comportamentos e que dá significado, direção e mobilização para os membros da organização” (SANTOS, 2000. P. 38).

## **2.2 Perspectivas de análise de cultura organizacional**

A literatura sobre cultura organizacional apresenta o predomínio de três grandes perspectivas: integração, diferenciação e fragmentação, tendo por base os estudos de Joanne Martin (RAMOS; WEHRLE; WHERLE, 2016; FLAUSINO, 2015; REIS, 2015; MENDES; CAVEDON, 2013; PIRES; MACEDO, 2006; DE DOMENICO; LATORRE; TEIXEIRA, 2006)



A perspectiva integrativa foi a primeira a ser adotada quando a cultura organizacional começou a chamar a atenção dos pesquisadores (DE DOMENICO; LATORRE; TEIXEIRA, 2006), propondo que a organização possua uma cultura predominante e consistente (PIRES; MACEDO, 2006), assumindo a forma de uma unidade social estável e coesa, com as pessoas partilhando visões de mundo semelhantes. Como um dos primeiros a tratar cultura na visão integrativa, é importante relembrar os conceitos de Schein (1992), que via a cultura como um padrão de pressupostos básicos compartilhados, que se desenvolveram por um grupo ao longo de um tempo para lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna, sendo aprendida, transmitida, alterada e gerenciada.

Mendes e Cavedon (2013, p. 109) consideram que nesta perspectiva, “a cultura organizacional é vista numa perspectiva consensual, promotora da integração organizacional”. Esta perspectiva gera a crença dos gestores em criar uma cultura “forte”, num olhar positivista, com todas as pessoas comprometidas pelo sucesso (RAMOS; WEHRLE; WHERLE, 2016). Sob a perspectiva de integração, Pires e Macedo (2006) apontam estudos que, ao detectarem inconsistências, conflitos, ambiguidades ou mesmo diferenciação subcultural, indicariam evidências da ausência de uma cultura organizacional.

Martin e Frost (1998) apontam que a perspectiva de integração aponta que as mudanças culturais podem transformar culturalmente toda a organização, de maneira que a antiga unificação possa ser substituída por uma nova – os conflitos e ambiguidades que ocorrerem no processo são tomados como provas de que a cultura anterior estava deteriorada antes da chegada da nova cultura. Dissidências e ambiguidades são anomalias explicadas como desvios individuais, provocadas por procedimentos heterogêneos de seleção de pessoal, pouca socialização de empregados novatos ou mesmo cultura fraca da organização.

Schein (1992) afirma que a força de uma cultura pode vir da persistência em normas e valores, criando uma cultura total e única. A força da cultura pode ser expressa em termos de homogeneidade, estabilidade e intensidade das experiências compartilhadas por membros da organização. Essa força pode ser definida como a amplitude em que valores e crenças que permeiam a organização e são fartamente compartilhados pelos seus membros (SANTOS, 2000). Mintzerg (2000) acrescenta que a cultura organizacional, por ser a base da organização, tem sua força na legitimação destas crenças e valores compartilhados.

Pelo prisma da perspectiva integrativa, Cameron e Quinn (2011) afirmam que a cultura é uma possível vantagem competitiva das organizações conforme representam um conjunto de percepções, memórias, valores, atitudes e definições geradas por consenso e, portanto, comuns, além de integradas. A cultura pode ser gerenciável e, portanto, suscetível a

mudanças. Schein (1992) também considera que a cultura é algo pertencente à organização como um recurso passível de ser gerenciado e modificado.

A perspectiva de diferenciação traz manifestações culturais inconsistentes, mas que podem coexistir em harmonia, conflito ou indiferença na forma de subculturas (RAMOS; WEHRLE; WHERLE, 2016; DE DOMENICO; LATORRE; TEIXEIRA, 2006; PIRES; MACEDO, 2006; MARTIN; FROST, 1998), sendo observada como um emaranhado de subculturas, com consenso interno ao grupo mas que conflitam com outros grupos (MENDES; CAVEDON, 2013).

O consenso pode até ser possível, mas respeitando os limites das fronteiras destas subculturas (RAMOS; WEHRLE; WHERLE, 2016). Subculturas seriam ilhas de claridade, enquanto a ambiguidade seria levada para além de suas fronteiras (PIRES; MACEDO, 2006). Subculturas podem refletir agrupamentos culturais de uma sociedade maior – contadores, por exemplo, seriam os mesmos em todos os lugares (MARTIN; FROST, 1998).

Martin e Frost (1998) atribuem aos estudos culturais etnográficos o advento desta perspectiva, pois assim as opiniões e interesses dos empregados de nível mais baixo teriam melhor representação – ao invés de conceituar cultura em termos puramente ideais, os estudos de diferenciação abordariam de forma mais específica, considerando diferenças salariais, responsabilidades das tarefas, registro de relacionamentos hierárquicos, procedimentos e políticas formais, ou seja, qualquer prática organizacional suficientemente formal para ser registrada.

A perspectiva de diferenciação pode ser observada em aspectos simbólicos, relações de poder e grupos que se articulam sob um objetivo comum (MENDES; CAVEDON, 2013). Em suma, a cultura organizacional não seria única, mas sim uma conexão onde se cruzam influências ambientais, dando origem a um conjunto de subculturas que se sobrepõe e se abriga dentro das fronteiras permeáveis da organização. (MARTIN; FROST, 1998).

Na perspectiva de fragmentação, há ênfase na multiplicidade de visões que deixam claro que consistência e inconsistências “puros” são situações raras nas organizações (MENDES; CAVEDON, 2013; PIRES; MACEDO, 2006). A ambiguidade seria um aspecto inevitável da vida contemporânea (PIRES; MACEDO, 2006). A organização seria considerada uma arena de interesses e jogos de poder (DE DOMENICO; LATORRE; TEIXEIRA, 2006), com padrões de consenso e dissenso coexistindo em continuada flutuação provocada por mudanças, impedindo uma visão clara da cultura da organização (PIRES; MACEDO, 2006). Haveria uma disputa entre integração e diferenciação (RAMOS; WEHRLE; WHERLE, 2016).

Martin e Frost (1998) prosseguem sobre as características da perspectiva de fragmentação. Para os autores, as relações entre as manifestações culturais são complexas, com muitos elementos de contradição, com consenso transitório e específico de determinado problema a ser enfrentado, produzindo alianças circunstanciais e de curta duração entre os indivíduos até que outras questões chamassem a atenção dos grupos. O poder é difundido por todos os níveis da hierarquia e em todo o ambiente organizacional e as mudanças correm em fluxo contínuo, não havendo estabilidade duradoura.

Alcadipani e Crubellate (2003) apontam que defensores da perspectiva pós-moderna do campo dos estudos organizacionais consideram que as pesquisas na área de cultura organizacional procuram oferecer relatos coerentes e congruentes, buscando interpretações generalizáveis. Neste processo, acabam ignorando peculiaridades, nuances e especificidades. A perspectiva pós-moderna procura evidenciar os problemas existentes nas interpretações generalizáveis, explorando paradoxos e ambiguidades e desnaturalizando a realidade, assim, dando ênfase à perspectiva de fragmentação, com identidades e autodefinições flutuantes e dependendo do contexto de atuação em momento específico. A ambiguidade, para os autores pós-modernos, seria característica fundamental da cultura organizacional.

Em uma espécie de arremate das três perspectivas, para Cameron e Quinn (2011) há, na cultura organizacional, elementos de integração, diferenciação e fragmentação, e que a força da cultura está na habilidade de fazer com que as pessoas permaneçam juntas, superando a fragmentação e a ambiguidade característicos do ambiente externo, levando a organização ao rumo do sucesso. Qualquer cultura organizacional contempla as três perspectivas (RAMOS; WEHRLE; WHERLE, 2016; MARTIN; FROST, 1998). Tendo em vista a existência das perspectivas de integração, diferenciação e fragmentação, vários autores se debruçaram em estudos sobre a possibilidade de gerenciar culturas e subculturas. Martin e Frost (1998) apontam que se uma organização for estudada em profundidade, apresentará questões, valores e objetivos que poderão gerar consenso, consistência e clareza.

Cruz e Ferreira (2015) reforçam a ideia de que a cultura é uma variável relevante e que pode ser gerida, visando o envolvimento e motivação dos colaboradores, tornando-se assim, um ativo estratégico. Paiva, Pio e Ferraz (2016) e Russo *et al.* (2012) apontam que o conhecimento da cultura organizacional está ligado diretamente ao desempenho organizacional reforçando uma vantagem competitiva.

Para Cercal (2001, p. 43), “a estratégia assume a forma de uma perspectiva enraizada em intenções coletivas e refletida pelas formas como os recursos ou capacidades da organização são protegidos e usados para sua vantagem competitiva”.

O autor ainda enuncia que a cultura pode trazer resistência às mudanças estratégicas e influir a própria formação das estratégias. A mudança da cultura – visando alinhá-la com o posicionamento estratégico da organização – é uma das tarefas mais árduas dos gestores e convém trazer ações simbólicas como comportamento a ser seguido. Diagnosticar a cultura organizacional que predomina na organização, assim como as subculturas e identificando como a cultura se forma neste contexto acaba por se tornar uma estratégia diante dos concorrentes (PAIVA; PIO; FERRAZ, 2016).

Ainda segundo Cercal (2001), há outras ligações entre o conceito de cultura e estratégia, tais como: estilo de tomada de decisões – cuja lógica leva a foco sobre determinados dados conforme a cultura da organização; resistência e superação de mudanças estratégicas – a consistência cultural com crenças profundamente enraizadas pode desencorajar novos rumos e é preciso superar esta inércia aceitando a importância da flexibilidade e da inovação; valores dominantes – empresas mais bem sucedidas são aquelas com culturas empresariais mais fortes e valores como atendimento, qualidade e inovação podem prover vantagens competitivas; cultura como recurso-chave – uma cultura é a mais eficaz e durável barreira à imitação, encorajando a produção de resultados únicos e a sua ambiguidade pode torná-la difícil de entender e ainda mais difícil de reproduzi-la.

A falta de capacidade para reproduzir a própria cultura pode ser a maior garantia da sua vantagem estratégica, muito melhor que qualquer sistema de segurança ou dispositivo jurídico jamais imaginado (MINTZBERG, 2000). A cultura é única e singular (SANTOS, 2000).

Portanto, é importante que os gestores conduzam adequadamente as culturas organizacionais em casos de fusões culturais, cujo estudo será iniciado na próxima subseção.

### **2.3 Mudanças de cultura e choques culturais**

A necessidade das empresas para se manterem competitivas e ganharem novos mercados, bem como as pressões geradas pela globalização e adaptações a novos arranjos jurídicos vem obrigando a fazer uso de estratégias que envolvem fusões e aquisições e outros instrumentos legais que modificam estruturas organizacionais e acabam por influenciar ou serem influenciados pelas culturas organizacionais (SANSON, 2015; VIANA *et.al*, 2014; PIKULA, 2009; TANURE; CANÇADO, 2005)

A Lei 6.404/76, conhecida com a Lei das Sociedades Anônimas, em seu artigo 228, enuncia que “a fusão é a operação pela qual se unem duas ou mais sociedades para formar

sociedade nova, que lhes sucederá em todos os direitos e obrigações” (BRASIL, 2019a). Tanure e Cançado (2005) enunciam que a fusão de empresas envolve a combinação total entre duas ou mais delas, em que todas deixam de ter existência legal para formar uma nova empresa, com identidade também nova. Viana *et.al* (2014) classificam fusões em horizontal (quando são do mesmo ramo), vertical (quando uma firma busca obter facilidades de acesso a bens e serviços que outrora eram comprados ou para facilitar processar e distribuir bens) e por conglomerado (empresas sem similaridade aparente, visando reduzir riscos através de padrões cíclicos ou sazonais diferenciados de vendas e lucros).

É importante observar que sempre ocorre o controle por parte de uma destas empresas originais e que, de fato, é muito baixo o número de fusões “reais” e que a expressão “fusões e aquisições na prática significa aquisições (TANURE; CANÇADO, 2005).

Em relação às aquisições, recorre-se novamente à Lei das Sociedades Anônimas (Lei nº 6404/76), em seu Artigo 227, onde conceitua aquisição (utilizando o termo “incorporação”) como “operação pela qual uma ou mais sociedades são absorvidas por outra, que lhes sucede em todos os direitos e obrigações.” (BRASIL, 2019a). Tanure e Cançado (2005) prosseguem, afirmando que o termo “aquisição” implica na compra do controle acionário de uma empresa por outra, envolvendo maior impacto na gestão e processos de integração cultural mais complexos, com possibilidade de reversão bastante reduzida.

Viana *et al.* (2014) acrescentam que na última década, no Brasil, houve um aumento crescente no número de fusões e aquisições em praticamente todos os segmentos econômicos do país, inclusive em momentos de turbulências e crises econômicas. Os autores apresentaram dados em que “as aquisições com troca de controle são maioria, sendo: cisão 1%, incorporação 4%, fusão 5%, joint ventures 6%, compras 9% e aquisições, 5%” (VIANA *et al.*, 2014, p. 5)

Porém, quando se aborda o tema de fusões e aquisições no Brasil na administração pública, o governo sentiu necessidade de outro tipo de arranjo que não impactasse tão fortemente nas estruturas organizacionais de seus órgãos e entidades, visto que fusões e aquisições são processos que, na burocracia pública, possuem extrema lentidão. De acordo com Luedy, Mendes e Ribeiro Junior (2012), a administração pública, buscando maior eficiência e efetividade, investiu no aperfeiçoamento de instrumento de gestão mais inovadores, como por exemplo, os contratos de gestão.

Di Pietro (2017) conceitua a figura do contrato de gestão como uma forma de ajuste, de um lado, entre a administração pública direta e, do outro, entidades da administração indireta ou entidades privadas que atuam em paralelo ao Estado, com objetivo de estabelecer metas específicas a serem alcançadas pela entidade em troca de algum benefício outorgado

pelo poder público. Andre (1999, p. 43) enxerga o contato de gestão como “um instrumento de compromisso administrativo interno ao Estado, firmado entre o poder executivo e a diretoria de instituições de direito público e empresas estatais” e que “propõe-se veículo de implantação de uma gestão pública por objetivos, como eixo central de um competente sistema de planejamento e controle da implantação de políticas públicas, cuja responsabilidade de execução couber à entidade assinante do compromisso”.

Andre (1999) ainda salienta que o contrato de gestão é uma forma de induzir mudanças culturais de forma que o Estado e suas entidades solidifiquem e sustentem níveis elevados de efetividade, eficácia e eficiência. Como principais candidatas a assinar contratos de gestão, tem-se as figuras jurídicas das autarquias e fundações de direito público, associações de direito privado sem fins lucrativos e atuais empresas estatais que não forem vendidas nem extintas.

Silva e Fonseca (2007) entendem o contrato de gestão como ferramenta importante para gerir estrategicamente as entidades públicas, sendo instrumento balizador para uma nova postura da gestão pública com base na administração gerencial com foco em avaliação de desempenho.

Para exemplificar, há casos em que empresas públicas e instituições do terceiro setor, como OSCIP's – Organizações Sociais Civas de Interesse Público – assinam contratos com órgãos públicos tornando-se responsáveis pelo fornecimento de mão de obra, onde onde os aprovados seriam contratados sob as regras da CLT, com maior agilidade e flexibilidade (ALBUQUERQUE, 2017). Embora o contrato de gestão permita maior independência das culturas entre os órgãos signatários, pressupõe-se que a mudança cultural será inevitável (PESSOA, 2018), ao observar-se que, dentre os modelos de fusão cultural, ocorra certa pluralidade cultural. A pluralidade cultural também é constatada pelo lapso temporal, visto que as mudanças concretas esperadas pelo contrato de gestão só poderão ser avaliadas e comprovadas em médio prazo (BARROS, 2014).

Sanson (2015) alerta que, dentre os principais problemas surgidos em processos de fusões e aquisições e assinatura de contatos de gestão, aqueles ligados aos ativos intangíveis, relacionados ao capital humano, organizacional e relacional, são em boa parte responsáveis pelos insucessos das operações, não sendo devidamente pesquisados por estudos acadêmicos.

A partir disso, considera-se necessário compreender como o desconhecimento das diferenças culturais pode implicar em insucesso nestas operações, bem como a necessidade de verificar até que ponto as empresas destinam a devida importância ao assunto, uma vez que a adaptação de funcionários consiste em um processo demorado e difícil de ser percebido pelos dirigentes, com a possibilidade de ocorrerem choques culturais.

Morgan (2006) considera que mudanças organizacionais não devem ser limitadas apenas às alterações em suas estruturas, tecnologias, habilidades e motivação de funcionários, sendo importante uma adaptação cultural dos membros da organização, podendo implicar em mudanças na cultura da empresa ou órgão.

Quando as mudanças são provocadas por fusões ou aquisições, a possibilidade de choques culturais se torna inevitável, principalmente pela tendência de uma das culturas envolvidas se sobrepor à outra. Se mal administrado, pode resultar em fracasso (VIANA *et al.*, 2014). Conforme Tanure e Cançado (2005) isto pode acontecer através de assimilação cultural, mescla cultural, pluralidade cultural ou movimento reverso,

As autoras conceituam que, na assimilação cultural, tem-se uma cultura dominante (adquirente) que provoca grandes mudanças na adquirida, impondo seus procedimentos, sistemas e sua cultura.

Na mescla cultural, observa-se que as culturas convivem, com grau moderado de mudanças em ambas, mas apresentando dominação por parte de uma delas, podendo ser sutil ou ostensiva. Como consequência deste convívio, a cultura dominante pode, sim, sofrer alterações devido a questionamentos e convivência, resultando em uma terceira (e nova) cultura (TANURE; CANÇADO, 2005).

Na pluralidade cultural, segundo Tanure e Cançado (2005), há convívio de diferentes culturas, sem que a adquirente influencie de forma significativa a adquirida. Tratar-se de um processo temporário que pode ser curto ou longo, mas com o tempo a adquirente exercerá influência na adquirida. Indica-se para as empresas que estão mais distantes geograficamente e apresentam grandes diferenças culturais, sendo mais adequado quando a adquirente ainda não possui domínio sobre as características particulares daquela sociedade e mercados.

Por fim, as autoras identificaram um tipo raro de aculturação, em que a organização adquirida influencia de forma decisiva a adquirente, chamado de movimento reverso.

Viana *et al.* (2014) enunciam que, independentemente da forma em que as fusões culturais venham a ocorrer, há possibilidade de ocorrência de alguns problemas de integração entre as culturas organizacionais, que podem variar de acordo com a estratégia utilizada, seja por meio de fusões, aquisições ou assinatura de contratos de gestão entre órgãos ou entidades da administração pública.

O estudo feito por Pikula (1999) chama a atenção para o fato de que as diferenças nas culturas organizacionais levam a competições entre os grupos, provocando hostilidades, exigindo sensibilidade dos gestores para mesclar os colaboradores em todos os níveis da organização. É mais adequado integrar ambas as organizações, formando uma cultura comum

com os melhores elementos de cada uma, visto que a cultura organizacional forte de um dos lados pode dificultar os esforços para a mudança da cultura organizacional. A autora finaliza lembrando que é preciso estratégias durante processos de fusões culturais em função de conflitos, turbulências e reações emocionais provocadas nas pessoas.

## **2.4 Modelos de diagnóstico de cultura organizacional**

A literatura traz diversos modelos de diagnóstico cultural, que possibilitam a identificação, a partir de critérios definidos empiricamente, de características das culturas das organizações, avaliando uma cultura atual, desejada ou até mesmo futura. Cameron e Quinn (2011) indicam que um modelo de diagnóstico pode apontar os atributos culturais que a organização efetivamente tem, não meramente de forma metafórica (o que ela é). Apesar da maioria das pesquisas sobre cultura organizacional utilizar abordagem qualitativa, para a forma como este trabalho será desenhado será necessário também um modelo quantitativo.

Para Santos (2000, p. 27), “o estudo da tipologia cultural e seus atributos é um importante caminho que permite ao pesquisador e ao administrador examinar mais de perto os elementos que caracterizam cada cultura e decifrá-la”. Fagundes (2015), em sua pesquisa, se deteve em cinco modelos que apresentam características em comum – são quantitativos e possuem duas dimensões que resultam em quatro quadrantes: modelo de Handy (1987), modelo de Hofstede (1991), modelo de Trompenaars (1994), modelo de Goffee e Jones (1998) e o modelo de Cameron e Quinn (2011), que será estudado de forma mais aprofundada em subseção a seguir.

Utilizando as dimensões de hierarquia (alta ou baixa) e de orientação (pessoas ou tarefas), há o modelo de Charles Handy (1987), com o modelo de diagnóstico baseado na forma como os canais de poder são distribuídos, categorizando suas dimensões com nomes de deuses gregos (Zeus, Apolo, Atena e Dionísio). A proposta do autor reforça que a cultura não se trata de uma ciência exata, mas sim um processo social influenciado pela história, por tradições e disputa de poder (FAGUNDES, 2015; RUSSO *et al.*, 2012).

A tipologia cultural “Zeus” indicaria altos níveis de hierarquia associados à alta orientação para pessoas”. É uma cultura de grupo ou poder, com base na confiança e empatia nas relações entre seus membros, com poucos procedimentos e regras e alta concentração de poder em seu centro. A denominação “Zeus” se dá pelo fato deste, na mitologia grega, ser o rei dos deuses, com comportamentos pautados pelo carisma, relação patriarcal e



impulsividade – mantém a organização sob seu controle, reconhece e recompensa com base nos relacionamentos, inclusive ignorando as estruturas formais (FAGUNDES, 2015).

A tipologia “Apolo” mantém a dimensão de hierarquia alta, mas com orientação para tarefas, baseando-se em papéis e funções, privilegiando a lógica, racionalidade e impessoalidade. Na mitologia grega, Apolo é um deus que preconiza ordem e regra, tendo como símbolo um templo grego, indicando sustentabilidade e estabilidade da organização. Esta tipologia se difere da anterior porque o poder está associado à função que o líder exerce, enquanto na tipologia “Zeus” o poder está associado à pessoa (FAGUNDES, 2015).

Quando os níveis de hierarquia são baixos, mas a orientação é para tarefas, a tipologia é chamada de “Atena”. Apesar de ter em comum com a tipologia “Apolo” a orientação para tarefas, na tipologia desta deusa os ambientes são instáveis e imprevisíveis – o desenvolvimento de seus membros se dá através da superação de desafios e no aprendizado adquirido ao lidar com as situações. A deusa é conhecida, na mitologia grega, pela sabedoria – daí que esta tipologia tem por objetivo os resultados e a eficiência organizacional, que se deve à perícia dos membros da organização (FAGUNDES, 2015).

Quando a hierarquia é baixa e a orientação é para pessoas, a tipologia se denomina “Dionísio”. Nesta tipologia, os indivíduos buscam autonomia e liberdade, com tendências a não aceitar metas e controles. O indivíduo é responsável pelas ações de mudanças (FAGUNDES, 2015; RUSSO *et al.*, 2012).

Fagundes (2015), ao comentar sobre o modelo de Geert Hofstede (1991), ressalta que este modelo compartilha com Handy a visão de uma dimensão de distribuição de poder, mas procura correlacionar a outras dimensões, como a cultura nacional. O autor apresentou o modelo de camadas – valores, rituais, heróis e símbolos. Os valores consistem no juízo moral feito pelo indivíduo. Os rituais são as atividades características e previsíveis de cada cultura, como o “bom dia”, ou os intervalos informais para um café durante o expediente. A camada dos heróis apresenta os pioneiros, que são representativos do modelo da cultura que as pessoas procuram corresponder através da reprodução de suas características. Por fim, a os símbolos correspondme aos significados que são percebidos e desejados apenas por quem faz parte daquela cultura e acha que aquilo de fato é importante e necessário naquele grupo.

O modelo de Fons Trompenaars (1994) encontra similitudes com o modelo de Hofstede ao trabalhar com a perspectiva de que uma cultura nacional pode influenciar culturas organizacionais individuais sob as seguintes dimensões: universalismo *versus* particularismo, onde se questiona se há uma melhor maneira de fazer as coisas – se sim, tende-se ao universalismo, onde regras se tornam padrões para resolução de problemas, mas em caso

contrário, o particularismo prevalecerá, de forma que situação apresenta uma circunstância singular e requer solução específica; coletivismo *versus* individualismo, em que o foco está na forma como o coletivo se sobressai ao individual; neutro *versus* emocional, no qual a expressão dos sentimentos se torna o diferencial cultural, influenciando com maior ou menor objetividade a tomada de decisões; específico *versus* difuso, em que superior e subordinado separam discussões profissionais das pessoas (específico) ou permitem que o *status* profissional influencie opiniões e comportamentos (difuso); e a conquista *versus* a atribuição, onde no primeiro caso, o *status* do indivíduo é atribuído em função do resultado, para a organização, de seus conhecimentos e habilidades – na cultura de atribuição os critérios estão, por exemplo, em idade, sexo, formação acadêmica ou rede de relacionamentos (FAGUNDES, 2015).

A partir da análise destas dimensões, Trompenaars organizou seu modelo em dois eixos, em que de um lado é colocado o nível de hierarquia, e do outro, a orientação para pessoas e tarefas. Os quatro quadrantes resultaram nas seguintes tipologias: familiar, torre *Eiffel*, incubadora e míssil guiado.

Fagundes (2015) fez a descrição das quatro tipologias do modelo de Trompenaars e, ao mesmo tempo, listou similaridades também com o modelo de Handy. A tipologia “família” se caracteriza pelo foco alto em hierarquia e pessoas, com semelhanças à cultura “Zeus” de Handy. A tipologia “torre *Eiffel*” mantém o alto nível de hierarquia, mas o foco se desloca para as tarefas – a escolha do nome da tipologia se dá pelo fato de a torre francesa é mais famosa pela estrutura (função prescrita) do que pela função real, se aproximando da cultura “Apolo” de Handy, onde prevalecem a alta hierarquia e orientação para tarefas, com uma carga burocrática muito grande. A tipologia “míssil guiado”, tal como a tipologia “Atena” de Handy, busca gestão mais igualitária (menor hierarquia) focada em tarefas, em que o resultado final é o que realmente importa. A tipologia “incubadora”, com baixa hierarquia e foco para as pessoas é orientada para a satisfação dos indivíduos, onde flexibilidade e inovação são incentivados – esta tipologia encontra eco no modelo de Handy na tipologia “Dionísio”.

Trabalhando com as dimensões de racionalidade e sociabilidade, Fagundes (2015) descreve o modelo de Goffee e Jones (1998) como um modelo de diagnóstico cultural que foi denominado “cubo de duplo S”. O modelo se difere dos demais por abordar de forma sociológica os estudos sobre organizações humanas, procurando relacionar mais adequadamente aos resultados das empresas. A dimensão de racionalidade atende às necessidades estratégicas das organizações, procurando responder com agilidade às ameaças competitivas e não possui tolerância com baixo desempenho. A racionalidade traz foco e

clareza para os indivíduos, mas o ambiente de trabalho tende a ter altas cargas de conflitos, *stress* e opressão. A sociabilidade, pelo contrário, traz um ambiente de trabalho mais sadio, favorecendo o trabalho em equipe e novas ideias, trazendo comportamentos mais produtivos. Em contrapartida, a tolerância com baixo desempenho e a demora em atingir o consenso podem prejudicar as estratégias competitivas da organização. O que difere o modelo de Goffee e Jones dos demais é no maior aprofundamento da dimensão “pessoas-tarefa”, que se divide nos eixos de racionalidade e sociabilidade.

“O Cubo de Duplo S” gerou quatro tipologias culturais – rede, comunal, fragmentada e mercenária. Fagundes (2015) ao descrever as tipologias, ao mesmo tempo as identifica como etapas do ciclo de vida organizacional. A tipologia “comunal” envolve níveis altos de sociabilidade e racionalidade, funcionando como uma família, tem similaridades com os primeiros anos de uma *startup*. À medida em que crescem, tendem a adquirir características da tipologia “rede” com alto nível de sociabilidade e baixo de racionalidade, pois os novos processos têm dificuldade de alinhamento em função das coisas serem decididas com maior base em relacionamentos. Com maior estabilidade, os níveis de formalização podem crescer a tal ponto que provoquem maior grau de racionalidade e baixo de sociabilidade, levando as pessoas a se dedicarem muito às atividades e pouco aos demais membros do grupo, caracterizando a tipologia “mercenária”. A tipologia “fragmentada” é caracterizada por baixos níveis de racionalidade e sociabilidade. Em determinado ponto do ciclo de vida, uma organização “mercenária” pode decidir retornar ao ponto das culturas “rede” ou “comunal” ou seguir à situação descrita na cultura “fragmentada”, em que os indivíduos pouco se importariam com a organização.

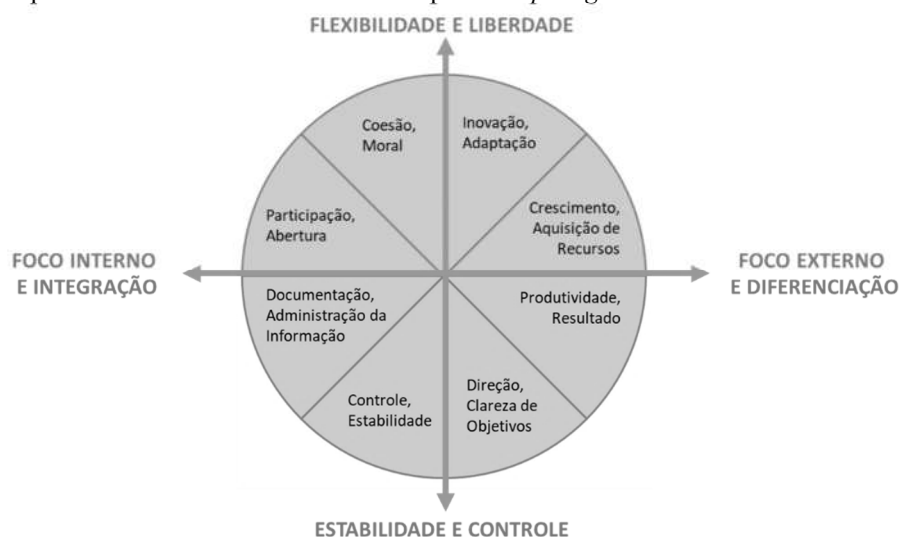
## **2.5 O modelo de diagnóstico de cultura organizacional de Cameron e Quinn**

Para esta pesquisa, será utilizada a abordagem de Kim Cameron e Robert Quinn (2011), que elaboraram um modelo a partir de uma pesquisa empírica, chamado de *Competing Values Framework (CVM)*, ou Modelo de Valores Competitivos, utilizado para diversos tipos de estudos, de natureza qualitativa ou quantitativa (SILVA; CASTRO; DOS-SANTOS, 2018; PAIVA; PIO; FERRAZ, 2016).

Cameron e Quinn (2011) consideram que os modelos passam a demonstrar maior efetividade quando passam a ter a consciência de que não é compreender o fenômeno cultural em sua totalidade, mas, sim, garantir meios para que a organização analise, dentre todos, alguns elementos primordiais da sua cultura, que há aspectos que podem até subsidiar futuras melhorias e mudanças. O CVM entende que as organizações podem ser caracterizadas conforme seus traços

culturais comuns (SANTOS, 2000). A autora chama atenção ao fato de os valores organizacionais também competirem entre si, quando o gestor deseja que a empresa tenha estabilidade e controle, mas com certa adaptabilidade e controle, conforme as tensões organizacionais, permitindo que certas contradições possam existir e serem administradas, buscando o equilíbrio. As principais dimensões e valores enfatizados pelo CVM se encontram na figura 01.

Figura 01: Principais dimensões e valores enfatizados pelo *Competing Value Model*.



Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em Santos (2000).

A primeira dimensão, de acordo com Cameron e Quinn (2011), coloca flexibilidade e dinamismo de forma oposta à estabilidade, ordem e controle. De acordo com os autores, há empresas que são eficazes porque mudam e inovam, enquanto outras, ao permanecerem tradicionais, previsíveis e mecanicistas, obtêm sucesso porque os setores em que atuam demandam isso. A segunda dimensão opõe a orientação interna e integração (em que a organização se pauta em função de características internas) à orientação externa e diferenciação (pautada na distinção e competição com as demais organizações). A ênfase é apontada nos conflitos entre a estabilidade e mudança e entre o ambiente interno e externo. Santos (2000) aponta a possibilidade de examinar a extensão da congruência dos elementos culturais de uma organização. Quando diferentes atributos de uma cultura são identificados no mesmo quadrante (ou tipologia), há evidências de uma congruência cultural.

A partir de um estudo feito a partir de 39 (trinta e nove) indicadores de efetividade organizacional, a análise estatística dos dados permitiu aos autores do modelo identificar as duas dimensões já citadas e quatro *clusters* (CAMERON; QUINN, 2011; SILVA; CASTRO; DOS-SANTOS, 2018; ARAUJO *et al.*, 2011). Os quatro clusters originados pelas duas dimensões representam quatro tipos diferentes de cultura, com indicadores de efetividade organizacional distintos, que chamaremos de “tipologias”. Este termo é trazido por Santos

(2000) como uma coletânea de tipos possuidores de certas características em comum, mas que guardam diferenças o suficiente para sofrerem distinção entre si. As tipologias permitem a realização de generalizações teóricas de determinada classe e também explicam diferenças entre as organizações. O modelo de Cameron e Quinn (2011) apresenta quatro tipologias de culturas, a saber: cultura hierárquica, cultura clã, cultura inovativa (ou *adhocrática*) e cultura de mercado, conforme a figura 02.

Figura 02: As tipologias culturais do modelo de Cameron e Quinn.



Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em Cameron e Quinn (2011).

Cada tipo cultural possui um perfil exatamente oposto. A cultura clã apresenta flexibilidade e controle interno, enquanto seu oposto – a cultura de mercado – valoriza controle e direcionamento externo. A cultura inovativa (ou *adhocrática*) é flexível e orientada para o foco externo, enquanto seu perfil oposto – a cultura hierárquica – visa controle formal com foco interno. Observa-se também fronteiras comuns, como a flexibilidade (cultura clã e cultura inovativa); o controle (cultura hierárquica e cultura de mercado); o foco interno (cultura clã e cultura hierárquica) e o foco externo (cultura inovativa e cultura de mercado) (CAMERON; QUINN, 2011).

Os autores do modelo, porém, destacam que nenhuma organização apresenta uma única cultura – há combinações delas, em que dependendo das variáveis ambientais onde a empresa está inserida, alguns tipos serão mais dominantes que outros. Este aparente paradoxo fornece às organizações culturas organizacionais diferenciadas, com suas manifestações particulares (SANTOS, 2000).

Por fim, Cameron e Quinn (2011) julgam importante o balanceamento das culturas, porque quando um dos quadrantes se sobrepõe aos demais em excesso, a organização se torna disfuncional pois a cultura tenderá a considerar que os outros quadrantes representam fraquezas. Um exemplo disso seria que excessiva formalização tornaria uma organização

extremamente lenta para enfrentar uma situação de mudanças provocadas por fatores externos. Outro exemplo visualizaria que uma excessiva flexibilidade pode levar organizações ao caos administrativo. Santos (2000) considera que uma cultura pode ser considerada “forte” quando incorporar de forma semelhante as características de todos os quatro tipos culturais, facilitando a resposta da organização a quaisquer estímulos ambientais.

Cameron e Quinn (2011) caracterizam a cultura do tipo hierárquica como possuidora de foco interno à organização, com ambiente de trabalho formal e estruturado, estabilidade, previsibilidade e eficiência. Os procedimentos, regras, tarefas e funções possuem estabilidade (SANTOS, 2000). Os empregados se realizariam quando seus papéis estão bem claros e definidos (SILVA; CASTRO; DOS-SANTOS, 2018), aceitando bem a autoridade emanada pelos papéis formalmente estabelecidos e regulamentos impostos (SANTOS, 2000).

Há liderança eficiente, porém conservadora e cautelosa, com linhas claras de autoridade e padronização (CAMERON; QUINN, 2011; PAIVA; PIO; FERRAZ, 2016; SANTOS, 2000). Está em consonância com a abordagem burocrática, proposta por Max Weber, com predominância de formalização e procedimentos se sobrepondo à vontade das pessoas (PAIVA; PIO; FERRAZ, 2016; ARAUJO *et al.*, 2011). Os processos de informação carregam forte formalidade, visando estabilidade e continuidade (SANTOS, 2000).

Cameron e Quinn (2011) conceituam que a cultura do tipo clã também possui foco interno, mas apresenta maior flexibilidade, ao utilizar equipes de trabalho, tratar clientes como parceiros e humanizar o ambiente de trabalho, com influência da cultura japonesa, em que os clãs são estruturas muito fortes. Ela se baseia em normas e valores associados à afiliação (SANTOS, 2000). O sucesso da organização está em função da capacidade de formar um grupo de trabalho bastante envolvido com a organização, baseado em satisfação e comprometimento dos funcionários (SILVA; CASTRO; DOS-SANTOS, 2018), com ampla sinergia entre funcionários e organização (PAIVA; PIO; FERRAZ, 2016), valorizando a participação dos membros nas tomadas de decisão (SANTOS, 2000).

A liderança, na cultura clã é vista como mentora, chegando a atuar como figura paterna, apoiando as equipes para o desenvolvimento e resolução de problemas (CAMERON; QUINN, 2011; PAIVA; PIO; FERRAZ, 2016). Os processos de informação tendem a ser intuitivos, visando a inovação e a revitalização de ideias (SANTOS, 2000). Os processos de informação desta tipologia cultural tendem a ser coletivos, através de participação e consenso, buscando o envolvimento das pessoas (SANTOS, 2000).

Cameron e Quinn (2011) conceituam a cultura de mercado com foco externo e a preocupação com competitividade, resultados e produtividade exigem maior ênfase na

penetração e participação de mercado. Os autores consideram que ganhou maior evidência durante os anos 1960, quando as organizações se depararam com grandes desafios competitivos. Há grandes pressupostos de realização (SANTOS, 2000). Neste tipo cultural, acredita-se que metas e recompensas claras motivam os empregados para a competitividade (SILVA; CASTRO; DOS-SANTOS, 2018), embora possa haver certa dificuldade em trabalhar, em função da concorrência entre os empregados (PAIVA; PIO; FERRAZ, 2016).

A liderança nesta tipologia cultural tende a ser diretiva, orientada para objetivos e em constante fornecimento de recursos, procurando encorajar a produtividade. Os processos de informação tendem a ser individuais (SANTOS, 2000).

Já a cultura inovativa – ou de *adhocracia* – no conceito de Cameron e Quinn (2011), possui foco externo e flexibilidade em procedimentos, com criatividade, atitude empreendedora, bastante dinamismo e busca constante pela inovação, com riscos calculados. Esta forma emergiu principalmente em função das respostas que as organizações precisaram dar frente a um mundo de mudanças turbulentas e aceleradas, surgidas no final do século XX. As mudanças são bem-vindas, pois podem proporcionar novos negócios (SILVA; CASTRO; DOS-SANTOS, 2018). No extremo, pode ser considerada uma espécie de anarquia organizada com imaginação disciplinada (ARAUJO *et al.*, 2011).

O foco na inovação torna a liderança idealista, visionária e empreendedora (PAIVA; PIO; FERRAZ, 2016;), visto que os líderes não temem correr riscos, tentam prever o futuro e se preocupam em obter recursos, suporte e imagem externa (SANTOS, 2000).

Por fim, o modelo de Cameron e Quinn (2011), assim como outros modelos listados anteriormente, indica que as tipologias culturais podem corresponder a estágios de ciclo de vida organizacional. Por exemplo, uma *startup* pequena e iniciante sente a necessidade da liderança visionária e atitude empreendedora de uma cultura inovativa (ou *Adhocrática*). Ao se desenvolver, com os fundadores contratando pessoas próximas, o sentido de organização familiar apresentará características da cultura clã. Ao ultrapassar o estágio familiar, uma empresa no estágio de crescimento sentirá necessidade de formalizar regras, padrões de procedimentos e sua estrutura, adquirindo características de uma cultura hierárquica. Por fim, com o advento de uma concorrência mais acirrada e com foco em resultados, a orientação tenderá a resultar em uma cultura de mercado. Na maturidade, os autores ponderam que um ou mais tipos de organização podem ter prevalência na cultura organizacional. Santos (2000) alerta que o diagnóstico cultural não corresponde a uma realidade completa, mas a uma simplificação intencional, com base em determinadas dimensões.

A operacionalização do modelo de valores competitivos de uma organização é feito através de um instrumento chamado OCAI – *Organizational Culture Assessment Instrument* (Instrumento de Avaliação da Cultura Organizacional), também desenvolvido por Cameron e Quinn (2011). Neste instrumento, estão consideradas seis características que compõem dimensões importantes da cultura organizacional: características dominantes – que refletem características formalizadas e estruturadas, atributos que definem a organização para seus membros; liderança organizacional – trata-se do posicionamento do líder, como ele se porta dentro da organização e diante de sua equipe; gestão de empregados – a forma como os empregados são conduzidos dentro do contexto organizacional; coesão organizacional – que reflete o sentimento que mantém a organização unida, abordando questões relacionadas ao sentimento que integra colaboradores da organização e o que é encorajado em seu trabalho; ênfase estratégica – se remete aos pressupostos e estratégias que a empresa utiliza para alcançar qualidade no serviço e bons desempenhos; e critérios de sucesso – que visa a analisar os pressupostos que explicam e atribuem os resultados exitosos da organização (SILVA; CASTRO; DOS-SANTOS, 2018; REIS, 2015; BRAGA; FERRAZ; LIMA, 2014; ARAUJO *et al.*, 2011; SANDRINI; MATUCHESKI, 2007).

Para cada uma destas dimensões, há quatro itens, cada um relativo a uma determinada tipologia predominante – hierárquica, clã, de mercado e inovativa (CAMERON; QUINN, 2011; BARBOSA, 2011; DE DOMENICO; LATORRE; TEIXEIRA, 2006). Em cada item, o entrevistado indicará maior ou menor possibilidade de ocorrência ilustrada por essa assertiva em seu ambiente organizacional, conforme é apresentado no quadro 02. O instrumento completo está detalhado no Apêndice B deste trabalho.

Quadro 02 – Estrutura do instrumento OCAI, desenvolvido por Cameron e Quinn (2011).

<b>Características culturais</b>	<b>Itens que abordam as características</b>	<b>Item que aborda a tipologia Clã</b>	<b>Item que aborda a tipologia Inovativa</b>	<b>Item que aborda a tipologia de Mercado</b>	<b>Item que aborda a tipologia Hierárquica</b>
<b>Características dominantes</b>	1, 2, 3, 4	1	2	3	4
<b>Liderança organizacional</b>	5, 6, 7, 8	5	6	7	8
<b>Gestão de empregados</b>	9, 10, 11, 12	9	10	11	12
<b>Coesão organizacional</b>	13, 14, 15, 16	13	14	15	16
<b>Ênfase estratégica</b>	17, 18, 19, 20	17	18	19	20
<b>Crítérios de sucesso</b>	21, 22, 23, 24	21	22	23	24

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em Cameron e Quinn (2011).



## 2.6 Estudos empíricos sobre cultura organizacional em instituições hospitalares

Dada a vasta gama de trabalhos publicados sobre cultura organizacional, foi feito um recorte para limitar e dar foco à vasta quantidade de artigos que existem a respeito da temática. Esta seção traz os estudos empíricos sobre cultura organizacional, porém com aplicação em instituições hospitalares.

A cultura organizacional é uma problemática muito explorada em estudos acadêmicos realizados em instituições hospitalares por serem organizações complexas, com setores variados e diversificação em procedimentos e atividades, onde falhas não podem ser permitidas (FLAUSINO, 2015; REIS, 2015), observando-se subculturas donas de facetas que demarcam campos de poder, representando enormes desafios para os gestores.

O quadro 03 apresenta trabalhos selecionados que trouxeram contribuições relevantes ao campo dos estudos organizacionais na área de cultura organizacional, com foco em hospitais. Os trabalhos foram coletados em pesquisas nas bases de dados *Spell*, *Scielo*, *Ibict* e *Google acadêmico*, envolvendo artigos e dissertações. O recorte temporal limitou a pesquisa a trabalhos publicados nesta década.

Quadro 03 - Estudos empíricos sobre cultura organizacional em instituições hospitalares.

<b>Autores/ Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Referencial Teórico</b>	<b>Aspectos metodológicos</b>	<b>Resultados alcançados</b>
Fonseca <i>et al.</i> (2018) Artigo.	Identificar as características das pesquisas na área de saúde sobre o tema cultura organizacional publicadas em revistas brasileiras de 2007 a 2016	Cultura organizacional - Schein (1992)	Artigo bibliométrico com metodologia quantitativa, utilizando 30 artigos de revistas nacionais de Qualis A1, A2, B1 nas áreas de enfermagem, saúde coletiva e psicologia.	Predomínio de artigos quantitativos e a aplicação de grande variedade de instrumentos para analisar a cultura organizacional na saúde
Silva <i>et al.</i> (2018) Artigo.	As relações entre a cultura atual e a cultura desejada em organizações brasileiras da área da saúde.	Cultura organizacional – Cameron e Quinn (2011)	Pesquisa quantitativa com amostra composta por 103 empregados de 10 instituições privadas da área da saúde, atuantes na cidade de Belo Horizonte e de suas cidades da região centro oeste do Estado de Minas Gerais, Brasil.	Há a primazia de uma cultura hierárquica com foco interno e controle dominante, ao passo que para a perspectiva desejada foi possível identificar uma cultura hierárquica com foco interno e predominância do controle em relação à flexibilidade. Conclui-se que as organizações não devem direcionar seu foco somente para um tipo de cultura.
Lourenço <i>et al.</i> (2017) Artigo.	Investigar as eventuais relações entre o tipo de cultura organizacional, segundo	Cultura organizacional – Cameron e Quinn (2011)	Estudo de caso com metodologia quantitativa, com aplicação de dois	A tipologia de cultura organizacional que obteve maior pontuação foi a cultura de mercado.

Autores/ Ano	Objetivo	Referencial Teórico	Aspectos metodológicos	Resultados alcançados
	o modelo dos valores contrastantes, e a percepção que os clientes internos têm das dimensões da qualidade dos serviços do Hospital Distrital da Figueira da Foz, Entidade Pública Empresarial (HDFE - EPE)?		<i>surveys</i> em uma instituição hospitalar.	Relativamente à percepção das dimensões da qualidade, nos serviços, pelos clientes internos, verificou-se que a dimensão confiança que obteve a pontuação mais elevada, correlacionando-se estatisticamente com as quatro tipologias de cultura, clã, <i>adhocrática</i> , burocrática e de mercado
Vegro <i>et al.</i> (2016) Artigo.	Avaliar os valores e as práticas que caracterizam a cultura organizacional de um hospital privado do interior do Estado de São Paulo na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem.	Cultura Organizacional – Hofstede (2010)	Estudo quantitativo, descritivo, utilizando-se o Instrumento Brasileiro para Avaliação da Cultura Organizacional (IBACO). Participaram 21 enfermeiros e 62 técnicos e auxiliares de enfermagem.	Na percepção dos trabalhadores, existe cooperação no trabalho, a instituição busca a satisfação do cliente e um bom relacionamento interpessoal, apesar de haver rigidez hierárquica.
Garcia <i>et al.</i> (2015) Artigo.	Analisar a produção científica existente sobre a influência da cultura organizacional na viabilização da gestão participativa em organizações de saúde.	Cultura organizacional.	Artigo bibliométrico. Base de Dados: <i>Scopus</i> , <i>Web of Science</i> , <i>SciELO</i> , <i>LILACS</i> , <i>PubMed</i> e <i>Medline</i> . Critérios de inclusão: artigos originais e de revisão; Não foi limitado o ano das publicações. Encontrados 450 artigos, após seleção, foram analisados seis deles.	Os estudos evidenciaram que a cultura de uma organização influencia o tipo de gestão da instituição. A cultura de uma organização é que direcionará o estilo de gestão adotado, e, conseqüentemente, influenciará na mudança organizacional.
Reis (2015) Dissertação.	Identificar e analisar o modo como a cultura organizacional influencia o comprometimento no trabalho dos servidores de dois hospitais públicos de Minas Gerais – Hospital Ômega e Hospital Sigma – identificando perfis culturais associados ao comprometimento organizacional.	Cultura organizacional – Cameron e Quinn (2011) Comprometimento organizacional – Meyer e Allen (1997)	Pesquisa quantitativa com aplicação de <i>survey</i> a 125 participantes do Hospital Ômega e 248 do Hospital Sigma.	As culturas dominantes nos hospitais são a hierárquica e a clã e que a menos expressiva é a <i>adhocrática</i> . O comprometimento maior é o afetivo. As culturas clã e <i>adhocrática</i> influenciam positivamente o comprometimento e a cultura de mercado não exerce influência.

Autores/ Ano	Objetivo	Referencial Teórico	Aspectos metodológicos	Resultados alcançados
Cruz e Ferreira (2015) Artigo.	Identificar o tipo de cultura organizacional que predomina em instituições públicas de saúde portuguesas com diferentes modelos de gestão.	Cultura organizacional – Cameron e Quinn (2011)	Estudo quantitativo e transversal, com amostra de 671 colaboradores de dez instituições de saúde com diferentes modelos de gestão: modelo Sector Público Administrativo (SPA), modelo Entidade Pública Empresarial (EPE) e modelo Unidade de Saúde Familiar (USF).	Nos modelos SPA e EPE verifica-se um predomínio da cultura hierárquica, enquanto no modelo USF sobressai a cultura de clã. A cultura organizacional que prevalece nas instituições de saúde, nomeadamente a nível hospitalar (cultura hierárquica), não parece ser a mais adequada à filosofia subjacente aos novos modelos de gestão e seu funcionamento
Macau (2014) Dissertação.	Identificar elementos da cultura organizacional que influenciam nos princípios da qualidade da NBR ISSO 9001/2008 na percepção dos profissionais de um Hospital Universitário.	Cultura organizacional – Hofstede (2005) e Calori e sarnin (1991). Gestão da qualidade.	Pesquisa descritiva e quantitativa com amostra de 189 profissionais de saúde do HU, com utilização da escala IBACO, com análises estatísticas descritivas.	As correlações entre cultura e qualidade apresentam associações positivas e significativas.
Rocha <i>et al.</i> (2014) Artigo.	Analisar a cultura organizacional de um hospital público brasileiro.	Cultura organizacional.	Pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa dos dados, desenvolvida em um hospital público do Estado de São Paulo. A amostra composta por 52 enfermeiros e 146 técnicos e auxiliares de enfermagem. Sendo utilizado como <i>survey</i> o IBACO.	Existência de rigidez hierárquica, centralização de poder, individualismo e competição no trabalho, dificultando o desenvolvimento do trabalho em equipe. Fica evidenciado que modelos tradicionais de organização do trabalho sustentam as práticas de trabalho do hospital e determinam a cultura organizacional.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Pelo exposto no quadro 03, observa-se que os estudos de cultura organizacional realizados em instituições hospitalares, em sua maioria, seguem a metodologia quantitativa (FONSECA *et al.*, 2018), contrastando com o predomínio da metodologia qualitativa, que é predominante quando o tema é abordado em instituições em geral (SOUZA *et al.*, 2015; ARAUJO *et al.*, 2018).

Estes trabalhos de natureza quantitativa em cultura organizacional utilizaram, em sua maioria, os instrumentos OCAI (*Organizational Culture Assessment Instrument*) e IBACO (Instrumento Brasileiro para Avaliação da Cultura Organizacional), com predomínio do primeiro. A maior parte destes estudos observou, como resultado, que a cultura hierárquica é a

mais percebida em instituições hospitalares, com a cultura clã se posicionando em segundo lugar. Apenas um estudo (LOURENÇO *et al.*, 2017) divergiu, apresentando em seus resultados a prevalência da cultura de mercado, embora a cultura hierárquica estivesse com resultados bem próximos.

## 2.7 Hipóteses da pesquisa

Esta subseção apresentará as hipóteses desta pesquisa, tendo em vista o referencial teórico desenvolvido até o momento.

Estudos empíricos apontam que hospitais tendem a apresentar predominância da cultura hierárquica (SILVA *et al.*, 2018; REIS, 2015; CRUZ E FERREIRA, 2015) e mesmo aqueles que não utilizaram este instrumento, chegaram a conclusões semelhantes da predominância de rigidez hierárquica e centralização de poder (ROCHA *et al.*, 2014), o que leva à **primeira hipótese** deste trabalho: **a tipologia de cultura predominante em organizações hospitalares é a tipologia de cultura hierárquica.**

Em estudos anteriores, observa-se que a cultura do tipo clã costuma se apresentar de forma representativa no *mix* cultural, atrás apenas da cultura hierárquica (SILVA *et al.*, 2018; REIS, 2015; CRUZ E FERREIRA, 2015), na forma de subcultura, principalmente nos servidores assistenciais. A **segunda hipótese** deste trabalho considera que: **a tipologia de cultura clã é predominante entre os trabalhadores da área assistencial em organizações hospitalares.**

Dada a natureza pública dos serviços prestados de saúde pelo Complexo Hospitalar, através do SUS, com base na literatura estudada (REIS, 2015; SILVA *et al.*, 2018), a **terceira hipótese** desta pesquisa aponta que **a tipologia de cultura de mercado é predominante entre os trabalhadores da área administrativa em organizações hospitalares.**

Objetivando corroborar com a literatura (SILVA *et al.*, 2018; REIS, 2015; LOURENÇO *et al.*; 2017; CRUZ E FERREIRA, 2015), cujos estudos concluíram que esta tipologia de cultura possui características que podem não ser as mais adequadas a um ambiente de cuidados de saúde, que costuma seguir protocolos rígidos (Silva *et al.*, 2018), a **quarta hipótese** desta dissertação enuncia que **a tipologia de cultura *adhocrática* é a menos recorrente em organizações hospitalares.**

### **3 A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH**

A criação da EBSEH se insere nos pressupostos de modernização da gestão pública e, mais especificamente, da modernização da gestão dos hospitais universitários brasileiros, tendo como pano de fundo o paradigma da administração pública gerencial, que, no Brasil, teve como ponto de partida o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, pensado por Bresser Pereira (BRASIL, 1995). Este plano propunha alterar a essência da administração pública brasileira, de burocrática em administração pública gerencial. A reforma do aparelho do Estado tinha a intenção de torná-lo menor, mais eficiente e mais voltado para o atendimento das demandas dos cidadãos (COSTA; PESSOA, 2017; VIEIRA, 2016; LITTIKE; SODRE, 2015).

Esta seção apresenta, a seguir, a contextualização sobre o surgimento da EBSEH e foi dividida nas seguintes subseções: o sistema único de saúde e sua relação com os hospitais universitários federais; descrição do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais –REHUF; resgate histórico do surgimento da EBSEH; apresentação e descrição da Rede EBSEH; e estudos empíricos sobre a adesão à EBSEH pelos hospitais universitários.

#### **3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e os hospitais universitários federais**

Na Constituição Federal, de acordo com o Art. 196, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). A materialização do texto constitucional foi realizada através do Sistema Único de Saúde (SUS), entendido como uma política de Estado, regulamentado pela lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (MAFRA; VIEIRA; BROCKER, 2015).

Mafra, Vieira e Brocker (2015) ainda acrescentam que o SUS possui três princípios: a universalidade – garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão; a equidade – em que são asseguradas ações e serviços de todos os níveis conforme a complexidade de cada caso, independente de onde o cidadão morar, sem privilégios e barreiras, até o limite do que o sistema puder oferecer; e o princípio da integralidade, em que pessoas, ações e unidades prestadoras de serviço são um todo indivisível, formando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Os hospitais são instituições com funcionamento bastante singular, concentrando alta quantidade e diversidade profissional e de usuários, além de insumos e equipamentos, com intervenções de alta complexidade (MAFRA; VIEIRA; BROCKER, 2015; LITTIKE, SODRE, 2015). Já os Hospitais Universitários Federais, também conhecidos como hospitais-escola ou de ensino, são centros de atendimento hospitalar mantidos pelas universidades federais, com a função de participar na formação e investigação do campo do ensino dos profissionais da área da saúde (MAFRA; MARTINS; CARMINATTI JÚNIOR, 2015), além de agregar duas políticas sociais: educação e saúde, se submetendo às diretrizes do Ministério da Educação e Ministério da Saúde (LITTIKE, SODRE, 2015).

Mafra, Martins e Carminatti Junior (2015) afirmam que o termo universidade está ligado a outros, como cultura, ciência, ensino superior, pesquisa e autonomia, onde devem ser compreendidos em conjunto. As Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) configuram-se como unidades de organização institucional autônomas no âmbito do ensino superior.

Os hospitais universitários – unidades hospitalares ligadas às Universidades Federais em todo o país – são de grande importância social e têm como função fundamental ser um ambiente de formação e atuação dos estudantes universitários da área da saúde, no universo de ensino, pesquisa e extensão. Fomentam pesquisas, oferecem atendimento assistencial à população, principalmente às mais carentes, além de realização de cirurgias e atendimentos de alta complexidade (COSTA; PESSOA, 2017) bem como participam de implementações de políticas públicas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (LITTIKE, SODRE, 2015).

Porém, a gestão dos hospitais universitários sofreu estorvos por problemas de financiamento, especialmente quando passaram a agregar a assistência à saúde através do SUS ao desenvolvimento de suas atividades (TEIXEIRA, 2015). A forma encontrada pelo governo federal para resolver essa problemática foi através da criação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) em 2010, com o objetivo de realizar o financiamento compartilhado, a reestruturação, modernização e revitalização desses hospitais, buscando criar condições para desempenhar plenamente as dimensões de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde (BRASIL, 2010a).

### **3.2 O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF**

A modernização dos hospitais universitários teve seu despertar em 2003, com a constituição de grupo de trabalho nomeado pela Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/

MPOG nº 562/2003 com a finalidade de diagnosticar os reais problemas relacionados à gestão, ao financiamento e à infraestrutura dos hospitais de ensino do país (BARROS, 2014). Como resultado do grupo de trabalho, em 2010 foi criado o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, por meio do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro do mesmo ano, destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, integrados ao Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2010).

O objetivo do REHUF é proporcionar condições materiais e institucionais aos hospitais universitários federais meios para que desempenhem plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisas, extensão e assistência à saúde da população, orientando-se pelas seguintes diretrizes:

- I - Instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde;
- II - Melhoria dos processos de gestão;
- III - Adequação da estrutura física;
- IV - Recuperação e modernização do parque tecnológico;
- V - Reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais;
- VI Aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde (BRASIL, 2010).

Dessa forma, melhorias dos processos de gestão, adequação da estrutura física e reestruturação do quadro de recursos humanos passaram a fazer parte da agenda dos hospitais universitários. (VIEIRA, 2016). Foram adotadas medidas que contemplam a reestruturação física e tecnológica das unidades, com a modernização do parque tecnológico; a revisão do financiamento da rede, o aumento progressivo do orçamento destinado às instituições; a melhoria dos processos de gestão; a recuperação do quadro de recursos humanos dos hospitais e o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde (COSTA; PESSOA, 2017).

Com a criação da EBSEH, a empresa passou a ser o órgão do MEC responsável pela gestão do Programa de Reestruturação e que, por meio de contrato firmado com as universidades federais que assim optarem, atuará no sentido de modernizar a gestão dos Hospitais Universitários Federais (MAFRA; VIEIRA; BROCKER, 2015), recebendo esta delegação em 2012, levando muitos hospitais universitários federais a aderir à gestão compartilhada com a EBSEH para obter maiores repasses de recursos através do REHUF, buscando resolver seus problemas financeiros (TEIXEIRA, 2015).

### 3.3 O surgimento da EBSEH

Operacionalizando o redesenho dos hospitais universitários, o MEC (Ministério da Educação e Cultura), em conjunto com o MPOG (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão) elaboram a Medida Provisória nº520, que autorizam o poder executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, na forma de uma sociedade anônima. Esta forma jurídica causou a rejeição da medida no Senado. Em 2011, a empresa foi criada, por meio da Lei nº 12.550/11, como uma empresa pública, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação e Cultura, cujo regime de trabalho dos empregados é celetista e a sede está localizada em Brasília (MAFRA; VIEIRA; BROCKER, 2015; LITTIKE; SODRE, 2015).

A empresa foi criada com o objetivo de administrar instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, o que inclui hospitais universitários federais e hospitais das três esferas de governo. O Decreto Federal nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011 estabelece as competências da EBSEH, arrolando as seguintes atividades relacionadas:

I - administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, integralmente disponibilizados ao Sistema Único de Saúde;

II - prestar, às instituições federais de ensino superior e a outras instituições públicas congêneres, serviços de apoio ao ensino e à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, em consonância com as diretrizes do Poder Executivo;

III - apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e de outras instituições públicas congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação de residência médica ou multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS;

IV - prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições públicas congêneres;

V - prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições públicas congêneres, com a implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas; e

VI - exercer outras atividades inerentes às suas finalidades. (BRASIL, 2011b)

Sob argumentos baseados na ineficiência da gestão pública e no alto custo dos hospitais federais, decorrentes da burocracia da legislação brasileira, a EBSEH foi apresentada pelo governo como "única" solução e tem ganhado espaço e adesão junto às universidades federais (MAFRA; MARTINS; CARMINATTI JÚNIOR, 2015; LITTIKE;



SODRE, 2015). Por ser uma empresa pública, os hospitais que integrarem a rede manterão toda a prestação de serviços à saúde da população 100% no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e funcionarão com recursos 100% públicos (BRASIL, 2011b).

Um detalhe que provocou a rejeição de vários grupos à EBSEH foi a figura jurídica utilizada – empresa pública, e não uma autarquia (VIEIRA, 2016). De acordo com o Decreto-lei nº 200/67 (BRASIL, 1967), a figura da empresa pública é utilizada para exploração de atividade econômica que o governo tenha necessidade de exercer por motivos de contingência ou conveniência administrativa. Um dos argumentos de quem se opõe à EBSEH é que a saúde não pode ser vista do ponto de vista mercadológico – a figura de uma autarquia seria mais adequada (MAFRA; VIEIRA; BROCKER, 2015). Outros pontos questionados nos meios acadêmicos e sindicais seriam a perda da autonomia universitária (ensino, pesquisa e extensão) e uma possível privatização dos hospitais universitários (VIEIRA, 2016).

Apesar da polêmica, o governo considerou que a figura da empresa pública – citando como um dos exemplos a realização de concursos onde os aprovados seriam contratados sob as regras da CLT – teria maior agilidade e flexibilidade processuais que uma autarquia (ALBUQUERQUE, 2017). O fato de o modelo de gestão adotado pelas autarquias não condizer com a dinâmica de uma administração hospitalar (BARROS, 2014; PESSOA, 2018) é uma das justificativas para modelo de administração através dos contratos de gestão assinados com a EBSEH.

A partir da manifestação pela adesão por parte da universidade federal à qual o hospital é vinculado, a empresa trabalha em conjunto com o hospital no dimensionamento dos serviços prestados pela unidade e da necessidade de contratação de pessoal. A partir da assinatura de contrato específico para este fim (TEIXEIRA, 2015) e realização de diagnóstico conjunto entre a instituição de ensino e a EBSEH, com pactuação de objetivos e metas (VIEIRA, 2016), é constituída a equipe de governança do Hospital formada pelo Superintendente e três gerentes (Atenção à Saúde; Administrativo e de Ensino e Pesquisa). O Superintendente, no caso dos Hospitais Universitários, será selecionado pelo reitor da universidade, preferencialmente do quadro permanente da instituição, obedecendo a critérios estabelecidos de titulação acadêmica e comprovada experiência em gestão pública na área de saúde, definidos em conjunto entre a reitoria e a empresa, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 (EBSEH. 2018b; MAFRA; VIEIRA; BROCKER, 2015).

### 3.4 A Rede EBSEERH

Até o mês de abril de 2019, 50 (cinquenta) hospitais universitários, vinculados a 35 (trinta e cinco) universidades Federais, assinaram contrato com a EBSEERH. A figura 03 apresenta as universidades federais que assinaram contrato com a EBSEERH:

Figura 03 – Instituições federais de ensino superior com hospitais universitários federais



Fonte: EBSEERH (2019b).

A seguir, são listados no quadro 04 os hospitais que assinaram contrato com a EBSEERH, divididos pelas regiões geográficas do Brasil:

Quadro 04 – Rede de hospitais universitários da EBSEERH

Região	Universidade	Hospital
Região Norte	Universidade Federal do Amazonas	HU Getúlio Vargas
	Universidade Federal do Tocantins	Hospital de Doenças Tropicais
	Universidade Federal do Pará	HU Bettina Ferro de Souza HU João de Barros Barreto
Região Nordeste	Universidade Federal de Alagoas	HU Prof. Alberto Antunes
	Universidade Federal da Bahia	HU Prof. Edgard Santos Maternidade Cclimério de Oliveira
	Universidade Federal de Campina Grande	Hospital Universitário Alcides Carneiro
	Universidade Federal do Ceará	HU Walter Cantídio Maternidade Escola Aassis Chateaubriand
	Universidade Federal do Maranhão	Hospital Universitário
	Universidade Federal da Paraíba	HU Lauro Wanderley
	Universidade Federal de Pernambuco	Hospital das Clínicas
	Universidade Federal do Piauí	Hospital Universitário
	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	HU AnaBezerra HU Onofre Lopes Maternidade Escola Januário Cicco
	Universidade Federal de Sergipe	Hospital Universitário Hospital Universitário de Lagarto
	Região Centro Oeste	Universidade de Brasília

Região	Universidade	Hospital
	Universidade Federal de Goiás	Hospital das Clínicas
	Universidade Federal de Mato Grosso	HU Júlio Müller
	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	HU Maria Aparecida Pedrossian
	Universidade Federal da Grande Dourados/MS	Hospital Universitário
Região Sudeste	Universidade Federal do Espírito Santo	HU Cassiano Antonio Moraes
	Universidade Federal de Minas Gerais	Hospital das Clínicas
	Universidade Federal de Juiz de Fora/MG	Hospital Universitário de Juiz de Fora
	Universidade Federal do Triângulo Mineiro/MG	Hospital de Clínicas
	Universidade Federal de Uberlândia/MG	Hospital de Clínicas
	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	Hospital Universitário Gafrée e Guinle
	Universidade Federal Fluminense/RJ	Hospital Universitário Antonio Pedro
Região Sul	Universidade Federal do Paraná	Hospital de Clínicas
		Maternidade Victor Ferreira do Amaral
	Universidade Federal de Santa Maria/RS	Hospital Universitário de Santa Maria
	Universidade Federal de Pelotas/RS	Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas
	Universidade Federal do Rio Grande	Hospital Universitário dr. Miguel Riet Corrêa Jr.
Universidade Federal de Santa Catarina	Hospital Universitário	

Fonte: EBSEH (2019c).

Para que a EBSEH passe a efetivamente administrar um hospital universitário federal, é necessária a adesão da universidade à qual o hospital está vinculado, sendo assinado um contrato de gestão. O processo de gestão dos hospitais prevê inicialmente um diagnóstico conjunto entre a instituição de ensino e a EBSEH, com o estabelecimento de objetivos e metas. Há ainda a previsão de um período de transição de doze meses. (VIEIRA, 2016).

Integram o quadro de pessoal da EBSEH os empregados públicos admitidos na forma do art. 10 da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, definindo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) como regime de pessoal permanente e os servidores públicos federais a ela cedidos (EBSEH, 2018a). De acordo com o Portal da Transparência do Governo Federal (2019), a estatal possui hoje 29.965 empregados CLT concursados.

Vieira (2016) chamou a atenção para o regime de pessoal permanente, regido pela CLT, que embora consoante à figura jurídica da empresa pública, poderia gerar preocupações no fato de que estes empregados públicos iriam coexistir com servidores estatutários, realizando funções semelhantes, porém com direitos, garantias e remuneração diferenciadas. Costa e Pessoa (2017) hipotetizaram que o ambiente de mudança cultural contribuiria para modificações nas condições de trabalho, tendo em vista as alterações em pressuposições básicas, valores de suporte e, inclusive, no nível dos artefatos.

Embora o contrato de gestão permita maior independência das culturas entre os órgãos signatários, pressupõe-se que a mudança cultural será inevitável (PESSOA, 2018). Dentre os modelos de fusão cultural, a autora estima que possa ocorrer certa pluralidade cultural – facilitada pela distância geográfica (TANURE; CANÇADO, 2005) entre a sede da EBSEH e os hospitais. A pluralidade cultural também pode ser prevista pelo lapso temporal, visto que as mudanças concretas esperadas pela adesão à EBSEH só poderão ser avaliadas e comprovadas em médio prazo (BARROS, 2014).

A implantação *top down* da EBSEH trouxe promessas, como a inovação tecnológica trazida pela aquisição de equipamentos modernos, ampliação da oferta de serviços prestados, mudanças em sistemas e processos, além de investimentos em infraestrutura. Tudo isso exigirá contrapartida do corpo gestor dos hospitais, que deverão se adaptar a um modelo de gestão bem diferente do até então praticado nos hospitais universitários, ainda carregado de gestões burocráticas ineficientes e desvirtuadas (BARROS, 2014). De acordo com a autora, implicará em um grande esforço organizacional para conduzir mudanças de comportamento dos atuais servidores, muitas vezes preocupados com o microcosmo comportamental das perdas e ganhos em todo este processo.

### ***3.5 Estudos empíricos sobre a adesão à EBSEH pelos hospitais universitários***

Como a criação da EBSEH, em 15 de dezembro de 2011, é um fato bastante recente, a quantidade de estudos acadêmicos envolvendo a empresa ainda é muito pequena. A maior quantidade de trabalhos observados segue principalmente duas temáticas diferentes. A primeira temática questiona a forma como a empresa foi criada, com foco em consequências negativas – muitas delas não apenas longe de se concretizar, como muitas vezes apresentadas de forma enviesada e ideológica.

A segunda temática, que apresenta maior interesse a esta pesquisa, apresenta estudos localizados em universidades federais pelo país, analisando como se deu a adesão de seus hospitais universitários à EBSEH. Com a análise destes trabalhos, não foi observado alinhamento com relação à forma como esta implantação foi estudada – por exemplo, a maioria dos trabalhos apresentou, no referencial teórico, resgates históricos da evolução da administração pública e princípios e diretrizes do SUS.

O quadro 05 apresenta os principais estudos recentes sobre as temáticas estudadas que envolvem a EBSEH. Esses estudos foram selecionados com base nos artigos disponibilizados nas plataformas *Spell* e *SciELO*.

Quadro 05 - Estudos empíricos sobre a adesão de hospitais universitários à EBSERH (*artigos*).

<b>Autores/ Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Referencial Teórico</b>	<b>Aspectos metodológicos</b>	<b>Resultados alcançados</b>
Costa e Pessoa (2017)	Compreender a mudança cultural em curso na cultura um hospital do nordeste brasileiro e seu impacto nas condições do ambiente socio-gerencial de trabalho de acordo com a percepção dos seus atores sociais; Analisar a implantação da EBSEH no HUOL/UFRN/RN	Administração Pública (Bresser Pereira)  Cultura Organizacional (Schein)	Pesquisa-ação utilizando técnicas quanti e qualitativas. A amostra teve 81 questionários respondidos. Realização de quatro sessões de grupo focal.	Os resultados demonstraram alterações no ambiente sociogerencial de trabalho coerentes com a mudança cultural em curso para as quais foram sugeridas ações à gestão do hospital.
Vieira (2016)	Realizar uma revisão bibliográfica acerca da gestão de hospitais universitários federais pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), tratando de temas relacionados à gestão, desempenho, autonomia e histórico da gestão dos hospitais universitários antes da criação da empresa pública	Não apresentou.	Pesquisa bibliográfica, onde foram selecionadas dissertações, teses e artigos publicados no Brasil de 2006 a 2015, visando abranger estudos que antecederam proximamente o advento da EBSEH.	Dissertações e teses eram vinculadas às áreas de administração/ gestão pública, serviço social e ciências sociais e Constatou-se que ainda é pequena a produção científica acerca da gestão da EBSEH
Teixeira (2016)	Analisar a implantação da gestão compartilhada com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) no Hospital Universitário (HU) da UFJF/MG.	O trabalho não seguiu modelos ou autores específicos, realizando contextualização histórica envolvendo a administração pública e princípios e diretrizes do SUS.	Pesquisa qualitativa, com dados secundários (pesquisa bibliográfica, documental e legislação, além do método comparativo entre os recursos descentralizados pela EBSEH e o orçamento do Hospital).	Verificou-se um impacto de apenas 12,89% em seu orçamento, que é insuficiente para possam desempenhar plenamente suas funções, estando a depender em cerca de 87,11% de outras fontes de recursos para custear todo o seu orçamento da despesa.
Littke e Sodré (2015)	Analisar o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal e a adesão deste hospital à EBSEH (Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM) – UFES.	Não apresentou.	Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada mediante entrevista com 12 gestores.	A característica mais expressiva na gestão desse hospital é o imprevisto, que degrada a potência dos gestores de tal modo que, ao invés de realizarem mudanças inovadoras no seu processo de trabalho, preferem deixar a função. O imprevisto resultou em uma produção de empecilhos sequenciais no aspecto decisório na gestão deste hospital escola.

<b>Autores/ Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Referencial Teórico</b>	<b>Aspectos metodológicos</b>	<b>Resultados alcançados</b>
Mafra, Martins e Carminatti Junior (2015)	Abordar a posição do Governo Federal em repassar a gestão dos hospitais universitários a terceiros, criando a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública de direito privado, como novo modelo de gestão para os HU's federais..	O trabalho não seguiu modelos ou autores específicos, realizando contextualização histórica envolvendo a administração pública e princípios e diretrizes do SUS.	A análise do estudo apresenta uma pesquisa qualitativa, descritiva, bibliográfica e documental.	As considerações finais trazem um posicionamento em relação às incertezas referentes a este novo modelo de gestão proposto para os Hospitais Universitários Federais, sugerindo aprofundamento de estudos como forma de fomentar discussões a respeito da viabilidade deste novo modelo de gestão.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

No que tange à lente teórica de cultura organizacional, apenas dois trabalhos analisaram a implantação da EBSEH à luz dos impactos na cultura organizacional. O quadro 05 apresenta um artigo de Costa e Pessoa (2017) que faz a análise da implantação da EBSEH em um hospital através do modelo de cultura organizacional de Schein (1992), com resultados que demonstraram alterações no ambiente sociogerencial de trabalho coerentes com a mudança cultural em curso para as quais foram sugeridas ações à gestão do hospital. No quadro 06 há um trabalho, ainda na forma de dissertação de mestrado, fazendo uso de metodologia qualitativa através dos conceitos de Foucault de relações de poder (FLAUSINO, 2015). Não há nenhum trabalho que analise a adesão de hospitais à EBSEH com fulcro no modelo de cultura organizacional de Cameron e Quinn, foco de estudo desta pesquisa.

Tendo em vista que o fenômeno da adesão de hospitais universitários à EBSEH ainda é relativamente novo, a maior parte dos trabalhos que analisam estas adesões ainda se encontra na forma de dissertações e acredita-se que muitos artigos com base nestes trabalhos acadêmicos ainda se encontrem em processo de submissão em eventos e periódicos. O quadro 06 faz uma síntese destas produções, localizadas no banco de dados de teses e dissertações do IBICT – Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia. Até o presente momento não foram registradas teses envolvendo a temática da adesão dos hospitais universitários à EBSEH – apenas dissertações.

Quadro 06 - Estudos empíricos sobre a adesão de hospitais universitários à EBSEH (dissertações).

<b>Autores/ Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Referencial Teórico</b>	<b>Aspectos metodológicos</b>	<b>Resultados alcançados</b>
Souza (2019) Dissertação	Avaliar o impacto da gestão da EBSEH na evolução do desempenho dos HU's Federais	O trabalho não seguiu modelos ou autores específicos, realizando	Abordagem quantitativa, com finalidade descritiva,	Os HUs que firmaram contrato de gestão com a EBSEH apresentaram elevação

Autores/ Ano	Objetivo	Referencial Teórico	Aspectos metodológicos	Resultados alcançados
		contextualização histórica envolvendo a administração pública e princípios e diretrizes do SUS.	utilizando indicadores de produção ambulatorial, disponíveis no DATASUS	positiva em sua produção ambulatorial MAC e sua eficiência financeira comparativamente entre os períodos pré e pós contrato
Albuquerque (2017) Dissertação	Investigar os debates sobre a criação e implantação da EBSEH em instâncias institucionalizadas de controle social no período de 2011 e 2013	O trabalho não seguiu modelos ou autores específicos, realizando contextualização histórica envolvendo a administração pública e princípios e diretrizes do SUS.	Estudo qualitativo, Análise documental das atas do Conselho Nacional de Saúde e o Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde.	Os resultados apontam para intensa realização de discussões acerca dos novos modelos de gestão em saúde e privatização da saúde pública, com a necessidade de uma agenda de defesa intransigente do SUS.
Carminatti Junior (2017) Dissertação	Compreender como ocorre à gestão do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina, após a adesão à EBSEH, na visão dos gestores administrativos desses hospitais	O trabalho não seguiu modelos ou autores específicos, realizando contextualização histórica envolvendo a administração pública e princípios e diretrizes do SUS.	Pesquisa qualitativa, Finalidade descritiva por meio de um estudo multicaso, uma pesquisa de campo, bibliográfica e documental. A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, junto aos gestores.	Houve avanços na reposição de pessoal e na ampliação do atendimento. Realizou-se adaptações na estrutura física para acomodar o aumento da demanda de atendimento, no número de consultas e no número de internações, bem como, a ampliação no número de leitos hospitalares.
Amorim (2017) Dissertação	Analisar o processo de privatização da saúde por meio da adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) como gestora do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.	O trabalho não seguiu modelos ou autores específicos, realizando contextualização histórica envolvendo a administração pública e princípios e diretrizes do SUS.	Pesquisa qualitativa com entrevistas e análise documental.	A EBSEH apresenta-se como materialização da política neoliberal de privatização do patrimônio público e negação do direito à saúde e à educação de qualidade no interior dos Hospitais Universitários.
Vieira (2017) Dissertação	Compreender as mudanças estruturais e institucionais ocorridas na gestão do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com a adesão da universidade à EBSEH	Estrutura organizacional e Institucionalismo histórico.	Pesquisa qualitativa como estudo de caso, tendo dez entrevistados. A análise de dados foi feita através de análise de conteúdo.	Foram relatadas mudanças institucionais, estruturais e quanto ao desempenho. Foram apontadas necessidades de melhoria da qualidade no atendimento, da superação da rigidez na gestão e melhor utilização dos recursos.
Paula (2016) Dissertação	Analisar desafios da gestão do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, após a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) pelo Governo Federal.	O trabalho não seguiu modelos ou autores específicos, realizando contextualização histórica envolvendo a administração pública e princípios e diretrizes do SUS.	Abordagem qualitativa, descritiva e quanto aos meios é pesquisa de campo, documental, bibliográfica e estudo de caso.	Destacou-se a falta de pessoal em decorrência da não contratação pelo Governo Federal, o que interfere na qualidade da assistência, ensino, pesquisa e extensão; fechamento de leitos; pagamento de APH, gerando sobrecarga de pessoal e adocimento.

<b>Autores/ Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Referencial Teórico</b>	<b>Aspectos metodológicos</b>	<b>Resultados alcançados</b>
Orlandi (2016) Dissertação	Investigar o impacto da adesão dos Hospitais Universitários Federais à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no desempenho assistencial e de ensino considerando os três estágios do processo de transição e de que forma o processo afetou o desempenho dos HUs a partir das variáveis selecionadas.	O trabalho não seguiu modelos ou autores específicos, realizando contextualização histórica envolvendo a administração pública e princípios e diretrizes do SUS.	Metodologia quantitativa, com dados extraídos da base de dados do sistema de informações do DATASUS. Amostra composta por 32 hospitais universitários federais entre 2011 e 2015. Destes, 24 aderiram à EBSERH e 8 não aderiram.	A gestão pela EBSERH não impacta estatisticamente os escores de eficiência dos hospitais avaliados em nenhum dos estágios do processo de transição. Todavia, as variáveis “funcionários por leito” e “intensidade de ensino” mostraram associação positiva com o desempenho dos hospitais e as variáveis tempo médio de permanência e dedicação ao ensino tiveram comportamento contrário.
Flausino (2015) Dissertação	Analisar as relações de poder nas interações dos sujeitos envolvidos no processo de implantação da EBSERH no Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), à luz da abordagem foucaultiana de poder.	Cultura Organizacional e relações de poder – Foucault (2007)	Pesquisa qualitativa e etnográfica. Análise documental. e observação participante em ambientes distintos da organização, Para análise do material empírico, utilizou-se a técnica da análise do discurso.	HC UFTM pode ser caracterizado como uma organização onde o poder era exercido por uma multiplicidade de atores, que negociavam e renegociavam suas realidades a partir da definição de identidades, papéis e territórios. A adesão à Empresa delimitou subculturas favoráveis e contrárias à implantação da EBSERH.
Barros (2014) Dissertação	Avaliar como o modelo de gestão da EBSERH interfere no contexto institucional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.	Realidade social da administração - Guerreiro Ramos (1966).	Metodologia qualitativa, que utilizou pesquisas bibliográfica, documental, e de campo, com nove entrevistados.	Foi possível observar que os hospitais universitários necessitavam de um novo modelo de gestão, condizente com o dinamismo da administração hospitalar. Todavia, ainda é prematura a realização de qualquer avaliação no sentido de julgar se a EBSERH é o modelo ideal.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Observa-se que grande parte dos trabalhos analisou a implantação da EBSERH nos hospitais universitários do país seguindo metodologia qualitativa. Percebe-se, também, que não houve padronização na lente teórica e nos métodos de análise destas adesões. Os referenciais teóricos não fizeram resgate de modelos de análise ou autores de renome, procurando centrar atenção na realização contextualizações históricas com base nas temáticas de evolução da administração pública e histórico, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).



Tendo em vista o referencial teórico apresentado nesta pesquisa, formula-se o **pressuposto** desta pesquisa: **o processo de adesão do Complexo Hospitalar da UFC à EBSEH ocorreu de forma rápida e drástica, causando uma ruptura na tipologia cultural dominante.** Organizações são espaços de exercício de poder, e acabam por constituir-se em territórios (FLAUSINO, 2015; SANSON, 2015). A ideia de um “Complexo Hospitalar” indica uma administração integrada entre os dois hospitais. Diante disto, a junção de duas culturas diferentes em um único complexo, ao se implantar a EBSEH, poderia resultar em uma cultura diferente para ambos após algum tempo.

Ao juntar culturas organizacionais diferentes, cultivadas durante décadas, em contato com um grupo novo – formado por pessoas de origens heterogêneas – ocasionaria pequenos conflitos que seriam acomodados em momento posterior, muitas vezes não gerando a satisfação de todos. Existiam pressupostos na forma de elementos invisíveis (SCHEIN, 1992) como a “superioridade” dos “estatutários” sobre “celetistas” e a não-aceitação disto pelos novatos poderia representar uma concreta perda de poder, impulsionando aposentadorias de servidores e denúncias de assédio moral contra os novatos.

## 4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Conforme Demo (1995), a Metodologia é o estudo dos caminhos, dos instrumentos usados, para se fazer ciência e, também, problematiza criticamente os limites da ciência. Então, devido a esse caráter da metodologia, aceita-se que tudo em ciência é discutível, principalmente nas ciências sociais. Nesta seção será delineado o desenho que está sendo proposto para a presente pesquisa, em que será apresentada a tipologia da pesquisa, população e amostra, sujeitos da pesquisa, instrumentos de coleta de dados, coleta de dados, análise de dados e categorias de análise e unidades de registro.

### 4.1 Tipologia da pesquisa

Quanto à finalidade, esta pesquisa é definida como descritiva, pois é possível desenhar um quadro de uma situação, pessoa ou evento, mostrando como as coisas estão relacionadas entre si preocupando-se em descrever os fenômenos através dos significados que o ambiente manifesta (GRAY, 2012). Os resultados são expressos na forma de transcrição de entrevistas, em narrativas, declarações, dentre outras formas de coleta de dados e informações. Esta pesquisa possuirá abordagens qualitativa e quantitativa, pois elas se complementam – o problema pode ser abordado referente à relação entre variáveis, assim como em maior aprofundamento em sua exploração e interpretação (CRESWELL, 2010).

A abordagem qualitativa, de acordo com Gray (2012, p. 135), “oferece um panorama profundo, intenso e ‘holístico’ do contexto em estudo, muitas vezes envolvendo a interação dentro das vidas cotidianas de pessoas, grupos, comunidades e organizações através de uma abordagem naturalista, a qual busca entender fenômenos dentro de seus próprios contextos específicos”. O trabalho terá abordagem qualitativa, pois o tratará sobre a realidade comportamental com dados que não podem ser mensurados, fazendo uso de entrevistas, colheita de depoimentos e observações no ambiente natural.

Neste estudo, a abordagem qualitativa será utilizada para examinar como se deu a implantação da EBSEH no Complexo Hospitalar, sob o prisma da cultura organizacional, lançando mão de análises documentais e entrevistas com gestores e servidores que atuavam antes da assinatura do contrato de gestão e que permaneceram até os dias de hoje.

Roesch (2006) define as situações em que a pesquisa quantitativa é indicada, citando alguns exemplos. Dentre eles, há a necessidade de medir relações entre variáveis (associação ou causa-efeito), avaliação de resultados de sistemas ou projetos e obter informações sobre determinada população (quantidade, proporção, frequência). Ainda, segundo a autora, a

pesquisa quantitativa pode ter diferentes tipos de enfoque. O primeiro é o analítico ou experimental (associações entre variáveis), consistindo em verificar se uma nova situação proposta será melhor que a situação atual (adequado a mudanças em organizações). O segundo delineamento é o levantamento, que objetiva conseguir informações sobre uma dada população. Esse tipo de pesquisa descritiva não procura “explicar”, não procura “porquês”, mas pode associar certos resultados a grupos respondentes.

Neste trabalho, a abordagem quantitativa será utilizada para medir a percepção atual, por parte de servidores e empregados do Complexo Hospitalar da UFC, da tipologia de cultura organizacional predominante nos hospitais, sob o modelo de Cameron e Quinn (2011).

Quanto à natureza dos resultados, esta pesquisa é definida como aplicada. De acordo com Gil (2010), esta natureza envolve estudos elaborados com o intuito de resolver problemas no contexto das sociedades em que os pesquisadores vivem. Pesquisas aplicadas buscam gerar conhecimentos para aplicação prática com objetivo de solucionar problemas específicos.

A estratégia escolhida para esta pesquisa foi o estudo de caso. O estudo de caso é uma das várias formas de se proceder pesquisa na área de administração, com vantagens e desvantagens, além de ser possível a combinação com outras estratégias. Os estudos de caso são usados por praticamente todas as áreas de conhecimento, facilitando a compreensão de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos, permitindo analisar o fenômeno no seu ambiente natural, utilizando múltiplos métodos de coleta de dados para obter informação de uma ou várias entidades (pessoas, grupos ou organizações) (YIN, 2010).

#### 4.2 População e amostra

Para a abordagem quantitativa, a população consistiu no corpo de servidores da UFC e empregados da EBSEH lotados no Complexo Hospitalar da UFC, que é composto pelo Hospital Universitário Walter Cantídio e pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

O Complexo possuía, até o dia 18 de março de 2019, 2.946 funcionários (EBSEH, 2019a). Na tabela 01, segue a distribuição de servidores ativos da UFC e empregados da EBSEH do Complexo, por hospital e vínculo, com dados obtidos no sítio da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

Tabela 01 – Distribuição de servidores e empregados por hospital e vínculo.

Hospital	Servidores UFC	Empregados EBSEH	Totais
HUWC	671	1033	1704
MEAC	353	889	1242
<b>Totais</b>	<b>1024</b>	<b>1922</b>	<b>2946</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados colhidos no sítio da MEAC (EBSEH, 2019a)

As respostas obtidas através da aplicação do *survey* se apresentam como um modelo de amostragem não probabilístico, já que a amostra é constituída pelos servidores e empregados do Complexo Hospitalar da UFC que se disponibilizaram a responder o questionário. Especificamente, a técnica amostral utilizada pode ser classificada como Amostragem acidental ou por conveniência. Conforme Bruni (2008), esta técnica caracteriza-se pela escolha dos elementos amostrais mais exequíveis, que facilmente se dispõem a compor a amostragem do estudo.

Para efeitos de comparação, caso a amostragem probabilística fosse a técnica amostral empregada no estudo, para a população total de 3.016 profissionais, a amostra mínima requerida seria de 341 questionários, com margem de erro de 5% e nível de confiabilidade de 95%. O total de 220 questionários respondidos – embora o pesquisador esperasse mais – se apresentou proporcional aos quantitativos por hospital, por vínculo e por área de trabalho, permitindo que a análise de dados fosse feita com realização da estatística descritiva e inferencial pelo *software SPSS*.

### **4.3 Sujeitos da pesquisa**

Para a realização das entrevistas, o pesquisador procurou identificar, nas duas unidades de análise (HUWC e MEAC), cargos-chave do corpo gestor que representassem as áreas de atuação profissional (médica, assistencial e administrativa), além de representantes do sindicato dos servidores da universidade – SINTUFCE (Sindicato dos Trabalhadores das Universidades Federais no Estado do Ceará).

Para o delineamento dos sujeitos a serem entrevistados, foram definidos quatro grupos: gestores da EBSEH (que desempenham atividades que envolvem ambos os hospitais, como pesquisa, gestão de pessoas, jurídico, superintendência, etc); gestores do HUWC e gestores da MEAC (foram selecionados “aos pares”, ou seja, dois gestores da área médica – um de cada hospital, dois gestores da área de enfermagem e assim por diante); os representantes do sindicato ficaram em um grupo à parte.

Para limitar o número de entrevistados, visou-se os sujeitos que já se encontravam no Complexo Hospitalar antes da adesão à EBSEH e permaneceram até os dias atuais. Aqueles que possuem o vínculo EBSEH se encontravam no hospital antes da adesão trabalhando com vínculo pela SAMEAC – em virtude disto, no quadro 07, estes entrevistados aparecem com duas contagens de tempo (a contagem da EBSEH aparece primeiro e a contagem de tempo total, que inclui o tempo da SAMEAC, aparece com o símbolo de asterisco ao lado).

Assim, vinte e um sujeitos foram entrevistados, com o intuito de coletar informações que possuíssem abrangência em áreas-chave do Complexo e alcançando, assim, o ponto de saturação. O entrevistado codificado como “E21” participou da entrevista-piloto e optou-se por incluir suas informações na pesquisa, pois se mostraram relevantes.

Para o Quadro 07, com perfil dos sujeitos da pesquisa, optou-se por não apresentar o cargo e/ou área de atuação dos entrevistados para preservar o anonimato.

Quadro 07 – Mapeamento dos sujeitos a serem entrevistados para a pesquisa.

Área/Hospital de atuação	Código	Vínculo	Tempo de vínculo	Sexo
Superintendência do Complexo Hospitalar e áreas comuns aos dois hospitais	E1	UFC	38 anos	M
	E2	EBSERH	04 anos/06 anos*	M
	E3	UFC	44 anos	M
	E4	UFC	39 anos	F
	E5	EBSERH	03 anos/28 anos*	F
	E6	UFC	13 anos	F
	E21	EBSERH	05 anos/32 anos*	F
Hospital Universitário Walter Cantídio	E7	UFC	14 anos	F
	E8	UFC	14 anos	F
	E9	UFC	27 anos	F
	E10	UFC	24 anos	F
	E11	UFC	33 anos	F
	E12	EBSERH	05 anos/21 anos*	M
Maternidade Escola Assis Chateaubriand	E13	UFC	28 anos	M
	E14	UFC	36 anos	F
	E15	UFC	24 anos	F
	E16	UFC	24 anos	F
	E17	UFC	24 anos	F
	E18	EBSERH	04 anos/09 anos*	F
SINTUFCE	E19	UFC	40 anos	F
	E20	UFC	22 anos	F

Fonte: Elaborado pelo autor (2019)

O agendamento com os entrevistados foi rápido e facilitado, em virtude do acesso que o pesquisador possuía a todos eles quando era empregado da EBSEH.

#### 4.4 A coleta de dados

Este estudo fez uso de pesquisas documentais, entrevistas com roteiros semiestruturados e aplicação de *survey* como um dos passos na caracterização das dimensões da cultura organizacional do Complexo Hospitalar.

A coleta de dados secundários se deu através de pesquisa documental, em que foram levantados documentos oficiais, como anuários, estatutos, contratos, ofícios entre outras evidências que possibilitem a triangulação de dados e resultados (GRAY, 2012), podendo comprovar e contextualizar informações obtidas pelas entrevistas. Para Yin (2010), a pesquisa documental é relevante a todos os tipos de estudos de caso, observando que há vários tipos de

documentos, cada um com pontos positivos e negativos para corroborar e valorizar evidências provenientes de outras fontes, além de corroborar informações obtidas por outros meios.

Para a realização deste trabalho, era necessário o cadastro na Plataforma Brasil, que submeteria esta pesquisa a três comitês de ética: da UFC, do HUWC e da MEAC. A Plataforma enviou a pesquisa inicialmente ao Comitê de Ética da UFC, cujo trâmite durou dois meses: de abril a junho de 2019.

Havia uma preocupação em concluir a pesquisa antes da conclusão do mandato do Reitor da UFC (em meados de agosto de 2019), visto que o novo Reitor provavelmente escolheria um novo Superintendente para os hospitais – com risco deste alterar a composição dos cargos de chefia dos hospitais. O pesquisador temia perder o acesso que já possuía junto aos entrevistados. Houve uma excessiva demora da tramitação da pesquisa no comitê da UFC, abreviada graças aos esforços do orientador deste trabalho junto ao Reitor, em que foi comprovado que o pesquisador já havia cumprido todos os trâmites necessários.

Com a aprovação neste comitê, a Plataforma Brasil distribuiu o projeto de pesquisa aos comitês de ética de cada hospital, onde foram analisados em paralelo. O Comitê de Ética da MEAC aprovou a pesquisa de forma célere, no final de junho, e o pesquisador imediatamente entrou em campo enquanto aguardava a tramitação da pesquisa no comitê de HUWC, que ainda demoraria mais um mês. Na MEAC, durante o mês de julho, foi realizada a aplicação do *survey* junto à força de trabalho e a realização das entrevistas com os gestores. O Comitê de Ética do HUWC, devido grande volume de pesquisas em apreciação na época, aprovou este trabalho no final de julho – o pesquisador fez as entrevistas com os demais gestores e aplicou os *surveys* imediatamente.

O questionário foi hospedado na plataforma *Google forms*. É importante ressaltar que os participantes foram mantidos completamente anônimos, visto que as respostas foram enviadas para uma planilha da plataforma, sem identificação do e-mail do respondente.

Para a aplicação do *survey*, foi solicitado o envio via correio eletrônico junto à Superintendência do Complexo Hospitalar à medida em que os Comitês de Ética de cada hospital aprovavam a pesquisa. A Unidade de Comunicação da MEAC realizou o envio no começo de julho, enquanto a Unidade de Comunicação do HUWC enviou no começo de agosto. A PROGEP/UFC reforçou o envio junto aos servidores. Assim, o envio foi feito à toda a força de trabalho, composta pelos 2.946 servidores e empregados do Complexo Hospitalar.

O pesquisador foi alertado pelos gestores dos hospitais que enfrentaria dificuldades para conseguir as respostas, pois os servidores e empregados não costumavam cooperar com pesquisas acadêmicas que ocorriam nos hospitais – o ambiente de trabalho é muito atarefado, e

provavelmente esta pesquisa deve ter “concorrido” com outras na disputa pela atenção deles.

O pesquisador solicitou novo envio dos e-mails junto às Unidades de Comunicação dos hospitais, que negaram o novo envio em função de questões políticas internas. Para não desequilibrar a amostra, optou-se por não solicitar novo envio à PROGEP/UFC. O pesquisador entrou em contato com as chefias entrevistadas e solicitou que reforçassem junto aos seus subordinados o pedido para responder a pesquisa. Os questionários foram encerrados ao final do mês de agosto, quando foi obtido um número satisfatório de respostas, visando não comprometer os prazos da pesquisa.

Com relação às entrevistas, os sujeitos se mostraram disponíveis e acessíveis. A transcrição das vinte e uma entrevistas ocorreu durante o mês de agosto, de forma literal, sem correções quanto aos erros gramaticais cometidos, preservando-se a fidedignidade dos relatos. A duração média das entrevistas foi de 35 minutos, gerando 15 horas e 32 minutos de áudio, com 153 páginas transcritas, com média de 8 páginas de relatos por entrevistado.

#### **4.5 Instrumentos de coleta de dados**

O levantamento dos dados relativos às tipologias de cultura organizacional do Complexo Hospitalar se deu através da aplicação de um *survey*, instrumento bastante utilizado no exame de temas sociais. Seu uso se potencializa quando combinado com outros métodos. Babie (2005) aponta as características de pesquisa de *survey*: seu formato permite elaboração clara e rigorosa de um modelo lógico, clarificando o sistema determinístico de causa e efeito. Os *surveys* amostrais são realizados para se entender a população maior da qual a amostra foi inicialmente selecionada e visam desenvolver proposições gerais sobre o comportamento humano.

O *survey* foi dividido em duas partes. A primeira parte consistiu nos dados demográficos do participante, onde foram informados dados como vínculo, hospital onde trabalha, cargo, entre outros dados. Também foi disponibilizado um *checkbox* onde o participante indicou que concordava em fornecer os dados para a pesquisa, conforme modelo encontrado no Apêndice A.

A segunda parte do *survey* utilizou o modelo teórico conhecido por *Competing Value Model/CVM* (Modelo dos Valores Competitivos) de Cameron e Quinn (2011) através do instrumento OCAI (*Organizational Culture Assessment Instrument*) para medir a cultura organizacional atualmente. Este modelo foi traduzido por Santos (2000) para aplicação no Brasil. O questionário possui 24 questões, que através de uma escala de *Likert* de cinco pontos, escolheram uma das seguintes alternativas: nunca ocorre (1 ponto); raramente ocorre (2 pontos);

ocasionalmente ocorre (3 pontos); frequentemente ocorre (4 pontos); sempre ocorre (5 pontos).

De acordo com o Quadro 08, cada tipologia cultural foi representada por seis questões, distribuídas no *survey* da seguinte maneira: O instrumento completo se encontra no Apêndice B.

Quadro 08 - Distribuição das tipologias culturais de Cameron e Quinn no questionário.

Tipologia cultural	Questões
Cultura Clã	1, 5, 9, 13, 17 e 21
Cultura Inovativa	2, 6, 10, 14, 18 e 22
Cultura de Mercado	3, 7, 11, 15, 19 e 23
Cultura Hierárquica	4, 8, 12, 16, 20 e 24

Fonte: Adaptado de Santos (2000).

A coleta de dados para a pesquisa também lançou mão de entrevistas que, conforme Gray (2012, p. 151), “podem ser usadas como o principal instrumento de coleta de dados ou em conjunto com observação, análise documental ou algum outro tipo de técnica de coleta”, utilizando perguntas abertas em entrevistas informais, de conversação e podem ser padronizadas ou semiestruturadas (quando necessitarem de maior aprofundamento).

O roteiro semiestruturado se encontra no Apêndice C deste trabalho e visou atender ao primeiro objetivo específico desta pesquisa (examinar o processo de adesão do Complexo Hospitalar da UFC à EBSEH sob o prisma da cultura organizacional), investigando se esta adesão provocou mudanças na cultura organizacional dos hospitais universitários.

A primeira parte do roteiro adaptou para a metodologia qualitativa o instrumento OCAI, desenvolvido por Cameron e Quinn (2011), que se encontra no Apêndice A desta pesquisa. O OCAI é um questionário composto pelos seis elementos que compõem uma cultura organizacional: características dominantes, liderança organizacional, gerenciamento de pessoas, união organizacional, ênfase estratégica e critérios de sucesso. Elaborou-se uma pergunta para cada um destes elementos, cujas respostas foram classificadas e codificadas na tipologia em que melhor se enquadravam: hierárquica, clã, de mercado e inovativa.

A segunda parte do roteiro de entrevista colheu informações mais específicas, acerca da adesão do Complexo Hospitalar da UFC à EBSEH. No quadro 09, estão dispostas as relações entre o primeiro objetivo específico da pesquisa e cada categoria a ser atendida pelas perguntas do roteiro. É importante frisar que algumas categorias foram definidas por terem sido extraídas da literatura, mas outras surgiram apenas após a transcrição das entrevistas. Outro ponto a observar é que, onde se lê “HUWC”, foi lido “MEAC” quando as entrevistas ocorreram com os gestores da MEAC, assim como foi lido “nos hospitais”, quando o gestor era da EBSEH.



Quadro 09 – Relação entre categorias e questões do roteiro de entrevista.

<b>Dimensões</b>	<b>Categorias</b>	<b>Pergunta</b>
<b>A adesão à EBSEERH e os impactos na cultura organizacional.</b>	A implantação da EBSEERH no complexo hospitalar	<i>Não houve perguntas para este ponto. As informações foram colhidas ao longo das entrevistas.</i>
	A adaptação cultural dos servidores da UFC e empregados da EBSEERH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quais as dificuldades encontradas para a aceitação da nova cultura organizacional da EBSEERH pelos servidores da UFC? Como você avalia hoje?</li> <li>Que estratégias foram utilizadas para integração dos empregados da EBSEERH junto à cultura organizacional do HUWC?</li> </ul>
	A consolidação do Complexo Hospitalar da UFC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Em que aspectos as culturas do HUWC e MEAC diferem?</li> <li>Você vê hoje o complexo integrado?</li> </ul>
	As mudanças culturais provocadas pela EBSEERH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Em suma, a adesão à EBSEERH foi positiva ou negativa?</li> <li>Em que aspectos é possível dizer que há uma nova cultura organizacional nos hospitais?</li> <li>Em que pontos você considera que houve mudanças para melhor e/ou pior na cultura organizacional dos hospitais?</li> </ul>
<b>Tipologias de Cultura Organizacional de Cameron e Quinn (2011):</b>	Características dominantes (refere-se aos itens 1, 2, 3 e 4 do <i>OCAI</i> )	Quais termos vêm à sua mente como características do HUWC após a implantação da EBSEERH? Há diferenças, comparando com a realidade de antes da implantação?
	Liderança organizacional (refere-se aos itens 5, 6, 7 e 8 do <i>OCAI</i> )	Em que aspectos há diferenças em características das chefias do HUWC quando se compara os dias atuais com os tempos anteriores à implantação da EBSEERH?
	1) Cultura Hierárquica	Quais diferenças são possíveis apontar quanto ao comprometimento e rendimento da força de trabalho, comparando a situação dos dias atuais com a época anterior à gestão da EBSEERH?
	2) Cultura Clã	O que une as pessoas, hoje, em torno do HUWC? É diferente do que unia antes da implantação da EBSEERH?
	3) Cultura de Mercado	Você visualiza diferenças nas formas de buscar a realização de objetivos e nos métodos utilizados após a implantação da EBSEERH?
	4) Cultura Inovativa	Hoje, o que explica o que é considerado sucesso para o HUWC? Essas características ou parâmetros eram outros até cinco anos atrás?

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

As questões foram abertas, possibilitando a leitura aprofundada de cada resposta, codificando-as para obtenção de uma ideia sobre o todo e o roteiro semiestruturado permitiu que fossem feitas perguntas que estavam inicialmente previstas, quando eram dadas informações não previstas ou esclarecedoras. Os entrevistados foram estimulados a contrapor o “como era” e o “como ficou” de aspectos de cultura organizacional após a adesão, caracterizando nas “falas” dos entrevistados os aspectos relativos às tipologias culturais.

#### 4.6 Análise de dados

Os dados obtidos pelo *survey* passaram por tratamento estatístico através do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS®)*, para obtenção de um ranking das tipologias culturais por área de atuação, por hospital, por vínculo e, por fim, pelo Complexo, permitindo identificar a tipologia dominante em cada uma destas instâncias, constatando se existem

correlações diretas ou indiretas entre as variáveis e em que intensidade acontecem.

Os dados passaram inicialmente por uma análise estatística descritiva, para verificação das médias obtidas de cada dimensão de tipologia cultural de Cameron e Quinn (2011). Ademais, através da aplicação do Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, buscou-se verificar a normalidade para todos os grupos de variáveis estudados. Conforme Bruni (2012) este teste analisa se os dados amostrais fazem parte de uma população específica de frequência, como a normal, distribuição testada neste trabalho. Esse tipo de teste configura-se importante para definição do tipo de estatística inferencial a ser aplicada, pois segundo Field (2009), testes paramétricos possuem como pressuposto hipóteses paramétricas, principalmente no que diz respeito aos dados normalmente distribuídos. Portanto, testes não-paramétricos são uma boa escolha quando não é observada distribuição normal para os dados, pois estes testes, ainda segundo o autor, não fazem exigência quanto ao tipo de distribuição das variáveis estudadas.

Nesta pesquisa, como os dados não possuíam distribuição normal e não atendiam aos requisitos exigidos pelos testes paramétricos, não foi possível a aplicação de testes como a ANOVA, por exemplo. Para o teste de diferença estatisticamente significativa entre as médias de cada tipologia, em cada grupo pesquisado, foi aplicado o teste não-paramétrico de Friedman. De acordo com Field (2009), trata-se de uma boa opção para comparação de dados que não apresentam distribuição normal, quando existem mais de duas condições ou variáveis (é o caso desta pesquisa, que possui resultados para quatro tipologias: Clã, Hierárquica, Inovativa e de Mercado) e quando verifica-se medidas repetidas, ou seja, amostras dependentes, nas quais cada pessoa contribuiu com várias medidas para os dados (visto que, cada participante da pesquisa gerou uma média para cada tipologia).

Adicionalmente, com a indicação de diferença significativa entre as distribuições verificada no Teste de Friedman, utilizou-se ainda o teste *post hoc*, que compara as médias em pares, duas a duas, a fim de verificar quais tipologias de cultura organizacional de cada grupo diferem entre si (FIELD, 2009). Como resultado deste teste, é verificado se há predominância de tipologias nos grupos observados.

Como são dois hospitais no complexo, e ainda há diferença quanto ao vínculo (se servidores da UFC ou empregados da EBSEH) – foram realizados testes de comparação de diferença significativa estatística dos resultados (não-paramétricos), para amostras independentes, visando comparar diferenças na média da tipologia cultural predominante entre os hospitais e entre os vínculos UFC e EBSEH. Optou-se pela aplicação do teste de *Mann-Whitney*, pois segundo Field (2009), este teste é aplicado para testar diferenças entre duas condições (diferença entre a tipologia Clã da MEAC e do HUWC, por exemplo), com diferentes

participantes em cada condição, ou seja, amostras independentes, como é o caso nesta situação, visto que, por exemplo, a média da tipologia Hierárquica na MEAC foi obtida através de respostas de indivíduos diferentes que geraram a média da mesma tipologia no HUWC.

Quanto à análise dos dados obtidos pelas entrevistas, considerou-se que a melhor forma de analisar e tratar os dados obtidos seria através da Análise de Conteúdo de Bardin (2006) – que vem se mostrando como uma das técnicas de análise de dados mais utilizadas no campo da administração no Brasil, especialmente nas pesquisas qualitativas (DELLAGNELO E SILVA, 2005) – com auxílio do *software Atlas.ti* na versão 7.

Segundo Bardin (2006), a Análise de Conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever o conteúdo das mensagens. A intenção é inferir conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção, cuja inferência recorre a indicadores – quantitativos ou não.

Os conteúdos foram submetidos à análise de conteúdo temática obedecendo às etapas: organização da análise (pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos), codificação (definição de unidades de registro e de contexto, regras de enumeração e análises quantitativa e qualitativa), categorização (criação de índices para ordenadores) e realização das inferências, bem como o tratamento com *software* (BARDIN, 2006).

No entendimento de Chizzotti (2011), a análise de conteúdo consiste em extrair os significados temáticos por meio dos elementos mais simples de um texto. É relacionada a frequência da citação de alguns temas, palavras e ideias para medir seu peso, garantindo imparcialidade objetiva via quantificação de unidades de texto transformando em dados quantitativos, apreendendo significados ocultos. Procura unir a riqueza qualitativa com o rigor quantitativo. Em outras palavras, procura extrair o sentido de um texto, através de cinco questões: quem fala? Para dizer o quê? Por quais meios? A quem? Com quais efeitos?

De acordo com Bauer e Gaskell (2011), os procedimentos de análise de conteúdo reconstróem representações em duas dimensões: sintática (o que é dito e escrito, que pode ser medido e ter frequência obtida) e semântica (o que é dito no texto pode ter sentidos conotativos e denotativos). Os autores citam seis delineamentos de pesquisa de análise de conteúdo: estudos puramente descritivos, análises normativas, análises trans-seccionais, análises longitudinais, indicadores culturais e delineamentos paralelos envolvendo análises longitudinais e combinação com outros dados longitudinais, como pesquisas de opinião.

Ainda de acordo como o mesmo autor, a análise de conteúdo segue certa sequência. Uma boa teoria deve dar base ao trabalho (servindo de referencial para a codificação); definição das categorias, tipos de variáveis de código, princípios organizadores do referencial

de codificação, processo de codificação e treinamento (os códigos devem ser exclusivos, independentes uns dos outros, as categorias não devem ser misturadas e os códigos devem refletir o objetivo da pesquisa). O pesquisador deve buscar um referencial de codificação coerente e simples, fluindo de um único princípio, com documentação transparente, fidedignidade e validade (semântica, de amostragem e de constructo).

A análise de conteúdo teve grande impulso graças aos programas de computador, que facilmente realizam contagem e codificação de palavras e expressões, decompondo a mensagem e reagrupando em categorias e classes. Chizzotti (2011) cita como exemplo que a categoria “saúde” pode conter as unidades codificadas “vigor”, “bem-estar”, “felicidade”, “amizade” e assim por diante. Bauer e Gaskell (2011) ainda citam os dilemas da análise de conteúdo: amostragem e codificação (equilibrando esforço entre tempo e tamanho), tempo e complexidade (muitas observações em curto período ou vice-versa) e entre fidedignidade e validade (a análise de conteúdo pode não supor um “valor verdadeiro” para o texto, pois pode sofrer inexatidão devido à codificação).

Após a análise do material e codificação das citações, foram definidas as categorias de análise e as unidades de registro. Este trabalho contava inicialmente 06 (seis) categorias teóricas, ligadas aos elementos de cultura organizacional sob o modelo de Cameron e Quinn (2011). Estas categorias foram apresentadas no Quadro 09. As respostas de cada entrevistado geraram unidades de registro, classificadas em cada uma das quatro tipologias culturais no âmbito dos elementos culturais.

Para o objetivo específico de contextualizar a implantação da EBSEH e suas consequências para a cultura dos hospitais, definiu-se quatro categorias de análise, agrupando as perguntas por assunto. As unidades de registro surgidas foram classificadas de acordo com o contexto. As unidades de registro, em suas respectivas categorias, estão no Quadro 10.

Quadro 10 – Categorias de análise e unidades de registro da pesquisa

Temáticas	Categorias	Unidades de registro sobre a adesão à EBSEH
A adesão à EBSEH e os impactos na cultura organizacional.	<b>A implantação da EBSEH no complexo hospitalar</b>	Falta de perspectivas; A adesão à EBSEH; Dimensionamento de pessoal; A SAMEAC O Sindicato; Convocação dos concursados.
	<b>A adaptação cultural dos servidores da UFC e empregados da EBSEH</b>	Desinformação; Resistência inicial dos servidores da UFC; A adaptação dos empregados da EBSEH aos hospitais; Choques entre os vínculos; Diferença entre os regimes de trabalho; O papel da Reitoria e o sentimento de abandono; Adaptação dos servidores à nova cultura; Integração entre os vínculos.

	<b>A consolidação do Complexo Hospitalar da UFC</b>	Visualizando a integração do Complexo Hospitalar; Porte e foco dos hospitais; Cultura de vida e cultura de morte; Integração da MEAC e fragmentação do HUWC; O descontentamento da MEAC; Esforço para integração dos hospitais em um Complexo.			
	<b>As mudanças culturais provocadas pela EBSEH</b>	Avaliação positiva da adesão dos hospitais à EBSEH; As dificuldades provocadas pela EBSEH; A visão de uma nova cultura nos hospitais; A visão de uma cultura em transição nos hospitais; A visão de cultura preservada nos hospitais; As perspectivas para o futuro.			
<b>Análise das Tipologias de cultura organizacional de Cameron e Quinn (2011)</b>	<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registro sobre as tipologias de cultura organizacional</b>			
		<b>Hierárquica</b>	<b>Clã</b>	<b>Mercado</b>	<b>Inovativa</b>
	<b>Características dominantes</b>	Organização e processos; Hierarquia; Fragmentação.	Humanização e acolhimento; Integração; Trabalho em equipe.	Administração por Objetivos; Esforço.	Qualidade.
	<b>Liderança organizacional</b>	Estruturação; Perfil de chefias.	<i>(não foram relatadas)</i>	Maior cobrança; Maior responsabilidade; Maior profissionalismo; Metas e indicadores.	Capacitação; Autonomia; Inovação.
	<b>Gerenciamento de pessoas</b>	Comprometimento EBSEH; Privilégios e acomodação do servidor.	Reconhecimento.	Rendimento	Engajamento; Sangue novo
	<b>Coesão organizacional</b>	Fragmentação; Desunião.	Humanização e acolhimento; Pertencimento; Amor pela MEAC; União da enfermagem.	<i>(não foram relatadas)</i>	<i>(não foram relatadas)</i>
	<b>Ênfase estratégica</b>	Normas; Imposição; Estruturação.	Colegiado.	Planejamento estratégico; Indicadores; Metas; Resultados.	Inovação.
<b>Critérios de sucesso</b>	Eficiência; Ensino.	Assistência ao paciente; Reconhecimento externo.	Satisfação do usuário; Cumprimento de metas e indicadores.	Segurança do paciente; Divulgação.	

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Por fim, após condensação e análise de informações destacadas, foram realizadas as interpretações inferenciais, com realização de análises reflexivas e críticas dos dados, partindo de pressupostos, referenciais teóricos, codificações e categorizações (BARDIN, 2006), sem esquecer a triangulação de dados confrontando os dados das entrevistas e dos questionários, além da análise documental (YIN, 2005).

## 5 A CULTURA ORGANIZACIONAL DO COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC APÓS A IMPLANTAÇÃO DA EBSERH

Esta seção apresentará os achados da pesquisa obtidos pelos métodos qualitativos e quantitativos, contextualizados junto às referências arroladas neste trabalho.

A primeira subseção, intitulada *O processo de adesão do Complexo Hospitalar da UFC à EBSERH* está ligada ao primeiro objetivo específico e seu respectivo pressuposto de pesquisa, onde será examinado como esse processo de adesão ocorreu, a forma como a cultura organizacional vigente recebeu a nova administração e as mudanças culturais consequentes, na visão dos gestores. Nesta subseção, a análise será feita por metodologia qualitativa.

A análise das tipologias culturais do Complexo Hospitalar da UFC na visão dos gestores e utilizando, também, metodologia qualitativa, será apresentada nas subseções 5.2, 5.3, 5.4 e 5.5 – ligadas aos objetivos específicos II, III, IV e V – através dos relatos obtidos nas entrevistas, delineando-se um olhar mais profundo das culturas organizacionais. A figura 04 apresenta a visão geral das categorias de análise arroladas em toda a pesquisa:

Figura 04 – Visão geral das categorias de análise da pesquisa



Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Nas subseções onde foi realizada a análise qualitativa, as categorias e unidades de análise e registro serão visualizadas através da ferramenta *Network View*, do software *ATLAS.ti 7*, como redes de relacionamentos de códigos. Cada categoria de análise apresentará suas unidades de registro. Procurou-se, na medida do possível, apresentar as unidades de registro sob forma cronológica e encadeamento lógico de ideias, independentemente da quantidade de citações registradas.

A subseção 5.6 apresentará a perspectiva de servidores da UFC e empregados da EBSERH. Nesta subseção, será apresentada uma síntese descritiva do perfil dos respondentes dos dois hospitais estudados, a partir dos dados demográficos obtidos pelos questionários. Em

seguida, será realizada a análise quantitativa dos questionários, indicando qual(is) tipologia(s) predomina(m) no Complexo Hospitalar, por hospital, por área de atuação e por vínculo. As análises foram realizadas com apoio do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS®)*.

A subseção 5.7 apresentará um quadro sintetizando as principais categorias e unidades de registro observadas nesta pesquisa.

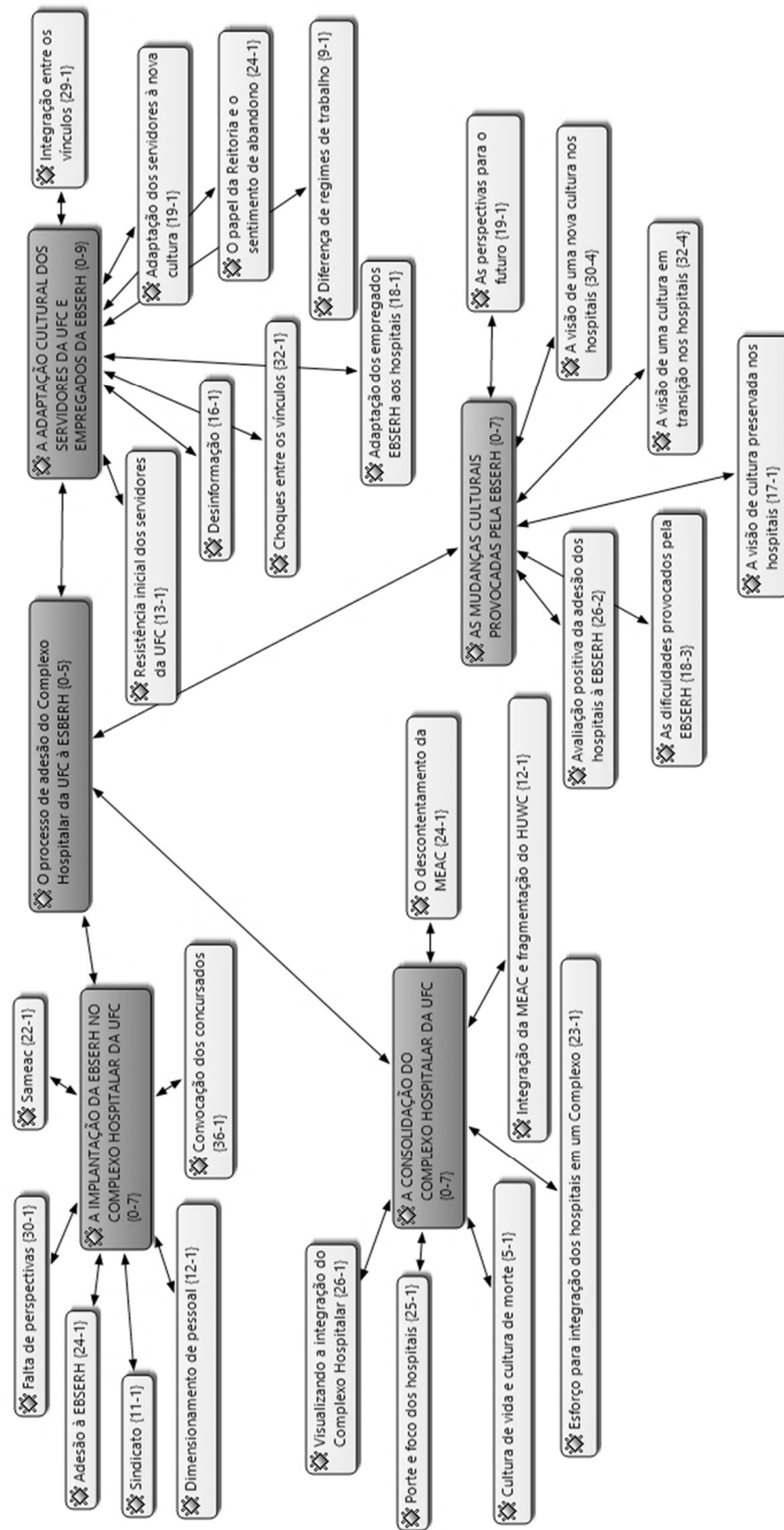
### **5.1 O processo de adesão do Complexo Hospitalar da UFC à EBSEH**

Esta subseção apresentará, sob o prisma da cultura organizacional, o processo de adesão do Complexo Hospitalar da UFC à EBSEH – na visão dos gestores. Para viabilizar este objetivo de forma lógica e estruturada, foram definidas quatro categorias de análise, que serão desenvolvidas em subseções próprias: *A implantação da EBSEH no Complexo Hospitalar da UFC; A adaptação cultural dos servidores da UFC e dos empregados da EBSEH; A consolidação do Complexo Hospitalar da UFC e As mudanças culturais provocadas pela EBSEH.*

As unidades de registro foram surgindo à medida em que as citações faziam referência à situação dos hospitais antes da implantação da EBSEH. Estas citações foram obtidas nas perguntas referentes aos elementos de cultura organizacional, em que se contrapunha o “antes” com relação ao “depois”. Outras unidades de registro foram extraídas ao longo das entrevistas, visto que muitos entrevistados costumavam referenciar o passado para contextualizar algumas respostas. Além disso, alguns entrevistados acabavam indo um pouco “além” do escopo das perguntas e muitas informações relevantes acabavam surgindo desta forma.

A estruturação de categorias de análise e suas respectivas unidades de registro pode ser observada na figura 05, na próxima página.

Figura 05 – Categorias de análise e unidades de registro do processo de adesão do Complexo Hospitalar da UFC à EBSERH



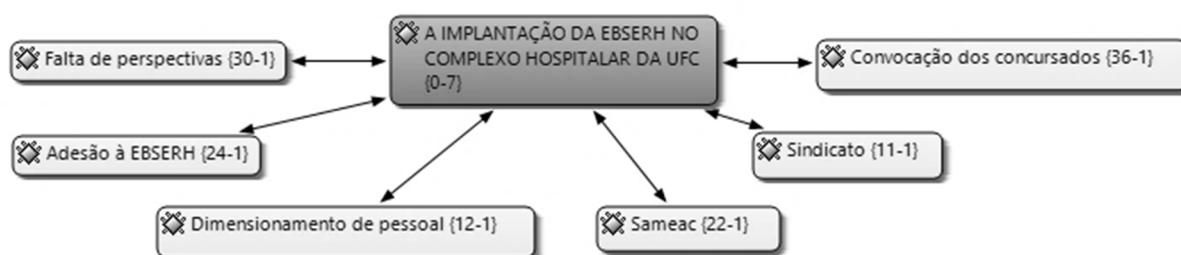
Fonte: Elaborado pelo autor (2019).



### 5.1.1 A implantação da EBSEH no Complexo Hospitalar da UFC

Nesta subseção serão apresentados relatos referentes ao contexto dos hospitais antes da implantação da EBSEH, das tratativas para a assinatura do contrato, do dimensionamento de pessoal e das dificuldades para implementar a nova administração nos hospitais. Nesta seção, as unidades de registro serão apresentadas seguindo lógica cronológica, para melhor compreensão contextual. As unidades de registro foram estruturadas conforme a figura 06:

Figura 06 – Unidades de registro da categoria *Implantação da EBSEH no Complexo Hospitalar da UFC*



Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

#### 5.1.1.1 Falta de perspectivas

Até o início desta década, os hospitais universitários federais sofriam com financiamento irregular por parte do governo, sucateamento e falta de perspectivas: “os hospitais universitários são considerados, de há muito, há décadas, um saco sem fundo, onde se joga dinheiro em cima e o dinheiro desaparece aqui embaixo”. O subfinanciamento do SUS obrigou as universidades a criarem fundações para administrar os hospitais: “aqui foi uma fundação privada, a SAMEAC, que nasceu com a criação da MEAC, antigamente chamada de maternidade popular – e nunca mais saiu lá de dentro” (E1). O entrevistado E19 discorre sobre a falta de recursos sofrida pelos hospitais:

Nós éramos hospital de ensino, pesquisa e extensão através da assistência. O que aconteceu? O MEC não mandou mais dinheiro para o ensino, o dinheiro que entrava no hospital era do SUS, que era pra custeio. E a verba que era pra vir para o ensino, dentro do hospital, vinha para a universidade e não vinha para o hospital universitário – isso numa política intencional para que o HUWC se mostrasse um elefante branco como sempre os reitores passaram essa ideia, que não tinha dinheiro – porque realmente não tinha – mas mesmo assim, o HUWC com todas as carências chegou ao topo onde chegou numa conjuntura muito adversa (E19).

O entrevistado E1 aponta que “a condição de funcionamento que os hospitais universitários foram largados por anos a fio deixou a infraestrutura deles arrasada”. Uma das consequências dos poucos recursos resultava em condições precárias para uma boa assistência aos pacientes, conforme entrevistado relatou:

Quando assumi aqui, tinha gente que não tinha onde sentar, não tinha cadeira para os funcionários sentarem, lá nas áreas de espera dos pacientes tinha longarina quebrada, pacientes sendo acidentados porque sentavam em cadeiras que quebraram. (E1)

Até 2013 a gente tinha um déficit muito grande de pessoal, era muito sobrecarregado e não havia perspectiva de mudança disso, de concurso, existia um negativismo muito grande entre os que faziam. A gente vinha muitas vezes aqui pra trabalhar e não conseguia porque não tinha material – eu sou anestesista e o centro cirúrgico, muitas vezes, eu chegava aqui e a cirurgia era suspensa. (E7).

As condições difíceis também se refletiam no ambiente de trabalho. “Por que não fizeram no passado, por que não quiseram? Porque não tinha como fazer.” (E1). O entrevistado E2 confirma: “não é falta de comprometimento de quem estava antes, realmente não tinha condições, não recebia as atenções que precisava”.

O entrevistado E10 aponta que “a gente trabalhava muito no ‘apagar de incêndio’, em que cada unidade se preocupava com sua ilha e a gente deixava de ter a visão do todo”. Atividades como mensuração de indicadores não pareciam prioridade: “eu não posso falar especificamente porque eu diria que essa época da SAMEAC... em resposta, não tinha” (E13), “não tinham critério que a gente tem hoje em termos de indicadores” (E14), “Eu acho que nem existiam formas de mensuração ou de ter essa maturidade” (E16). “E a gente não tinha perspectiva nenhuma”, assevera o entrevistado E7. Os relatos a seguir corroboram a situação:

Não é que não fizesse com segurança, mas era mais intuitivo que técnico (...) no passado a gente trabalhava mais proativamente que preventivamente. É como se antes trabalhássemos com o “quê”, não com o “como” (E17)

Era um trabalho que se fazia porque gostava, mas sem muita burocracia, sem necessidade de atas nas reuniões, como a gente hoje tem todo o cuidado de catalogar, de gerar evidências, tem uma visão diferente, os objetivos são alcançados de forma mais clara e mais estruturada. (E16)

Os aspectos empíricos explicam posturas que não são mais aceitas hoje pelos órgãos de controle: “a SAMEAC, como ente privado, comprava no mercado e aplicava para o hospital com o recurso que era destinado por conta do contrato” (E2). O entrevistado E3 confirma a informação: “Com relação a abastecimento, a gente não precisava fazer licitação, nem pregão, nem nada. A SAMEAC comprava como qualquer empresa privada. Ia fazer pesquisa de mercado, naturalmente, pra ver melhor preço, melhor produto e fazer essa compra como entidade privada mesmo”. O entrevistado E2 prossegue enumerando um rol de procedimentos para ilustrar:

Aqui existia um setor de compras que ao mesmo tempo que fazia o processo interno de cotação e referenciação de preços, fazia também a licitação – tinham o contato interno e externo, que hoje não pode existir (...) Outra preocupação que não se tinha era que a SAMEAC, por não ser um ente público, não precisava se preocupar com determinados trâmites. Aquilo que se conseguia dentro desse universo de dez mil itens – a gente tem bem mais – aplicar os trâmites públicos de licitar, de cumprir os ritos, cumprir prazos, referenciar preços de acordo com o que a norma diz, que é chato, é burocrático, não havia estrutura para comprar os itens usando os ritos.” (E2)

Tudo isto se mostra muito problemático: “isso caracterizava, de acordo com os órgãos de controle – não sou eu que estou dizendo – que isso era uma maneira de burlar os

processos licitatórios e as compras públicas. Um dos motivos que o TCU criticou esse modelo de contratação.” (E2). As consequências disso não tardaram a aparecer, quando a nova administração assumiu:

Quando as pessoas da EBSEH começaram a assumir as chefias, encontraram essa dificuldade. “Onde tá o processo desenhado para eu comprar os itens que o hospital precisa”? A gente começou a procurar, abrir as gavetas, não existia. E a informação mais importante: “O que comprar”? Não se tinha essa informação. Existiam aqueles itens mais populares e mais óbvios, como seringa, luvas, algodão, esparadrapo, antibiótico, mas e aqueles mais específicos? (E2)

A falta de uma ação centralizada, unificada e planejada, na forma de um planejamento estratégico, foi citada por dois gestores, um de cada hospital. O entrevistado E13, gestor da MEAC, afirma que “nunca tinha visto aqui na maternidade, nem mesmo no período em que eu já era diretor, o planejamento estratégico”. O entrevistado E7, gestor do HUWC, vai ao encontro desta ausência: “vamos dizer que antes a gente não tinha, ou se tinha – estaria sendo injusta com as gestões anteriores – existia um planejamento estratégico, mas digamos que ele não era tão publicizado assim e não buscava tanto envolvimento das pessoas”.

Outro ponto abordado pelos entrevistados foi a existência das “chefias informais”. Os setores precisavam funcionar e, “de chefias formais, apenas a alta gestão. Todos os outros eram informais” (E7) mas nem todas eram remuneradas: “as informais eram em grande quantidade, pelo número de enfermarias. Porque aí tem chefias médicas, de enfermagem e assim ia. Ficava entre ônus e bônus, muitas tinham só dor de cabeça.” (E4). O entrevistado E7 acrescenta: “tirava parte da minha carga horária, tinha que organizar tudo, compras, tudo dentro do serviço sem que eu tivesse nenhum tipo de gratificação e eu fazia no meu horário livre”.

A chefia informal nem sempre significava solução de problemas: “antes as pessoas estavam na chefia por indicação, por amizade, não tinha cobrança nem a pessoa se envolvia” (E10). Há um depoimento que apresenta a precariedade da situação:

Sempre existiram as chefias informais, mas não existia a formal, não tinha nomeação de chefe. Hoje é nomeado. Antes havia a designação: “você vai ser o chefe, você vai responder por isso”. Eu nenhum lugar estava escrito. Não existia uma nomeação formal, existia a designação informal. Então você era chefe disso, chefe daquilo porque foi convidado, mas não se encontra em nenhum lugar escrito, a não ser as diretorias, nem sei se as diretorias tinham realmente algo escrito mesmo. Ia designando pessoas que davam resultado melhor no setor. E a pessoa se autocolocava no seu carimbo que era chefe. Carimbo eu mando fazer em qualquer lugar. (E6)

A escassez de pessoal também era uma das dificuldades enfrentadas pelos hospitais:

Todo mundo, a instância superior da universidade, do hospital e acredito que até o ministério da educação sabe que os hospitais precisavam de concurso. Vários anos

sem concurso, servidores se aposentando e falecendo e quem mantinha e substituía esse pessoal era a SAMEAC, mas a SAMEAC tinha um limite, até financeiro. (E3).

“Como a SAMEAC não tinha muitos médicos, pois pagava mal, ninguém queria vir trabalhar pra ela”, relembra o entrevistado E1. Uma das soluções, principalmente para o caso da área médica, estava na contratação de cooperativas: “Os caras trabalhavam para as cooperativas, aí ela contratava a cooperativa dos cirurgiões, dos pediatras, dos anestesistas, dos ginecologistas e assim por diante.” (E1). “Primeiro porque antes eu não tinha pessoal, e para fazer com que o hospital funcionasse, vivia a base de cooperativas médicas e de enfermagem. Eu tinha aqui dentro cooperativas de ginecologista obstetra, de pediatra, de anestesista e de enfermagem.”, acrescenta o entrevistado E13. Porém, o uso de cooperativas não era a solução ideal, porque o valor financeiro era alto e não havia comprometimento dos profissionais, visto que nem sempre a cooperativa dispunha do profissional disponível (E13).

#### *5.1.1.2 A adesão à EBSEH*

Os pontos descritos subseção anterior não eram desconhecidos pelos reitores da universidade e já se pensava em mudanças. De acordo com os relatos, a criação do Complexo Hospitalar da UFC, envolvendo HUWC e MEAC, foi uma decisão cuja implementação ocorreu alguns anos antes da assinatura do contrato entre a UFC e a EBSEH. O Complexo foi fruto de um estudo conduzido pela Fundação Getúlio Vargas – FGV e que levou alguns anos – os mesmos anos em que se deu a discussão em nível nacional da criação da EBSEH e sua implementação nos primeiros hospitais. As duas narrativas (criação do Complexo e sua adesão à EBSEH), conforme será visto a seguir, se entrelaçam. Em síntese:

Essa história de complexo foi uma história que pegaram a Fundação Getúlio Vargas, se não me engano pra fazer um estudo na época do Professor Ícaro, pagaram pra fazer um estudo de complexo e tudo e no meio desse estudo, “pá”, cai a EBSEH, vai ser criada uma empresa. O estudo já estava pago, já estava feito, vamos continuar com o complexo. (E5)

O entrevistado E1 relata que, em campanha para o cargo de Reitor, em 2008, o professor Ícaro de Souza Moreira, ao visitar a Faculdade de Medicina, se interessou em conhecer o funcionamento dos hospitais. O entrevistado manifestou descrença, afirmando que todo candidato a reitor que ali chegava dizia isso, e quando assumia e “via o tamanho da confusão que são esses hospitais, que nunca tem dinheiro pra nada e que precisam de ‘tanto’ para fechar a folha senão vai preso” (E1).

Porém, o entrevistado E1 confirmou que, uma vez eleito Reitor, o Professor Ícaro decidiu cumprir a promessa e contratou a Fundação Getúlio Vargas “para fazer um estudo sobre os hospitais e dizer o que se podia fazer por eles, que só levavam problemas para os

Reitores” (E1). Em dois anos, a FGV concluiu o estudo: “Magnífico Reitor, o dinheiro que seus hospitais recebem não dá pra eles viverem, não tem jeito pra dar, você tem que ir atrás de mais recursos para empatar o que você recebe com o que você gasta” (E1). Contudo, apesar do diagnóstico desfavorável, o estudo recomendou algumas medidas que a universidade poderia tomar para racionalizar e otimizar o funcionamento dos hospitais, elencando dentre as propostas e sugestões: “junte os dois hospitais”, porque, segundo o entrevistado E1:

Estes hospitais são vizinhos, estão a 150, 200 metros um do outro, os preços que um compra esparadrapo, gases medicinais, medicamentos, insumos em gerais, equipamentos é completamente diferente, às vezes um paga três, quatro vezes o que o outro a cem metros tá pagando. E você tem diretor, tem toda uma estrutura administrativa em duplicata, você poderia criar um complexo hospitalar e não ter mais um diretor lá e outro aqui, só um superintendente para os dois. Aí você teria dois conjuntos de profissionais inerentes às especialidades – lá é maternidade, bebê vai nascer lá, tem que ter tudo o que a mulher precisa, que a parturiente precisa, que o bebê precisa. Do lado de cá tem um hospital geral, aí vai precisar de toda a parafernália para atender as diversas, as dezenas de especialidades. (E1)

A solução técnica encontrada pela FGV, por mais eficiente que parecesse, não seria tão simples: “embora sejamos hospitais irmãos (HUWC e MEAC), nunca houve uma integração. A maternidade lá, nós aqui”, aponta o entrevistado E11, que complementa: “era outro mundo, sem integração nenhuma. Não conversavam. Sabíamos que existia, participávamos muitas vezes do mesmo espaço físico, mas não tinha uma integração, nem gerencial”. A criação do Complexo Hospitalar foi aprovada pelo CONSUNI da UFC em 30 de julho de 2010 (UFC, 2019).

Em paralelo ao estudo da FGV, ocorriam as tratativas para a criação da EBSERH em Brasília, em busca de uma solução para o financiamento dos hospitais universitários federais. “Essa questão da EBSERH, independente de ser EBSERH ou não, já era uma questão há muito tempo do TCU, que considerava essas empresas e fundações similares à SAMEAC ilegais.”, explica o entrevistado E5, que conclui: “o que foi a *eureka* nos anos 70, que iria resolver os problemas de todos os hospitais, no final virou um grande problema depois da nova constituição, das decisões do TCU e tudo”. As discussões também ocorriam no âmbito das universidades, segundo o relato a seguir:

Eu participei do processo da rejeição da criação de uma empresa para gerir os hospitais, que ela ainda não tinha nome. Aí foi o movimento sindical, FASUBRA e órgãos maiores e a adesão à “não-criação” foi muito grande. Praticamente nenhum servidor queria. Fazia-se uma assembleia numa sala de aula das maiores, e lotava, não tinha lugar, porque ninguém queria. Quando começaram a falar da criação dessa empresa acho que a adesão naquele momento era só dos diretores. Estou falando do hospital, da maternidade não sei de muita coisa à época. (E4)

Havia, sim, dirigentes favoráveis à criação desta nova empresa. Com o falecimento do professor Ícaro, o professor Jesualdo Pereira Farias assumiu a Reitoria e, segundo os

entrevistados, era favorável à solução que se desenhava: “mas aí os reitores, quando Jesualdo tava à frente da comissão dos reitores das universidades federais, encheram tanto o saco do Lula, num ano só foram falar com ele três vezes, que aí ele criou a EBSEH” (E1). O ano era 2010: “foi resolvido a toque de caixa, o Lula assinou no último dia do governo dele, em minha opinião pessoal para não se queimar e a Dilma levou pra frente, e muitas coisas eles não pararam pra pensar”, confirma o entrevistado E5.

As consequências da criação da EBSEH, em um primeiro momento, geraram muitas especulações: “a própria posição do servidor da UFC – se ia ser cedido, se o hospital ia ser cedido de porteira fechada. A coisa não tava muito clara, acho que como era a primeira vez que iam fazer não se sabia, houve idas e vindas e indefinições” (E11). Os entrevistados E14 e E18 apontam o sentimento de insegurança dos servidores, inclusive o medo da privatização dos hospitais: “os funcionários da UFC, por serem estatutários e mais seguros, não tinham medo de ser demitidos, mas eles tinham medo do que iria acontecer, será que iria privatizar tudo, será que isso é uma ameaça governamental para privatização dos hospitais” (E14).

Para os entrevistados, não havia dúvida “se” a UFC assinaria o contrato. A incógnita para eles era “quando”. Houve um hiato de tempo de quase três anos entre a criação da empresa e a assinatura do contrato com a UFC, em 2013. “Quando a EBSEH começou seu namoro com a UFC, aquilo era uma coisa nova, uma novidade e as universidades, em sua maioria, através de seus hospitais universitários, não estavam muito a fim de aderir à EBSEH porque não queriam perder a autonomia universitária” (E1).

Os relatos indicam que não havia opção: “era uma coisa de cima pra baixo. Houve conversas, negociações aconteceram. Mas tipo assim, ‘vai acontecer’. Tem que fazer, o TCU tá em cima, se não assinar vai chegar um ponto que os hospitais não vão mais receber dinheiro, vão viver como?”, aponta o entrevistado E5, que conclui: “o reitor não tinha opção. Era uma coisa que foi criada para todos os hospitais universitários, as verbas viriam pela EBSEH”.

Alguns servidores se queixaram quanto à forma como a EBSEH entrou, sem diálogo, sem discutir com a comunidade universitária (E19). Isso alimentaria a rejeição à adesão: “foi um dos fatores, e não houve diálogo, não houve uma construção coletiva da comunidade acadêmica e hospitalar”, lamenta o entrevistado E7, que prossegue: “tenho uma série de professores aqui dentro que sequer foram questionados se a EBSEH era uma boa opção. O ‘*top down*’, o ‘de cima pra baixo’ num ambiente onde as pessoas são extremamente intelectualizadas já é um dificultador”. Apesar da antipatia gerada por esta falta de diálogo, havia gestores dos hospitais que conheciam bem a conjuntura e sabiam que a adesão seria inevitável, concordando com o posicionamento do reitor:

Quanto à reitoria, acho que o reitor se posicionou muito bem. Porque tava num momento em que o HUWC tava numa situação muito difícil, não só o daqui mas também outros hospitais e a vinda da EBSEH trouxe respiro financeiro para os hospitais universitários. Estávamos numa situação financeira muito ruim, sem profissionais, sem recursos pra comprar material (E8)

Mas o que aconteceu é que “ou adería, ou adería”. Não tinha outra alternativa. O hospital endividado e o reitor queria entregar o hospital pra alguém. Se não houvesse a adesão, não chegaria recursos humanos e teria restrições quanto aos recursos de investimento e até de custeio. Do jeito que tava não dava pra continuar (E11).

Eu não tenho críticas à universidade, acredito que ela tinha que assinar, era questão de sobrevivência. O aporte de pessoas que a EBSEH deu, a universidade não tinha condições naquela conjuntura política. Acho que a decisão do reitor foi lúcida, porque iam tirar todos os recursos inclusive de financiamento de manutenção e sobrevida dos hospitais. Então pra mim foi a decisão correta. (E17)

Outros gestores, como o entrevistado E15, procuraram ver o lado positivo da decisão: “quando a EBSEH entrou, o que a gente queria era que esses empregados, além de suprir o que tínhamos de deficiência em relação ao quantitativo de pessoas, também com relação à qualidade do serviço”. Outros entrevistados foram ainda mais explícitos:

A SAMEAC não tinha dinheiro, o dinheiro que existia vinha da prestação de serviço aos pacientes do SUS, era feita prestação de contas, processava e o dinheiro voltava. Era desse dinheiro que abastecia o hospital e pagava a folha de pessoal da SAMEAC. Com a chegada da EBSEH, o resultado da produção do hospital retorna pra abastecer o hospital e para compra de equipamentos. A folha da EBSEH não sai desse recurso. (E3)

Naquele momento, em 2012, quando anunciaram que ia fechar com a EBSEH, a gente que tava aqui e queria que o hospital fosse pra frente, foi um balsamo. Mesmo com todas as questões colocadas, que iriam transformar tudo em celetista, vários mitos foram conclamados naquela época. O clima era de muito pessimismo, de muito cansaço, de você vir aqui e a coisa do mesmo jeito, sempre faltando tudo, era muito difícil. (E7)

A reitoria, no meu ver, sempre teve bons olhos pra EBSEH. Ela absorveu bem a EBSEH porque a SAMEAC ia ser extinta de qualquer maneira, a força de trabalho da SAMEAC ia acabar e se isso acontecesse, os hospitais fechariam, porque não havia número de funcionários da UFC para manter os hospitais. Então a EBSEH foi bem-vinda, porque era uma instituição que não era paga pela UFC, ou seja, a UFC não iria gastar mais dinheiro para pagar funcionários e a UFC passou essa administração pra EBSEH facilmente. (E14)

Houve mobilização contrária de servidores e do Sindicato, mas não impediu que o contrato entre a Universidade Federal do Ceará e a EBSEH fosse assinado em 25 de novembro de 2013 (UFC, 2018).

### *5.1.1.3 Dimensionamento de pessoal*

Quando uma universidade manifesta interesse em aderir à EBSEH, é realizado um estudo preliminar antes da assinatura do contrato para diagnóstico da situação do(s) hospital(is), com o dimensionamento exato de recursos necessários. Em 2013, os primeiros

técnicos da EBSEERH vieram aos hospitais da UFC, que já funcionavam como Complexo, visando realizar os primeiros levantamentos do dimensionamento de recursos necessários, conforme apontado pelo entrevistado E3: “o primeiro passo foi um pessoal que veio aqui fazer um estudo dos hospitais, pra ver capacidade instalada, do que seria necessário de mão de obra pra tocar o hospital, dentro dos padrões que existem de bom funcionamento tanto de médico, de enfermeiro”. O escopo do dimensionamento a ser analisado por este trabalho será limitado ao dimensionamento de pessoal, importante para o estudo da cultura organizacional.

“Eu acho que o processo de entrada da EBSEERH foi muito traumático”, aponta o entrevistado E16, resumindo o sentimento da maioria dos entrevistados. “Quem criou a EBSEERH não tinha ideia do tamanho e da complexidade que é cuidar de hospital, não sabia, pensou que era qualquer uma dessas empresas públicas que se cria aí, que se bota funcionário lá dentro, bota pra fazer isso e aquilo...”, complementa o entrevistado E1, acrescentando: “esse processo de nascimento e início de funcionamento da EBSEERH teve uma série de percalços. É tão complexo que ninguém consegue planejar algo desse tamanho e dessa complexidade e acertar em tudo”.

“Esse processo foi feito por eles (EBSEERH SEDE) e comunicado”, afirma o entrevistado E17, que acrescenta: eles já chegaram com fórmulas e planilhas prontas, com pouquíssima margem de flexibilidade. Pouquíssima. Tenho todos esses históricos das planilhas feitas, tenho até hoje e nos ajuda a tirar algumas dúvidas”. O entrevistado segue:

Eu era a responsável por toda a área técnica de lá e de cá, exceto médicos e enfermeiros, dos dois hospitais. Foi muito traumático, porque as discussões eram bem acaloradas, principalmente eu luto pelo que eu acredito. E tinha muita coisa que tava lá, eu tive que levantar muita legislação para contrapor uma vírgula, então era bem complexo e em geral, não cediam. A equipe que veio pra cá fazer esse dimensionamento veio com uma ordem: “é isso ou menos”. Difícil, né? Com esse dimensionamento equivocado, a partir daí alguns problemas internos pós-EBSEERH já com a superintendência atual também foi complicado, porque aí passou a ser decisão do tipo “vai pra lá, vai pra cá”, aí isso gerou outro trauma aqui dentro. (E17)

“Na época do planejamento do dimensionamento, fizemos milhões de planilhas. Quantos empregados, qual a real necessidade.”, afirma o entrevistado E12. “A proposta foi feita já pensando no complexo”, pontua o entrevistado E6, que acrescenta: “com esse pensamento algumas diretorias ficariam únicas, outras separadas. O Ensino e Pesquisa seria único, atendendo aos dois hospitais, enquanto a atenção à saúde seria separada porque são dois hospitais terciários com perfis muito diferentes”. Assim como o contingente dimensionado, o novo organograma proposto para os hospitais também sofreria críticas:

Quando começou esse processo da EBSEERH, quando fomos à Brasília durante o dimensionamento, era uma das coisas que os diretores mais reclamavam: temos pouquíssimas chefias para a enfermagem, tenho muitas para a área financeira mas



não na assistencial. Era uma reclamação constante que hoje continua, porque ainda há chefias informais na enfermagem. Infelizmente essa questão, que em determinadas divisões deveria ter sido olhado e que foi cobrado na montagem da EBSEH, não foi atendida”. (E5)

O dimensionamento feito pelas comissões técnicas da EBSEH estabeleceu um contingente “x” para o HUWC e “y” para a MEAC (E1), porém com “algumas áreas superdimensionadas e outras subdimensionadas, mas sem muita explicação. Em geral ‘é assim e pronto’, a fórmula é essa e não tinha como elastecer e foi bem taxativo” (E2).

“Eu vi diretores da época lutando para estabelecer contextos mais coerentes e quantidades mais corretas para o tamanho dos dois hospitais e respostas bem redondas: a fórmula é essa e é isso que vamos quantificar”, indica o entrevistado E17. Além da inadequação dos dados relativos à realidade dos hospitais, o Ministério do Planejamento ainda determinou um corte de 35% no dimensionamento de pessoal, mas com um detalhe agravante salientado pelo entrevistado E1: “eles cortaram 35% no HUWC, e não na MEAC. Em princípio, a MEAC recebeu 100% do que tinha pedido, e o HUWC 35% a menos”.

O déficit de pessoal para o HUWC seria corrigido anos mais tarde, durante as convocações de pessoal: “tendo conhecimento desse fato, decidi transferir cerca de 10% a 12% do contingente que estava previsto aqui na MEAC para o HUWC para equilibrar minimamente as coisas”. Como será visto na subseção *Complexo Hospitalar da UFC*, “isso gerou vários problemas quando as pessoas foram convocadas”, segundo o entrevistado E17, visto que a MEAC não aceitaria pacificamente abrir mão do seu contingente dimensionado.

#### 5.1.1.4 A SAMEAC

Os entrevistados E1, E3 e E12 salientam que a SAMEAC foi um grande problema na época da implantação da EBSEH no complexo. “Havia cerca de 700 empregados da SAMEAC nos dois hospitais naquele momento. Era um grande problema para o hospital, não para nós, era pra Reitoria, para o MEC” (E12). “Um fator que foi negativo, e que atrapalhou, atrasou essa evolução foi a existência da SAMEAC, que estava aqui há meio século, que era a rigor uma empresa privada que não precisava fazer processos licitatórios”, afirma o entrevistado E1, que ainda aponta o fator cultural que atrapalharia o início da EBSEH: “uma empresa privada tem seus meios de operar, de funcionar, para aquisição de bens, de insumos, contratação de pessoal. E a empresa pública tem uma política diferente” (E1).

A questão cultural também foi apontada como fator negativo pelo entrevistado E11:

A SAMEAC se considerava, até pelas diferenças salariais, quase funcionários de segunda classe, eles estavam ali mas não tinham muito compromisso. O que aconteceu também é que essas pessoas entravam, não tinham concurso, iam ficando

por ali e se tornavam verdadeiros funcionários públicos depois de um certo tempo porque não podia botar pra fora, não tinham quem substituísse, então aconteceu muito disso aí. A gente tinha sérios problemas de falta de comprometimento – não com todos, tinham pessoas maravilhosas, mas a gente sofria (E11)

O problema, para alguns entrevistados, estava no fato de que, para os concursados da EBSEH entrarem, os empregados da SAMEAC teriam de sair: “quando as pessoas da EBSEH chegaram aqui, elas vieram para ocupar um lugar, de um servidor aposentado ou terceirizado que foi demitido” (E18). “Existia o medo da demissão dos funcionários da SAMEAC, que de fato ocorreu, e a entrada dos funcionários da EBSEH na medida que eram contratados profissionais de todas as áreas, porque a SAMEAC era considerada ilegal por ser uma sociedade anônima” (E14).

O contrato com a SAMEAC não acabaria quando a universidade assinou com a EBSEH. Como é que ia tirar de uma vez 700 pessoas daqui de dentro da SAMEAC? Ia fechar os hospitais. A EBSEH só fez o concurso em maio de 2014, começou a chamar em agosto de 2014 e contratar a partir de 1º de setembro de 2014. A SAMEAC fazia tudo aqui dentro, ela tinha pouca gente na assistência, mas a administração era inteira dela, o contrato com ela iria até fevereiro de 2016. (E1)

A saída da SAMEAC não teria apenas impactos administrativos e operacionais.

Havia vínculos emocionais:

No começo foi bem complicado porque a SAMEAC saiu e estava aqui presente há muitos anos (...) Então eu pude observar que uma parte das pessoas se sentia profundamente incomodada por aquele vínculo ser rompido mas ao mesmo tempo, apesar de haver algo mais emocional do que de razão, as pessoas verbalizavam que entendiam que os profissionais que estavam na SAMEAC não haviam feito o concurso e que o justo era que de fato essas vagas fossem ocupadas por concursados. Porém tinha o lado emocional muito forte. Você via o colega de 20, 25 anos de trabalho com você ser retirado da possibilidade de trabalhar com você, se ele não tinha falta, se ele tinha compromisso, entendia a instituição e cumpria as obrigações” (E17)

O processo de desligamento da SAMEAC se estendeu até meados de 2016, data em que o contrato da instituição com a UFC se encerrou. Todos os empregados foram indenizados. O entrevistado E5 faz um relato sobre o desfecho das demissões:

Todas as pessoas foram indenizadas. Disso aí vou dizer uma coisa, a universidade foi honesta, extremamente honesta. Toda vez que as pessoas diziam que não ia ter dinheiro, eu dizia que a universidade vai pagar. Eu nunca duvidei da universidade. Uma vez tivemos uma reunião na procuradoria do trabalho, em que o Pró-Reitor que substituiu o Prof. Henry disse que o dinheiro viria, as pessoas duvidaram. Eu disse que o Pró-reitor não iria mentir para o procurador do trabalho do ministério público, ele não é doido. Em nenhum momento, nem sonhando eu cogitei a universidade não pagar. O pagamento foi rápido. O dinheiro chegou em dezembro, o contrato acabou em fevereiro, foram aproximadamente dois meses. As audiências que aconteceram depois disso foi a questão da reintegração ou então pessoas que ficaram. Com relação a pagamento, pagou a estabilidade de sindicato, estabilidade de cipeiro, estabilidade de pessoas de federação, estabilidade de gestante, a universidade depositou todo o dinheiro, quem tinha 300 mil pra receber, recebeu seus 300 mil(E5)

O entrevistado E20 considerou que o quadro de pessoal da SAMEAC poderia ter sido absorvido de alguma forma. Esse entendimento foi levado a sério por vários trabalhadores da SAMEAC, “tanto que o processo da SAMEAC ainda tá rolando na justiça, tem gente lutando e não tiro o direito deles de lutar” (E3). “Ainda tem umas 100 pessoas da SAMEAC que não pediram demissão, não saíram, continuam resistindo amparados por uma greve, isso tá na justiça ainda. Essas pessoas não nos olham com bons olhos” (E12).

Nem todos os empregados da SAMEAC perderam seus empregos. Muitos tentaram o concurso. Um entrevistado que era da SAMEAC e teve aprovação no concurso afirma que “todo mundo da SAMEAC queria passar na EBSEH. Eu fiz parte da SAMEAC e realmente foi muito difícil a saída dela do complexo, seria bom que todos da SAMEAC tivessem passado no concurso” (E18). Outro gestor na mesma situação relata:

Com a chegada da EBSEH, todo mundo concursado, acabou aquela história de dizer que era um monte de gente que não trabalhava e recebia salário. Infelizmente era a impressão que se tinha, as pessoas não sabiam que a gente tava aqui trabalhando todo dia. Com a EBSEH todo mundo concursado, aqui legalmente contratado, e isso foi muito bom. Na minha visão do todo, tô aqui há muito tempo, acabei gostando muito, tô aqui há vinte anos, pra mim foi uma coisa muito positiva.

Chegou ao ponto de uma médica, durante o exame admissional de um colega que passou perguntar a ele ‘como é que foi isso, como é que vocês passaram lá e ninguém passou em outras unidades?’ A gente estudou, né? Fez grupo de estudo, fez curso, tentou e graças a Deus deu certo. Infelizmente para os outros não deu. (E12).

O entrevistado E12 ainda relata que “muita gente que saiu da SAMEAC voltou em outra empresa, terceirizado, estão aqui novamente” em empresas que prestam serviços terceirizados aos hospitais. “As pessoas vão lá, levam currículo, eles veem que a pessoa trabalhou aqui e conhece a ferramenta – ao invés de treinar a pessoa nova, pega a que já conhece, já trabalhou, tem boas referências e acabou que muita gente da SAMEAC continua trabalhando aqui de forma terceirizada” (E12).

#### *5.1.1.5 O Sindicato*

Durante a entrevista com as representantes do Sindicato dos Trabalhadores das Universidades Federais no Estado do Ceará (SINTUFCE), ficou bastante evidenciado que existiam dois motivos para a resistência contra a implantação da EBSEH. O primeiro motivo seria a perda da autonomia administrativa da universidade (E19) enquanto o segundo motivo residia na forma jurídica adotada pela EBSEH (empresa pública) com contratação de empregados pela CLT – o Sindicato acreditava que a empresa deveria ser uma autarquia, com a força de trabalho possuindo vínculo estatutário (E19).

“A gente sempre bateu na tecla de que se o problema do HUWC fosse gestão, ele não seria um hospital de alta complexidade respeitado no Brasil inteiro, inclusive na parte de transplantes. Então não era gestão. O problema do HUWC é e sempre foi de financiamento”, aponta o entrevistado E19, representante do sindicato, que prossegue indicando o temor de que os hospitais oferecessem serviços fora do SUS e lembrando do compromisso social da universidade: “por a gente entender que era um hospital público, de ensino, ligado a uma grande universidade. Pra mim, a cultura que tinha dentro do hospital antes da EBSEH era de uma visão de hospital de compromisso social”. (E19)

“Mesmo a universidade tendo poucos recursos, ela tinha autonomia financeira dentro de um orçamento, uma verba e tinha a verba da assistência”, afirma a representante do Sindicato, que acrescenta: “pra nós, a EBSEH veio como parte de um projeto de desmonte da saúde pública, com o descompromisso do governo para com os hospitais de ensino”. Por fim: “eles sempre acharam os hospitais como elefantes brancos, só davam despesas. Mas só davam despesas porque não tinham investimentos” (E19). A entrevistada relata, ainda:

A gente cobrava do governo um projeto para os hospitais e nós apresentamos esse projeto para a câmara, para o congresso, para ser estudado, que falava de toda uma reestruturação dos hospitais. Que seria o tripé de ensino, pesquisa e extensão com financiamento pelos ministérios da saúde, educação e ciência e tecnologia, concurso público, 100% sus e a garantia desses investimentos para o hospital para ele sobreviver e ele tivesse a característica do SUS (...) O problema não era gestão, era financiamento. Quando a EBSEH veio, veio como um projeto, desde a época do Bresser Pereira que ele tentou colocar as organizações sociais dentro dos hospitais e fomos contra. Então a gente se levantou contra, fizemos uma luta muito grande, por entender que a EBSEH iria quebrar, como está quebrando, o perfil do hospital de ensino, pesquisa e extensão. A gente sempre foi contra a EBSEH, a gente dizia ao reitor que “se você acha que o problema dos hospitais é gerência, você é um péssimo reitor porque a gestão é sua (E19)

Fazendo o papel que lhe cabia, o Sindicato criou muitas dificuldades para os gestores dos hospitais durante a implantação da EBSEH (E9). O entrevistado E1 relata: “um fator que também contribuiu para demorar nesse processo evolutivo de entendimento, da importância, do papel desses dois hospitais foi o sindicato dos servidores da universidade, que viu e vê até hoje na EBSEH uma adversária”. “Houve uma rejeição grande por conta do SINTUFCE e isso aconteceu no Brasil inteiro. E o SINTUFCE tem um peso muito grande, o campus do PORANGABUSSU elege ou não um reitor, por exemplo”, relata o entrevistado E5. “O sindicato é forte e atuante, a presidente do sindicato é funcionária do hospital” (E7).

O entrevistado E1 acentua que “não sei quem, não sei porquê, mas pra mim, perpassa pelo sindicato. Logo que a EBSEH entrou, nasceu não uma ojeriza, mas um ódio dessa ‘tal de EBSEH’ dentro da universidade inteira”. Ele prossegue, fazendo um relato:

Tomei conhecimento que os depósitos lá do Pici estavam cheios de móveis velhos porque a universidade tinha feito uma grande compra e estava substituindo. Quando assumi aqui, tinha gente que não tinha onde sentar, não tinha cadeira para os funcionários sentarem, lá nas áreas de espera dos pacientes tinha longarina quebrada, pacientes sendo acidentados porque sentavam em cadeiras que quebraram... então naquela situação de miséria ampla, geral e irrestrita, eu fui ao depósito do Pici com um funcionário daqui pra ver se tinha um birô, uma cadeira, não importa a cor, que a gente possa usar. E acabei vendo algumas coisas que poderiam ser úteis. Aí perguntei quem era o chefe, era uma moça, não lembro o nome dela. Me identifiquei que era dos hospitais, eu não precisei esticar muito a conversa, até que ela disse assim: ‘desculpe, professor, mas EBSEH não tem nada a ver com a UFC, não posso ceder nada para o senhor’. Como é que uma criatura que trabalha lá no Pici chegou a esse entendimento? Que essa ‘tal da EBSEH’ é uma coisa fora da universidade, separada e tal. (E1)

“Eu suponho, é apenas uma hipótese, como ‘adversário mais ferrenho, mais combativo’ era o sindicato, suponho que tenha sido o sindicato que plantou essa raiva, essa política de ser contra a EBSEH, tratando todo mundo como inimigo. Foi muito difícil nos primeiros anos, mas agora as coisas se assentaram mais”, considera o entrevistado E1, finalizando esta subseção.

#### *5.1.1.6 Convocação dos concursados*

Os primeiros servidores da UFC que ocupariam os principais cargos de gestão da EBSEH no complexo (as gerências de atenção à saúde de cada hospital e a gerência de ensino e pesquisa) foram cedidos pela universidade no final de 2013. As demais chefias foram cedidas à EBSEH ao longo do primeiro semestre de 2014 (JUSBRASIL, 2019).

De acordo com o sítio da EBSEH (EBSEH, 2019d), o edital do concurso para os hospitais universitários da UFC foi publicado em 21 de fevereiro de 2014. As provas aconteceram dia 07 de maio e o resultado foi homologado em 1º de julho. De acordo com os relatos, os preparativos para o recebimento dos primeiros concursados ocorreram logo após a homologação do concurso. A primeira chamada com 240 convocados foi publicada no DOU em 15 de agosto e entraram em exercício em 1º de setembro. Salvo algumas exceções, as convocações se mantiveram mensais e regulares até o segundo semestre de 2016 – após essa data, se tornaram irregulares até o encerramento do prazo de validade deste concurso.

“Não teve estratégia. Eu fui chamada à queima-roupa”, afirma o entrevistado E4, que se tornaria uma das chefias da área de Gestão de Pessoas. “Quando me convidaram, sabia que a coisa ia ser grande, grandiosa, mas não esperava que fosse tanto”, continua o entrevistado E4, relatando que o foco inicial para a EBSEH SEDE e para a Superintendência era a contratação de pessoal. Para este entrevistado, havia outras preocupações além de apenas contratar: “não era só você pegar, chamar, receber, assinar uma carteira e um contrato. Fora

isso tinha muito mais a ser feito e a gente não tinha braços, pernas e mãos para dar conta, inicialmente, porque a gente estava começando a receber os empregados, que não eram poucos e a cada mês o grupo era grande”.

O entrevistado E4 acrescenta que, ao mesmo tempo, a EBSEH SEDE estava se estruturando: “era aquela coisa correndo, ela correndo e determinando e despachando pra gente e a gente querendo correr no paralelo com as convocações e admissões do pessoal, encaixando as coisas e cuidando da rotina de uma empresa que envolve ponto, escala, pagamento, benefícios, que envolve tudo”. Foi um começo muito manual, sem sistemas, com muitas planilhas e normas para implantar: “a gente já tinha conhecimento de muita coisa que podia acontecer mas aí já vinham as demandas da SEDE, que ela dizia assim: ‘vamos aprendendo fazendo, e aprendendo’ e muita coisa foi assim”. (E4).

Os relatos apontam que as primeiras chefias nomeadas passaram a se preocupar em graus diferenciados com a chegada dos primeiros concursados. Disso resultou que, de forma geral, não houve um processo institucionalizado e uniformizado de acolhimento e integração dos concursados por parte do Complexo Hospitalar, conforme o relato a seguir:

Estratégias ineficientes. Não teve, faltou, a gente tinha uma programação, mas como foi uma coisa, o que se diz é que a gente ia ser o 12º ou 14º hospital a convocar mas o primeiro Superintendente pediu para que se adiantasse, fomos um dos primeiros, foi tudo muito atrapalhado, foi ineficiente. Deveria ter tido encontros, a gente tinha um projeto de fazer seminários, abraçar o servidor e o pessoal da EBSEH... e não aconteceu. (E5)

As primeiras convocações publicadas no DOU chegaram a chamar até 240 concursados. O processo de contratação consistia em apresentação das documentações e titulações constantes no edital, realização de exames de sangue e contato para resolução de pendências de acumulação de cargos. Em virtude das inúmeras especialidades existentes nos hospitais, também era solicitado o *Curriculum Vitae* dos candidatos para direcionar sua lotação. Nem todos os cargos eram preenchidos – os motivos mais comuns estavam na falta de comparecimento, pendências de acumulação de cargos, ausência da titulação exigida para o cargo e até mesmo desistências durante o processo de convocação. Os cargos que não eram preenchidos eram convocados novamente na chamada seguinte (E4; E12; E18).

Os candidatos livres de pendências, antes de assinar contrato, precisavam comparecer ao Seminário de Integração, que inicialmente chegava a durar até três dias, tendo sua duração reduzida ao longo dos anos. O seminário foi desenhado pela EBSEH SEDE e replicado por suas filiais. Com o tempo, cada filial realizaria ajustes, adaptando às suas realidades.

Primeiro, de forma geral para os dois hospitais havia uma recepção, um evento. Tinha os diretores, o superintendente, falava como funcionava. Depois separava os dois grupos, um para o HUWC outro para a MEAC e o grupo da maternidade recebia instruções sobre aspectos gerais como a cultura de segurança, de humanização, sobre ética, vários aspectos, eram muitas horas de treinamento. Depois desse treinamento eram recebidos em seus locais de trabalho pra se integrarem às atividades (E17).

De fato, a função do Seminário de Integração era prestar informações iniciais. Dentro dos serviços, cada hospital fazia a integração de seus novos funcionários e não houve um padrão estabelecido para o recebimento dos novatos porque vários setores não estavam preparados, não se preocuparam o suficiente ou simplesmente não deram importância: “quando eles chegaram, nós não tínhamos como fazer, como pensar numa integração” (E18). “Não vi uma estratégia de integração (E2). “Pois bem, eu confesso que àquela época eram tantos os outros problemas mais graves que eu não me dei conta disso, só fui me dar conta disso depois, de se preocupar em endoculturar as pessoas que vinham de fora chegando aqui. Nós não fizemos isso. (E1). “De verdade? Não. Não teve um acompanhamento, um acolhimento... não teve. Te vira” (E7). “Eu acho que eles foram jogados aqui dentro” (E21).

As chefias lotadas no HUWC procuraram receber da melhor forma que as circunstâncias permitiam: “não houve tempo de ambientar, de receber os servidores como eles deveriam. Eles foram direto para os setores indicados e ficaram neles até hoje, muitos deles nem sabem onde ficam outros serviços” (E9). “Era basicamente a visão que a gente tinha quando a gente começou a receber, eu tô falando como quem tá recebendo gente e botando as pessoas nos lugares. Então não houve um ‘elã’ de integração” (E21).

Chegavam tantas pessoas de uma vez, vai pra cá, vai pra lá, a gente fazia a estratégia básica da EBSEH, juntava todo mundo, passava os processos... mas sentar e delimitar e pensar, não. Então a gente começou a apresentar, a desenhar, e como gente não tinha um desenho bem claro de como deveria ser a forma de trabalhar, começamos praticamente do zero, a gente foi traçando quais eram as formas, os passos de trabalho, e mostrando qual era o papel de cada um (E10)

Nos depoimentos colhidos, o cuidado maior com a convocação dos concursados foi percebido entre os gestores da MEAC: “teve várias reuniões anteriores para saber como iríamos receber essas pessoas, foi feita sensibilização, foram feitos grupos de trabalho de toda a equipe de humanização, a equipe multiprofissional, pois aqui na MEAC se valoriza muito a equipe multiprofissional” (E14).

“Na Maternidade, chamamos a chefia de cada unidade informando que haveria a integração, apresentar a escala, se apresentar aos empregos e descrever o serviço do local de sua lotação, como também nos primeiros momentos a gente conseguiu fazer uma integração entre o empregado e o servidor, que também não foi muito fácil no começo pra quem vinha de outro serviço, mas como eles estavam entrando, estavam mais abertos às situações, em uns locais tiveram bom acolhimento e em outros tinha resistência”. (E15)

Esta diferença de métodos entre os dois hospitais, no momento de acolhimento dos novos empregados EBSEH é uma amostra do que será relatado nas próximas subseções deste trabalho. São hospitais muito diferentes que, unificados em um complexo hospitalar, teriam que aprender a conviver com as diferenças um do outro.

Concluindo esta categoria de análise, verifica-se que em outros estudos também observaram elementos descritos por este trabalho. Todos os trabalhos publicados sobre a EBSEH mencionaram as condições físicas precárias dos hospitais. Vieira (2017) apontou que na UFPB/HULW a gestão era considerada amadora antes da implantação da EBSEH. Barros (2014), Flausino (2015), Paula (2016) e Vieira (2017) também descrevem em seus estudos que no HC/UFPE, HC/UFTM, HC/UFSC e HULW/UFPB, respectivamente, os gestores acreditavam que não havia outra alternativa para seus hospitais universitários que não fosse adesão à EBSEH. Em todos os trabalhos foram relatadas dificuldades para aprovação do contrato de adesão à EBSEH no CONSUNI, evidenciando que gestores e trabalhadores possuíam visões diferentes e conflitantes sobre a EBSEH.

A problemática em relação às fundações que atuavam nos hospitais antes da adesão à EBSEH também foi analisada em outros trabalhos. Na UFTM, Flausino (2015) apontou a Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (FUNEP). Na UFSC, Paula (2016) apontou a Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU). Na UFRN, Pessoa (2018) apontou a Fundação Norte-Rio-Grandense de Pesquisa e Cultura (FUNPEC).

### 5.1.2 A adaptação cultural dos servidores da UFC e empregados da EBSEH

Nesta subseção serão apresentados relatos referentes à aceitação e adaptação dos servidores da UFC à implantação da EBSEH. As unidades de registro foram estruturadas conforme a figura 07 e serão apresentadas nesta subseção seguindo uma lógica cronológica:

Figura 07 – Unidades de registro da categoria *A adaptação cultural dos servidores da UFC*



Fonte: Elaborado pelo autor (2019).



### 5.1.2.1 Desinformação

A falta de informações claras sobre a adesão da UFC à EBSEH deixava os servidores dos hospitais inseguros quanto ao futuro: “alguém implantou no início que a ‘EBSEH era o cão comendo mariola’, que ia acabar com os hospitais e não sei o quê” (E1). A frase indica a que nível chegou o medo dos servidores em função de notícias infundadas ou incompletas, que circulavam nos hospitais naquela época. O entrevistado E9 confirma o clima difícil: “havia muita desinformação e pouco diálogo. Tivemos reuniões difíceis, em que tentávamos, um pouquinho de cada vez, esclarecer que o monstro não era grande como pintavam.”

O medo do “novo” era muito forte junto aos servidores: “no começo era tudo novo” (E11). “primeiro, quando chegou a EBSEH, eu acho que existia muito medo” (E14). “Houve uma resistência de todos os profissionais, que viam colegas seus da SAMEAC, que trabalhavam há vinte, trinta anos, ameaçados de serem demitidos para a entrada de novos. Então as pessoas tiveram medo, ‘o que é essa EBSEH, o que vai acontecer conosco?’”, pontua o entrevistado E14. “Cada pessoa tem uma maneira de pensar. Muitos aceitaram naturalmente, outros disseram que era o primeiro passo para privatização, vão acabar com os hospitais, vão virar hospitais particulares. Houve desconfiças por parte de uns, outros acharam normal”, acrescenta o entrevistado E3.

Uma suposta privatização dos hospitais era um dos pontos mais disseminados entre os servidores: “ouvíamos muito que o hospital tá sendo privatizado... tivemos todos esses problemas” (E10). “Eu não vejo como a EBSEH tenha privatizado o hospital. O fato do pessoal ser CLT não implica em privatização. Vejo que muitas ameaças eram infundadas” (E11). Segue relato do entrevistado E18:

No início, pelo que eu entendia do servidor, ele não tinha medo de ter o emprego tirado; tinha medo dos hospitais universitários virarem uma empresa privada, com eles trabalhando dentro. O medo dele não era direcionado ao empregado, mas à empresa. Isso ainda não foi superado. Eles ainda tem alguns questionamentos, eu sinto muito isso aqui na unidade de pessoal, porque querendo ou não quem faz a gestão é a EBSEH e eles estão aqui dentro (E18).

O Sindicato era apontado como uma das fontes que alimentavam o medo dos servidores, inclusive com elaboração de dossiês: “que iriam privatizar e cobrar consulta. Foi uma transição bem complicada e o servidor, pegando todas essas informações, é óbvio que ele, como forma de se auto proteger, não aceitou bem a chegada da EBSEH” (E5).

Outro ponto controverso era uma suposta cessão dos servidores à EBSEH. De fato, havia planos para esta cessão, visto que os servidores que ocupariam chefias da EBSEH precisariam, obrigatoriamente, ser cedidos. Porém, a ideia de ceder todo o corpo de servidores

à nova empresa foi impedida por normas da legislação e, após negociação entre a PROGEP e a EBSEH, a cessão não aconteceu (E1; E4; E17). “Então isso era uma incógnita e realmente houve um período de transição pra que se definisse qual era o papel do funcionário da UFC, ele vai ser regido por qual lei?”, relata o entrevistado E14, que continua: “até que se definiu que não, que apenas os diretores foram cedidos. Foi uma luta interna dos funcionários da UFC para que não fossem regidos pelas normas da EBSEH” (E14).

#### *5.1.2.2 Resistência inicial dos servidores da UFC*

A desinformação dos servidores alimentava a resistência à EBSEH. “Todas. Todas as possíveis e imaginadas” – foi a resposta do entrevistado E7 sobre quais as dificuldades encontradas para aceitação da nova cultura organizacional imposta pela EBSEH aos servidores e quais as dificuldades vivenciadas. “Esse momento foi muito difícil, essa aceitação foi muito difícil”, complementa o entrevistado E16. O entrevistado E7 relata:

Não houve uma negociação, veio de cima pra baixo, o servidor é muito politizado, a grande maioria. Há um sindicato forte e atuante, a presidente do sindicato é funcionária do hospital. Isso foi um dos fatores, e não houve diálogo, não houve uma construção coletiva da comunidade acadêmica e hospitalar. Tenho uma série de professores aqui dentro que sequer foram questionados se a EBSEH era uma boa opção. O ‘top down’, o de cima pra baixo num ambiente onde as pessoas são extremamente intelectualizadas já é um dificultador. (E7)

A resistência inicial se mostrava de várias formas: “os servidores sempre reagiram contrários. Uns direcionaram às pessoas da EBSEH, outros à empresa” (E4). “Com relação aos servidores da UFC, também temos percebido uma resistência quando o chefe é EBSEH e o servidor é RJU, aí há um conflito porque o servidor não quer receber ordem” (E12).

Havia um componente emocional muito forte: “a impressão que dá é que aquela pessoa sentisse que era ‘meu hospital, minha universidade, meu trabalho’ – ‘o outro’ veio para lhe tirar isso”, afirma o entrevistado E4, que continua: “havia focos de resistência nos dois hospitais, mas acho que aqui no HUWC era maior, exatamente por onde se concentrar mais chefias, mais unidades, assim”. Essa impressão é compartilhada pelo entrevistado E17: “eu acho que houve uma questão mais emocional ligada ao processo de transição do que propriamente ligada à EBSEH. Poderia ser qualquer empresa. A questão básica não estava no vínculo, estava na saudade que iriam deixar e na sensação de injustiça, apesar de compreender que precisava de concurso” (E17).

Em um primeiro momento, esse componente emocional deu impulso ao pedido de aposentadorias: “Inclusive eu ouço depoimento de servidor que vai se aposentar porque não suporta ficar aqui desse jeito. E muitos se aposentaram me dando esse depoimento”, aponta o

entrevistado E4. “Mas muita gente que não se adaptou, saiu. Então era o pessoal mais antigo, próximo a se aposentar, e realmente esse pessoal saiu”, afirma o entrevistado E14.

O sentimento de injustiça para com os trabalhadores da SAMEAC foi mais um fator desencadeador de resistências dos servidores à EBSEH. O entrevistado E4 pontua que o clima organizacional não era “muito amável entre UFC e SAMEAC mas após a EBSEH, quando juntaram os três, é como se a empresa anterior e os servidores fossem os melhores amigos do mundo”.

“E a saída da SAMEAC, querendo ou não a SAMEAC estava aqui há muito tempo, as pessoas já faziam parte daquela família”, confirma o entrevistado E10. “Existia uma integração de muito tempo de trabalho entre SAMEAC e UFC, trabalham juntos. Quando a EBSEH entrou e a SAMEAC saiu, foi muito dolorido, porque as pessoas foram substituídas. Era como se fosse uma invasão e tomou o lugar do outro que trabalhava com você”. Os vínculos emocionais, em alguns casos eram bastante fortes, conforme segue o relato do entrevistado E16:

Eu acho que o processo de entrada da EBSEH foi muito traumático, porque a saída da SAMEAC tinha um contexto político, mas também era a saída das pessoas “irmãs”, as amigas de longa data, as “comadres”, muita gente batizou o filho do outro, havia um vínculo emocional incrível das pessoas que eram da SAMEAC e da substituição dessas pessoas por estranhos que viriam não sei de onde para tomar o lugar das que estavam lá (E16)

Era um comportamento passional, que transformava este sentimento de dor em mecanismo de rejeição que se voltava não só contra a nova empresa, mas contra pessoas que nada tinham a ver com aquela situação: “alguns setores receberam muito mal o pessoal da EBSEH, principalmente setores que ainda tinham muita gente da SAMEAC que iria sair. Isso no início foi muito traumatizante, as pessoas iam sair, não entendiam a mudança”, aponta o entrevistado E12. O relato do entrevistado E19 ilustra a que ponto a situação chegou:

Até ontem você era trabalhador do complexo e hoje não pode nem chegar a entrar no hall da MEAC e HUWC, isso é forma de tratar uma pessoa que deu a sua vida pela MEAC, pelo HUWC, muitas pessoas ali era o único trabalho que tinham, era o primeiro emprego, daí ser tratado dessa forma... essa hostilidade decorreu disso aí, que aquela pessoa era a personificação da EBSEH pra todo mundo, então você tinha culpa porque você era EBSEH. O que aconteceu foi isso. Por isso que as pessoas tinham raiva dos trabalhadores da EBSEH e muitos ainda tem, porque foi a forma brusca da retirada do pessoal da SAMEAC e a forma que colocaram a EBSEH. (E19)

Apesar de todo o componente emocional, havia entendimento por parte de alguns servidores que a situação era necessária, conforme sintetiza o entrevistado E17:

Então eu pude observar que uma parte das pessoas se sentia profundamente incomodada por aquele vínculo ser rompido mas ao mesmo tempo, apesar de haver algo mais emocional do que de razão, as pessoas verbalizavam que entendiam que os

profissionais que estavam na SAMEAC não haviam feito o concurso e que o justo era que de fato essas vagas fossem ocupadas por concursados” (E17)

Para a criação de uma cultura organizacional nova, não bastava apenas a adaptação dos servidores estatutários às normas da EBSEH. Havia também o outro lado, que era a adaptação dos novos empregados concursados da EBSEH à cultura vigente nos hospitais.

### 5.1.2.3 A adaptação dos empregados EBSEH aos hospitais

O entrevistado E1 iniciou sua entrevista com sua percepção sobre os empregados da EBSEH: “eu tinha dito que minha percepção é que a maioria dos empregados da EBSEH, que inclusive são jovens, estão ocupando pela primeira vez um emprego, e se não for o primeiro emprego, com certeza é o primeiro emprego em hospital”. Para o entrevistado, isso possuía um ponto positivo: “eles nasceram para essa vida laboral aqui dentro dos nossos hospitais, aos poucos eles foram se adequando e hoje tenho a impressão de que o contingente de empregados da EBSEH tem em mente muito claramente a importância do trabalho deles dentro dessa instituição”.

Durante o processo de convocação, um dos documentos exigidos aos candidatos era um currículo, apresentando habilidades, conhecimento e experiências profissionais anteriores. Isso era de suma importância para a lotação dos candidatos, em virtude das características de cada hospital – no HUWC isto era ainda mais importante, pelo grande número de especialidades que caracterizavam um hospital de clínicas. O entrevistado E9 exemplifica:

Com relação à adaptação técnica, procuramos analisar os currículos e destiná-los a serviços em que pudessem demonstrar afinidade e tivessem experiência. Deixamos de oferecer escalas de serviços que precisavam de profissionais para poder acomodar em outras atividades alguns convocados que tinham outras expertises. Isso foi inclusive feito em concordância com a MEAC (E9)

Mesmo com a triagem correta dos currículos, outro ponto dificultador era a inexperiência de alguns concursados em hospitais de alta complexidade, como são os hospitais da UFC: “chega o pessoal concursado, quem faz o concurso e passa, de antemão se sabe que são pessoas capacitadas e preparadas, mas falta a experiência no trabalho. Você tem a teoria todinha, mas uma coisa é fazer uma prova, ser aprovado e outra é entrar numa entidade trabalhando com processos” (E3). O entrevistado E2 prossegue o raciocínio: “à medida que o pessoal da EBSEH assumiu, eles foram tendo que aprender. Era um pessoal que não tinha experiência na área pública, os princípios da administração pública”. “A grande maioria, com exceções, é jovem e acho que teve gente que devia estar no primeiro emprego”, acrescenta o entrevistado E3.

O entrevistado E16 cita um exemplo: “na reabilitação da MEAC, porque nossa área é muito específica (neonatal) então os fisioterapeutas vinham com formação generalista para trabalhar em área específica, então houve dificuldade de capacitação”. Por fim, o entrevistado afirma que “no geral, teve dificuldades próprias que sabíamos que aconteceriam, mas que no geral aconteceu tudo o que esperávamos” (E16).

Assim como em outros pontos desta pesquisa, destacam-se os relatos dos entrevistados da MEAC sobre quais as estratégias utilizadas para integrar os novos funcionários: “eu acho que aqui na MEAC, a cultura facilita a integração”, ressalta o entrevistado E18:

Por ela ser um hospital que traz a vida, ela trata, mas o fundamento é a mãe, o bebê, o nascimento, eu acho que é mais fácil das pessoas se integrarem a essa cultura de coisas boas, de boas novas, o clima daqui é voltado pra isso, entendeu, as pessoas tem o desejo, aquela coisa de acolher, você sente uma acolhida dentro da MEAC porque é da MEAC, ou seja, é dos empregados e servidores que estavam antes, e quando estes novos chegaram, eles foram acolhidos dentro daquele esforço de todos em acolher.(E18)

Em particular, deve-se citar o caso da Gerência de Ensino e Pesquisa, que atende aos dois hospitais: “aqui chegou todo mundo junto. A gente não tinha estrutura, não tinha praticamente ninguém. Eu e outra pessoa. Quando começou a chegar, chegou mesclado, UFC e EBSERH, chegou todo mundo junto. Não houve conflito por isso” (E16).

A infraestrutura física deteriorada dos hospitais, tendo-se em fulcro o caso do HUWC, assustou um pouco alguns novatos: “eu confesso que no início eu via gente andando dentro do hospital e, pela maneira como elas se comportavam, estavam com medo, com nojo... eu conheço gente que trazia água de casa, porque não tinha coragem nem de comer nem de beber nada daqui”, lamenta o entrevistado E1, que complementa: “acho que quando saía daqui tomava um senhor banho, entendeu? Um administrador, um assistente administrativo, um engenheiro que nunca entrou no hospital ficar andando dentro desse lugar, leva um tempo para se adequar” (E1). O entrevistado E12 faz um relato sobre este choque enfrentado por alguns novatos. Dado o esclarecimento trazido pelo relato, optou-se por colocá-lo na íntegra:

Talvez tenham tido dificuldade com relação ao ambiente. Como eu vi? Muitos concurseiros, muitos caras jovens, que estudam muito e passaram pra muitos concursos, aí acabaram caindo aqui na EBSERH “por enquanto”, enquanto aguardam concurso melhor. E quando chega nesse hospital, tem mais cinquenta anos, é um hospital velho, com estrutura velha, não tinha mobiliário adequado, nem sei se você tinha cadeira quando você chegou... hoje não, melhorou muito, todo mundo tem sua cadeira, seu computador, sua mesa... as pessoas tiveram dificuldade nesse sentido, de estrutura, um prédio velho, de ficar em contato com poeira, com papel velho – quem foi pro SAME, por exemplo. Cultura totalmente diferente de empresa privada, tem um impacto, tudo totalmente diferente, regimes diferentes.

Tem a figura do chefe, aqui não é a mesma coisa, tem chefes ausentes. Teve dificuldades com estrutura, de se adequar ao espaço, teve um choque, teve pessoas que choraram porque não era aquilo que eles queriam. Queriam passar num concurso mas “esqueceram” que aqui era um hospital. A questão de ser um hospital é diferente de fazer um concurso pra Reitoria, para um tribunal. Você não vai ter contato com paciente, mas vai estar próximo deles, vai estar em um ambiente insalubre, e por aí vai. Isso chocou um pouco as pessoas, elas não estavam esperando. E outra coisa, você vai num hospital particular, tem uma visão, uma estrutura diferente. É tudo bonitinho. Um hospital público tem mobiliário antigo, nem tem mobiliário suficiente. É serviço público, chocou um pouco (E12)

Além da inexperiência em hospitais e da infraestrutura precária, os concursados da EBSEH ainda enfrentariam resistência dobrada: servidores da UFC e os empregados da SAMEAC, que ainda estavam nos hospitais. A próxima unidade de registro tratará disso.

#### *5.1.2.4 Choques entre os vínculos*

A resistência dos servidores da UFC à EBSEH foi um dos vários componentes que desencadeariam conflitos: “o novato tinha que rezar pra que não tivesse uns RJU muitos resistentes lá, (...) alguns devem ter penado bastante, imagino que pra alguns deve ter sido bem difícil”, afirma o entrevistado E7.

Os entrevistados apontaram que existia uma suposta “superioridade” dos servidores sobre os empregados da SAMEAC, que não iria se repetir com relação aos empregados da EBSEH, também concursados: “nós tínhamos a UFC, que tinha servidor público e tínhamos a SAMEAC, que era somente uma terceirizada, então existia uma relação de superioridade. Agora, não mais. Eu acho que a maior dificuldade do servidor nesse momento foi justamente ver que era outra realidade”, pontua o entrevistado E18. Outros depoimentos corroboram esse “choque de realidade”: “a SAMEAC se considerava, até pelas diferenças salariais, quase funcionários de segunda classe” (E11). “O pessoal da SAMEAC baixava a cabeça para o servidor e o pessoal da EBSEH já chegou querendo saber mais que o servidor” (E5). “E aí ficou aquele conflito que alguns levavam para o lado pessoal de um profissional para outro profissional” (E4).

A disseminação de boatos foi um dos fatores responsáveis por influenciar negativamente a percepção dos servidores com relação aos novatos: “a forma abrupta como a EBSEH entrou trouxe toda essa insatisfação. Tem um ditado que diz que a melhor defesa é o ataque, eu lhe ataco para me defender”, justifica o entrevistado E19, que conclui: “quando começou a se cogitar a EBSEH, a gente ouvia certos comentários como ‘vai tirar a velharia, vai não sei o quê, esse povo que não trabalha vai ter que trabalhar’... esses ruídos, essas coisas, e começou a antipatia nossa com o pessoal que não tinha nem chegado ainda” (E19).

A reação dos servidores aos boatos chegou ao conhecimento dos novos empregados, através das redes sociais, fomentando o potencial conflito: “além disso havia esse ‘burburinho’ entre as paredes de que não seriam bem recebidos, então já vieram preparados” (E15). A suposta reação gerou novas reações do outro lado:

Aí o pessoal da EBSEH também já vinha sabendo dessa insatisfação, aí também pra se defender nos atacava, por isso tinha o conflito. Aí a gente acha que foi por isso, aí pronto, criou toda essa insatisfação, esses conflitos internos por conta da demissão do pessoal da SAMEAC, ameaça de privatização, ameaça dos servidores da EBSEH, das próprias chefias pressionando a gente, os assédios morais, tudo isso causou esses conflitos internos (E19)

Os novatos sabiam das resistências que enfrentariam e muitos já vieram preparados para lidar não apenas com os servidores da UFC: “ainda tinha mais um agravante pra piorar: aqui existiam 700 empregados da SAMEAC que sabiam que cada um que chegava da EBSEH era um deles que ia pra fora. Imagina a maneira cordial, cortês com que o pessoal da SAMEAC tratava o pessoal da EBSEH que chegava”, lamenta o entrevistado E1.

“Enfim... que o pessoal da SAMEAC teve a oportunidade, mas não passou. Isso acontece com todo mundo. Houve muito isso no início, eu sei, muitas pessoas comentaram com a gente que foram mal recebidas em alguns lugares por onde passaram”, comenta o entrevistado E12. O entrevistado E3 também comenta sobre a situação:

E você é recebido por um “colega” que vai te passar o serviço sabendo que vai perder o lugar. Então aí já começou, nem todo mundo tem o profissionalismo de entender que é uma situação em que aquela pessoa que tá chegando não tem culpa de estar assumindo o cargo, e ele sabe... tá passando o serviço, mas vai ter o contrato rescindido, foi muito difícil na época. Teve pessoas que tiveram maturidade mesmo com todo o sofrimento de perder o emprego, mas encararam normalmente, outros não (E3)

Empregados da SAMEAC que passaram no concurso também relataram que foram mal recebidos pelos próprios colegas, com quem haviam trabalhado vários anos:

Para as pessoas que eram da SAMEAC que permaneceram aqui que não tinham passado, elas me olharam de maneira não muito bacana. Na unidade passaram três pessoas, enquanto em outras unidades não passou ninguém. Aí rolou vaias, tinha que rolar o velho comentário de que a gente tinha o gabarito. Impossível! (E12)

Todo mundo da SAMEAC queria passar na EBSEH. Então quando eu passei, as pessoas ficaram revoltadas, era um misto de, não sei, de inveja com chateação, que acabou fazendo com que a relação ficasse bem distanciada porque a pessoa viu que naquele momento eu tinha atingido meu objetivo – e ela não. Eu acho que é um sentimento normal, talvez se eu estivesse do lado deles, teria ficado do mesmo jeito (E18)

No começo, quando cheguei, ainda tinha muita gente da SAMEAC, me senti muito pressionada. Quando encontrava pessoas no corredor, dava a impressão que tinha sido errado eu ter passado no concurso, enquanto elas estavam lutando. “Mas se você tivesse passado, você não iria assumir”? Então foi um pouco constrangedor. (...) Eu achei bom porque fui a um setor em que fiquei isolada, faço meu serviço e acabou. Então sou uma empregada como outra qualquer (E5)

O entrevistado E17 salienta que “as pessoas chegavam e aí elas foram se moldando ao espaço de trabalho, quando as dificuldades aconteciam eram lidadas pela chefia: se precisava de remanejamento, era feito. Então nesse período de entrada, nos primeiros seis meses, havia muita realocação”. O entrevistado acredita que a maior dificuldade foi “de relacionamento com quem já estava, coisa de empatia, coisa que nem sempre todo mundo consegue ter. Então acho que isso aconteceu em alguns setores, e isso ensejou até readaptação, teve readaptação da EBSERH e da UFC” (E17).

Os conflitos que ganharam maiores proporções chegaram ao conhecimento da Divisão de Gestão de Pessoas, e, em alguns casos, até mesmo à Superintendência. Outra parte dos conflitos se deveu à não-aceitação dos servidores em ter um chefe com vínculo EBSERH. O Sindicato pontuava que servidores não poderiam ser subordinados a um chefe de vínculo diferente, considerando em sua visão uma “quebra de hierarquia”, alimentando ainda mais os conflitos, com relatos de casos de assédio moral e de perseguição de ambos os lados (E19).

Além disso, o Sindicato trouxe algumas demandas que iam em sentido oposto aos esforços de integração dos vínculos: “lembro que os servidores, quando iam ser atendidos em alguma demanda de pessoal, o pessoal da UFC não queria ser atendido pela EBSERH e vice-versa” (E2). “O próprio sindicato exigiu que o servidor fosse atendido por servidor. Isso é totalmente absurdo, por que o empregado EBSERH não pode atender bem ao servidor?” (E12). Os entrevistados E4 confirma o ocorrido, em tom de lamentação:

Realmente sempre houve essa diferença entre regimes, chegou ao ponto aqui no hospital, não sei se você sabe, mas o sindicato SINTUFCE exigiu que o servidor fosse atendido por outro servidor, foi uma coisa real. E como falei no início, isso não era para existir, somos uma empresa só, somos uma filial da EBSERH e aqui no hospital ninguém foi cedido. Os servidores da UFC continuam RJU (E4)

Porém, nem todos os conflitos foram provocados por servidores ou pelo sindicato. Com a saída do primeiro Superintendente por problemas políticos (E1; E2) o novo Superintendente propôs à EBSERH que indicasse um novo Gerente Administrativo – que neste trabalho será chamado de “Sr. E”. O novo gerente veio na “efervescência da questão da transição da administração da SAMEAC e a assunção da EBSERH, veio no período que os dois contratos estavam em vigência, e isso causou muitos conflitos” (E2).

O entrevistado E2 afirma que “havia um grupo de servidores, na área administrativa, que tomava decisões e fazia de cima pra baixo, que impactava no trabalho das pessoas, e na hora que o ‘Sr. E’ entrou, ele identificou e entendeu que eram ligados à administração antiga”.



O entrevistado E2 relata que “ali também foi um ponto focal de conflitos, discussões, estabelecimento de inimizades e de não-afinidades e foi se criando um cenário, as pessoas não aguentaram e foram saindo”. O relato, revelador, prossegue na íntegra:

“Na época, como tinha dois pregoeiros que atuavam para comprar as coisas do hospital, o que o ‘Sr. E’ fez analogamente? Os dois pregoeiros que eram da UFC e pediram pra sair foram substituídos por duas pessoas da EBSEH, entendendo ele que iriam fazer as mesmas compras. A pacificação dos setores administrativos com o pessoal da UFC, em tese, foi resolvida com a saída deles para a reitoria. Mas por conta da solução dos problemas que por inércia continuaram, não. Não foi só porque eles saíram que tudo melhorou. Os problemas ainda continuaram. Na minha opinião, se eles tivessem ficado... acho que foi mais um erro de percepção do ‘Sr. E’ de identificar neles uma ameaça, que nem sei se eles eram uma ameaça, mas de alguma forma ele associou essas pessoas porque estavam aqui há muito tempo, associou à figura da SAMEAC que tinha que sair... houve essa dificuldade, mas entendo que se eles ficassem a gente teria pelo menos quantitativamente mais pessoas pra a gente enfrentar os problemas que enfrentamos. Quantitativamente e qualitativamente foi uma perda. (E2)

A saída de servidores da área administrativa também foi lamentada pelo entrevistado E3:

O pessoal que era daqui e que pediu para voltar à universidade é o pessoal que realmente ficou um tanto quanto assustado, ou receoso, ou não quis ficar trabalhando (...) esses que pediram pra sair ficaram assustados e tiveram medo de enfrentar a nova realidade, porque foi um desafio.

O entrevistado E3 também relatou que o setor de licitação dos hospitais ficou esvaziado: “conseguimos convencer os colegas a ficar por um período até pelo menos o pessoal da EBSEH ter condições de dar continuidade ao processo, mas realmente foi um baque. Melhorou? Melhorou, mas ainda temos de aprimorar muito”.

#### *5.1.2.5 Diferenças entre os regimes de trabalho*

Um fator dificultador da integração dos novatos da EBSEH junto aos veteranos da UFC estava na diferença de regras entre os regimes estatutário (RJU) e celetista (CLT). Por exemplo, o entrevistado E8 considera que “a história da estabilidade ainda maltrata o funcionário”. Em compensação, o fator salarial também causou uma espécie de ciúmes aos estatutários, que consideraram seus salários defasados: um dos maiores problemas que tivemos aqui com a chegada da EBSEH foi a disparidade salarial. O servidor ganha bem menos que a EBSEH. O salário hoje é igual, mas pra atingir esse patamar ele teve que passar uns dez anos pra chegar” (E10).

Além do vínculo e do salário, existiam outros pontos: “aí a gente vê uma disputa hoje no hospital universitário por direitos, ‘a EBSEH tem isso e eu não tenho’”, aponta o entrevistado E19. “Ainda hoje tem pontos em que há uma certa dificuldade para integrar os dois vínculos porque um quer o benefício do outro, e não entendem que nunca vão ser iguais. Estão no mesmo local mas são diferentes”, concorda o entrevistado E21. “O servidor sabe que

tem direitos, conhece direitos, mas quando ele vê uma empresa que, apesar de ser CLT... vou dar só um exemplo, no caso a insalubridade, a insalubridade da UFC é menor devido ao regime jurídico”, aponta o entrevistado E18, que continua: “nós temos algumas coisas dentro da EBSERH que são boas, que são melhores que a UFC. Existe sempre esse comparativo, eles se comparam demais”.

O Sindicato considera que as diferenças de direitos são uma justificativa para tirá-los dos trabalhadores. Os problemas não estariam na ponta – entre os trabalhadores – mas sim no topo da hierarquia: “eles ficam tentando tirar os nossos direitos enquanto RJU, querendo nos igualar, que não pode, nunca vai ser igual, por isso que a gente era contra, querem igualar por baixo”, acusa o entrevistado E19, que prossegue: “a gente tenta não ter esse conflito lá na ponta com nossos colegas que estão com a gente, mas a hierarquia lá em cima não deixa, fica dificultando e tentando tirar nossos direitos, e todo dia tem um conflito interno, um gigante que a gente tem que ir no hospital tentar resolver, aí respinga em todos” (E19).

Por fim, o entrevistado E18 conclui, afirmando que apesar das diferenças de vínculos, a assistência ao paciente nunca foi prejudicada: “os conflitos aqui não estão voltados ao trabalho – na hora de trabalhar todo mundo arregança as mangas, a questão é quando se fala em direitos, aí recai pra cá” (E18). O entrevistado E13 minimiza: “as pessoas estão se aposentando, saindo, com a questão da previdência ainda mais. Então essa dificuldade vai desaparecer porque basicamente vai ser todo mundo celetista”.

#### *5.1.2.6 O papel da Reitoria e o sentimento de abandono*

Durante as entrevistas, foi indagado especificamente aos entrevistados qual o papel da Reitoria no que tange à adaptação de seus servidores do Complexo Hospitalar à nova administração trazida pela EBSERH. Muitas respostas apresentaram esse papel associado à ideia de abandono dos servidores. Optou-se, então, tratar as duas unidades de registro juntas.

Alguns relatos, de subseções anteriores, consideraram o papel da Reitoria correto (E8, E17), outros sentiram certa omissão, enquanto alguns entrevistados teceram algumas considerações à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas – PROGEP. O entrevistado E13 sintetiza:

A gente aqui dentro tem uma perna na PROGEP, mas não existia uma interação maior entre PROGEP e Reitoria em si com os hospitais universitários. Com o professor Henry isso até melhorou, ele é médico, mas eu não considero que houve empecilho nem da reitoria nem da PROGEP à entrada nos novos colaboradores. Nós já estávamos cedidos à empresa, a mudança da cultura institucional em ter um superintendente e não mais dois diretores... a cultura de ter os dois hospitais juntos já começou a existir com o reitor e quando a gente passou para a gerência da EBSERH, todos os pactos já tinham sido feitos (E13).

Em meio aos elogios à decisão do Reitor, foram citadas críticas, como falta de clareza do novo papel dos servidores:

Acho que não ficou muito claro o papel dos servidores aqui dentro. A reitoria não fez nenhuma questão ou movimento para deixar isso alinhado na cabeça deles, e aí os mais antigos não se sentem mais à vontade, acham que realmente é aquilo, que vai ser privatizado, há uma série de coisas que confundem. Não tá claro, falta clareza, ‘o que é o papel do RJU’ aqui dentro? (E21)

Para alguns entrevistados, o papel da Reitoria é passível de críticas. “Cada vez mais distantes. Do complexo hospitalar, a Reitoria e a PROGEP foram muito distantes. E hoje em dia ainda é”, afirma o entrevistado E20. “O papel da UFC e da PROGEP foi horrível”, lamenta o entrevistado E7. “Vou ser muito sincero. Vejo omissão total. Só vi a reitoria no começo da EBSEH”, relata o entrevistado E12. “Vejo um pouco de ausência desses órgãos. É mais a busca dos servidores em relação a respostas do que eles estarem interessados em como estamos” (E16). “Não culpabilizo a PROGEP, acho até que entre mortos e feridos todos se salvaram. Se era confuso pra gente, imagine pra eles também administrar esse sentimento de insatisfação, acho que eles se saíram até bem” (E17).

Houve muitas dúvidas quanto a quem se responsabilizaria pelos processos dos servidores na área de Gestão de Pessoas. Seria a Divisão de Gestão de Pessoas dos hospitais, que era chefiada por uma servidora ou seria a PROGEP? Esse tipo de dúvida passou a impressão, segundo os entrevistados, de que os servidores foram abandonados pela Reitoria.

“A reitoria foi tão facilitadora que entregou mesmo. Todo mundo que a gente chega pra reclamar, ‘você vai resolver com a EBSEH’. As Pró-reitorias, principalmente, cortaram totalmente o vínculo. Nem pra receber uma doação da UFC a gente consegue, pois é como se a gente fosse outro órgão”, lamenta o entrevistado E4.

“Hoje eu vejo os servidores se integrando, mas ainda não totalmente. Hoje são a minoria. Acho que há uma dificuldade muito grande, às vezes eles meio que ficam sem saber que vínculo tem. Eu sou da universidade, às vezes tenho dificuldade de saber onde estou” (E17). “Eu achei, ainda acho, os funcionários RJU ficaram muito à margem”, afirma o entrevistado E10, que pontua:

Eu sou EBSEH porque estou cedida, mas de fato eu sou RJU. E todas as medidas tomadas aqui o foco é EBSEH, como a reitoria tá mais longe, a EBSEH tá aqui dentro, o servidor de certa forma se sente mais segregado, não no dia a dia nem pela chefia imediata, mas existe um distanciamento da PROGEP em relação aos funcionários do hospital. Como a EBSEH tá mais próxima, o pessoal da EBSEH se sente mais acolhido (E10).

A PROGEP continuou sendo citada pelos entrevistados: “O RJU tá meio que, não vou dizer abandonado, mas eu acho que tá meio assim, eles estão se sentido meio que jogados

de um lado para o outro, sem pai nem mãe, porque quando buscam ajuda lá, são jogados pra cá.”, conclui o entrevistado E21.

O sentimento de abandono não partiu apenas da PROGEP: “eu acho que houve uma certa divulgação na universidade, no todo da universidade, de que todos os servidores, como era o plano, seriam cedidos, não teria mais elo com a universidade, a EBSEH ia tomar conta do todo”, conjectura o entrevistado E4, que continua: “a legislação não permitiu a cessão dos servidores, mas muitos ainda não entenderam isso na universidade”. O entrevistado continua, relatando que “aconteceu da gente fazer um pedido no Pici e eles disseram que não podiam fazer concessão à EBSEH, esquecendo que o complexo é da universidade, que é um contrato com a EBSEH. Poucas pessoas lá na universidade entendem essa situação” (E4). O entrevistado E1 citou relato semelhante na unidade de registro *O Sindicato*.

A representante do Sindicato é taxativa: “a sensação que a gente tem no HUWC não é nem de filho bastardo, é de filho abandonado mesmo” (E19). O Sindicato assumiu o compromisso junto aos servidores de resolver esta situação: “aí foi que a gente, o sindicato, começou a ir pra cima pra tentar reverter isso porque estávamos completamente abandonados” (E19).

“Hoje, depois de tanta peleja, o sindicato também se envolveu nisso quando percebeu que muitos da universidade não estavam entendendo que os servidores não estavam cedidos, também se envolveu pra dar essas explicações por lá, porque houve uma melhorzinha no entendimento”, afirma o entrevistado E4, corroborado pelo relato da representante sindical:

O Pró-reitor de Gestão de Pessoas da época botou na cabeça dele que nós éramos cedidos para a EBSEH, mas nós não éramos, não pode ter cessão automática, a cessão era só para cargo de chefia, Nós não podemos, nós teríamos que ser cedidos voluntariamente. Aí o que ele fez? Ele implantou uma cultura de que não tínhamos nada a ver com a reitoria, nos abandonou lá e trouxe isso para o reitor e a reitoria absorveu isso junto com a PROGEP” (E19).

As representantes do Sindicato afirmaram que a partir de 2017, com a mudança do Pró-Reitor de Gestão de Pessoas, houve uma aproximação e diálogo maior com os servidores do RJU do hospital. “Eles começaram a perceber que ainda tinha trabalhadores da UFC dentro do hospital por conta da pressão política que o SINTUFCE fez e a pressão jurídica também. Mas mesmo assim, ainda é ruim, a gente ainda tá com muita dificuldade no hospital na questão da gestão, quem nos representa?”, afirma a representante do Sindicato, que finaliza: “nós tivemos essa dificuldade grande, nos sentimos ainda abandonados, só não está pior porque o SINTUFCE tem tido essa posição de ir mesmo para o enfrentamento e trazer a responsabilidade da universidade para com a gente e que haja essa diferenciação” (E19).

### 5.1.2.7 Adaptação dos servidores à nova cultura

Uma vez assinado o contrato com a EBSEH e com a chegada dos novos concursados, ficou claro para os servidores estatutários que a mudança era definitiva. Como já foi citado, uma parte pediu para se aposentar (E1; E4) e outra pediu remoção para outros setores da universidade (E1; E2; E3; E4). Para quem permaneceu nos hospitais, restava resistir até onde fosse possível (E19; E20) ou procurar se adaptar, como será analisado nesta unidade de registro.

O entrevistado E1 sintetizou a situação: “quando olho para meus colegas servidores, percebo que eles sentiram uma mudança nítida, que trouxe no meu entender, melhora para o funcionamento das duas instituições – HUWC e MEAC – mas que para eles não foi muito agradável”. O entrevistado justifica: “isso porque nós hoje instituímos um conjunto de medidas absolutamente naturais dentro das atividades laborais dos servidores RJU da UFC, mas com um controle mais efetivo com relação a ponto, com relação ao cumprimento das obrigações” – e complementa: “assim também nós investimos na qualificação destas pessoas, buscando, no entendimento delas, da importância do seu trabalho” (E1).

Pelos relatos, percebe-se que existiam controles, mas eles não eram ostensivos. A mudança consistiu na cobrança explícita: “na EBSEH tem metas a serem atingidas e antes da EBSEH era muito solto, não tinha que comprovar que estava trabalhando, que você estava conquistando um patamar. Hoje tem um auditor direto”, aponta o entrevistado E5, que é corroborado pelo entrevistado E2: “o fato da gente ter de cumprir normas que as pessoas não tinham a cultura de cumprir. Ou porque desconheciam ou porque não se fazia isso, não tinha essa preocupação, e que amarra muito a gente, que nos deixa muito sem opção às vezes para determinada decisão”.

Um exemplo está no cumprimento de normas de frequência, de acordo com o relato do entrevistado E3:

Uma outra dificuldade que pode deixar o povo um pouco ‘nervoso’ é a questão de frequência, de controle de frequência, que antes era mais ‘light’, e hoje, com a EBSEH, segue o trâmite normal de qualquer empresa. Você chega, tem que bater ponto de entrada e saída, tem intervalo de almoço e existe uma cobrança efetiva no ponto, que antes era bem mais flexível. Foi outro fator que assustou os colegas da UFC que pediram pra ir embora (E3).

Outro exemplo trazido foi em relação às férias:

Houve resistência com relação às normas da EBSEH, isso continua. Um exemplo de coisa que continua sendo motivo de resistência é a norma de frequência, ela prevê vários prazos, o servidor não quer cumprir a norma porque tem a dele. Os critérios de férias, por exemplo, tivemos muito trabalho pra criar, pra acabar com aquela coisa de julho, dezembro e janeiro todo mundo de férias. Tem servidor que entrou na justiça porque não vai aceitar critérios de férias (E12).

A mudança na forma dos controles foi bem nítida, quando se compara o “antes” da EBSEH, com controles pouco firmes, ao “depois”: “hoje, com a EBSEH, eu já tenho chefias que quase passam do limite de controle, que eu recebo através da ouvidoria, reclamações de exigências exageradas e chamo essas chefias pra conversar” (E1)

Em suma, a EBSEH impôs um novo ritmo de trabalho e isso gerou estranhamento entre os servidores, acostumados com outro ritmo: “mesmo com todos os problemas que citei antes de convivência e responsabilidade, nessa questão da meta tem uma cobrança que vem de Brasília, da SEDE, bem maior que o que havia antes. Foi uma forma de alterar a cultura, para as pessoas se adaptarem a essas cobranças constantes” (E5). Os relatos apontam as dificuldades com a nova cultura: “algumas pessoas, digamos assim, comentam a dificuldade de que é muita coisa, muita exigência, muita burocracia, mas de modo geral acho que absorveram bem”, acredita o entrevistado (E3). “Hoje em dia a gente é cobrado mesmo de bater meta, nós estamos em um regime como se fosse uma empresa”, aponta uma das representantes do Sindicato (E20).

Há certa divergência se as resistências foram vencidas: “Hoje eu os vejo se integrando, mas ainda não totalmente. Hoje a UFC é minoria”, relata o entrevistado E17. “Acho que ainda existe alguma dificuldade, do tipo ‘eu sou UFC, você é EBSEH’” (E11). Porém, pelos relatos, as respostas indicam que a maior parte das resistências foi pacificada e o que ainda resta se concentraria em focos específicos: “mas hoje, cinco anos depois ainda existem resistências sim” (E7; E14). “Tinha locais mais fáceis, outros mais difíceis. Se foi difícil, continua difícil”, aponta o entrevistado E21. “Hoje ainda existem dificuldades do servidor aceitar a EBSEH. Não são exatamente áreas de rejeição, são pessoas” (E4).

Apesar das resistências, o saldo é considerado positivo pelo entrevistado E1: “os servidores, a despeito de uma má vontade inicial, foram de uma fundamental importância por conta da experiência que eles traziam e que os funcionários da EBSEH, pelo menos em sua maioria não tinham. Eles repassaram, transferiram essa experiência”. O entrevistado finaliza: “hoje nós temos um time muito bom de profissionais dentro dos dois hospitais da UFC”. O relato foi selecionado para apontar que a adaptação à nova cultura culminou em uma integração entre os dois vínculos, que será abordada pela próxima unidade de registro.

#### *5.1.2.8 Integração entre os vínculos*

Há certo consenso entre os entrevistados de que o tempo foi um fator favorável à integração entre servidores da UFC e empregados da EBSEH no ambiente de trabalho – os empregados da EBSEH, mais engajados e os servidores, após o choque inicial, contribuindo

de forma importante, principalmente em função de sua experiência (E1). Com o tempo, isso geraria uma cultura homogeneizada.

Os gestores veem um ambiente mais pacificado que no passado (E1; E7). Há relatos que convergem: “hoje não há tanta resistência, não consigo enxergar essa resistência toda não” (E13). “Não sinto resistência hoje por parte dos servidores” (E15). “Hoje avalio que estão sendo integrados” (E10). “Hoje ainda há algumas arestas a aparar, mas já existe um bom convívio e aceitação dos empregados EBSERH pelos servidores” (E9). “Aqui foi bem mais tranquilo do que a gente houve falar em outras filiais da EBSERH”, afirma o entrevistado E6.

Vários relatos reforçam a importância do fator temporal para a integração entre os servidores e empregados: “Existe uma aceitação, porque aos poucos eles estão entendendo que existem regimes por trás (CLT e RJU), ainda é um pouco difícil mas melhorou bastante. Porque agora o conhecimento que o tempo tá trazendo tá fazendo eles entenderem que não existe essa disputa” (E18). “Já na segunda chamada do concurso, percebemos diferença. Porque os que entraram mostraram que era para somar, não para tomar espaço de ninguém. Com mais chamadas, percebemos que o panorama dos ambientes de trabalho foi mudando” (E15). “Hoje eu vejo de outra forma, pois essas pessoas já estão formando vínculos, já estão se tornando conhecidas, hoje a aceitação é diferente, é melhor” (E16).

O lapso temporal de cinco anos trouxe diminuição do quadro de servidores estatutários em função de aposentadorias. Os entrevistados E3 e E21 afirmam que hoje o número de profissionais da EBSERH é muito maior que o do RJU: “os RJU estão mais na periferia da assistência, estão mais em outras linhas, que não na linha direta, como tá a EBSERH” (E21). “O pessoal mais antigo da universidade continua fazendo suas atividades e hoje, quem toca o hospital mesmo é o pessoal da EBSERH porque é o quantitativo de pessoal que veio, mediante estudo, para suprir as carências de pessoal da área assistencial e administrativa. No meu entendimento não houve grandes dificuldades” (E3).

O fator tempo também provocou mudanças na estratégia do Sindicato. Há certa suavização do discurso das representantes: “apesar de tudo, o relacionamento melhorou com esses cinco anos”, reconhece o entrevistado E19.

A postura do Sindicato voltou-se à empresa, não às pessoas, de acordo com o entrevistado E4: “já ouvi membro do sindicato dizer ‘não estamos falando dos empregados, eles são trabalhadores que lutaram, estudaram para passar nesse concurso. Estamos falando da criação da empresa, que não deveria ter acontecido’. Esse depoimento é tanto de pessoas ligadas ao sindicato como de servidores” (E4). A representante do Sindicato procura deixar esta mudança de postura bastante clara, afirmando que o ideal seria que “os trabalhadores da

EBSERH fossem absorvidos pelo RJU porque são concursados, empresa pública ou não eles são concursados pela CLT, a gente pode ter uma brecha aí para que eles possam ser absorvidos, a gente quer a preservação do emprego deles mas não queremos a EBSEH”

A representante do sindicato aponta que todos são explorados, que não devem manter ter essa competitividade: “nossa luta não é contra o trabalhador da EBSEH, é contra a EBSEH e a privatização dos hospitais. Então com esse diálogo, o sindicato tem melhorado essa relação, que nós precisamos ter uma cultura organizacional de um ambiente saudável, de paz, nos vendo como profissionais, nos vendo como trabalhadores explorados” (E19)

O fator tempo, aliado ao dia-a-dia da assistência ao paciente, reforçou a integração entre os profissionais dentro dos próprios setores. Nas entrevistas foram citadas áreas bem específicas onde a integração foi bem-sucedida:

Acho que não tem desunião entre EBSEH e RJU. Eu não vejo isso, pelo menos no grupo em que convivo, que são os médicos. Eu vejo uma convivência, não vejo ninguém dizer ‘ele é EBSEH e faz isso’, ‘ele é RJU, tem isso’. Não teve problema porque geralmente a gente se conhece, todos nos conhecemos de fora, já trabalhavam juntos em outros hospitais, já se conheciam, o RJU que trabalhava aqui e o EBSEH que chegou geralmente já trabalhavam juntos. A relação pessoal ultrapassou a relação profissional e ajudou. (E8)

Há o caso das Clínicas Cirúrgicas em que a chefe de uma é UFC e a da outra é EBSEH, e uma completa a outra, uma tira férias da outra, etc (E9)

No início tinha muito embate, era muito ‘disse me disse’, hoje se consegue ver mais homogeneização nas unidades, a gente consegue ver as pessoas trabalhando de forma harmonizada, já se percebe interação. A nutrição era um exemplo, chegavam pra reunião e era ridículo: RJU pra lá, EBSEH pra cá, ficava bem separado. Hoje em dia, já não se sabe mais quem é quem, não consegue perceber (E10)

Hoje a gente chega nos setores e vemos como estão mais envolvidas, se tornaram equipes. Aqui na Divisão de Gestão de Pessoas temos terceirizado, EBSEH e RJU. Temos que aprender a trabalhar juntos. Melhorou muito (E12)

Eu acredito, porque, o que eu vejo é que as pessoas não tem mais tanta resistência a quem é EBSEH, a quem é servidor, não vejo isso nos serviços, no dia a dia. Por quê? Há possibilidade de troca de dias de trabalho na escala, há muito EBSEH trocando com UFC e vice-versa. Antes não podia, hoje acontece (E15)

Olha, não tenho como te dizer com relação à (área da) assistência, mas aqui na pesquisa não conheço essa diferença. Aqui na pesquisa talvez eu esteja em situação bastante privilegiada, e digo bastante para todo mundo que aqui não se enxerga essa diferença entre funcionário EBSEH e funcionário UFC. Não consigo comparar vínculos, posso te dizer que hoje são iguais (E16)

Por fim, para concluir o estudo desta categoria de análise, o entrevistado E1 reforça também evolução da integração junto às outras áreas da universidade: “eu acredito que hoje se suavizou um pouco, mesmo porque estes dois hospitais prestam um serviço inestimável para a comunidade da Universidade Federal do Ceará, incluindo-se aí os seus alunos e os seus funcionários”. O entrevistado relata:



Todos os dias me chegam duas coisas inexoravelmente: medidas judiciais e pedidos para internar, arranjar consulta, fazer exame... e o pessoal da universidade vem muito. Chega ao ponto do funcionário da universidade chegar aqui falar comigo, dizendo “professor, o hospital sendo da EBSEH, será que dá para o senhor arranjar um raio-x, uma consulta, uma coisa assim”... Aí eu fui aos poucos, gastando cinco minutos de conversa explicando para essas pessoas que esses hospitais, que este complexo hospitalar constituído pelo HUWC e MEAC foram, são e continuam, continuarão sendo da Universidade Federal do Ceará, que esta empresa pública foi criada apenas para repor a mão de obra porque o governo não topava mais fazer concurso para funcionário público e fazer a gestão (E1)

Concluindo esta categoria de análise, verifica-se que outros estudos observaram alguns dos fenômenos descritos por este trabalho. Todos os estudos consultados por este pesquisador, que analisaram a adesão de hospitais universitários à EBSEH, apontaram que o governo federal há anos não fazia reposição de servidores exonerados, aposentados, falecidos ou cedidos. Flausino (2015), Costa e Pessoa (2017) e Carminatti Jr. (2017) afirmaram que no HC/UFTM, no HULW/UFPB e no HUSM/UFSM, respectivamente, houve conflito percebido e enunciado entre os dois vínculos nos primeiros anos após a entrada dos empregados da EBSEH. Pessoa (2018) relata em seu trabalho que os servidores do HUOL/UFRN também se sentiram abandonados após a implantação da EBSEH.

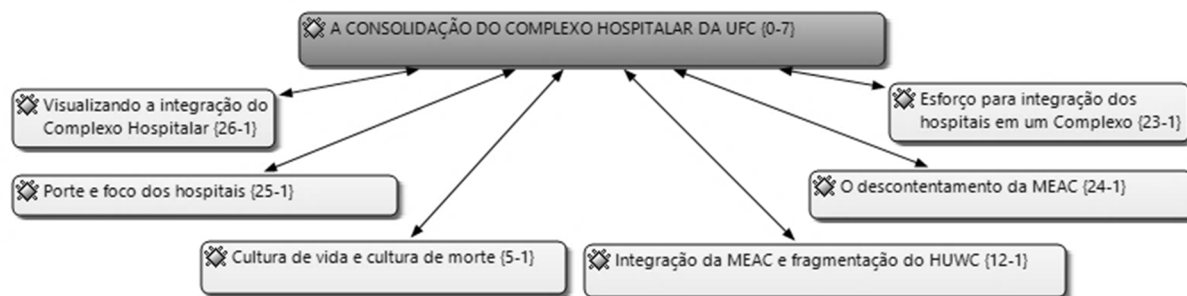
A desinformação dos servidores se seriam cedidos ou não à EBSEH se observou na UFTM (FLAUSINO, 2015) e na UFRN (PESSOA, 2018). As opiniões colhidas neste trabalho sobre a influência do Sindicato no processo de adesão são similares às opiniões colhidas no HC/UFPE (BARROS, 2014), HC/UFTM (FLAUSINO, 2015) e HULW/UFPB (VIEIRA, 2017). Vieira (2017) aponta em seus achados que no HULW/UFPB já há certa pacificação entre os estatutários e empregados da EBSEH.

Costa e Pessoa (2017) afirmaram que o HULW/UFPB também não se preparou fisicamente para receber os novos contratados. No HC/UFTM (FLAUSINO, 2015) e no HUSM/UFSM (CARMINATTI JR., 2017) foi apontado que as diferenças salariais e de benefícios entre os vínculos também desencadearam conflitos, bem como também se observou a pouca experiência em hospitais de grande porte por parte dos recém-concursados da EBSEH.

### ***5.1.3 A consolidação do Complexo Hospitalar da UFC***

Nesta subseção será apresentada a categoria de análise referente à consolidação do Complexo Hospitalar da UFC, onde será analisado se a cultura de trabalhar na forma de Complexo Hospitalar foi consolidada. As unidades de registro foram estruturadas conforme a figura 09 e serão apresentadas sob lógica cronológica:

Figura 09 – Unidades de registro da categoria A *consolidação do Complexo Hospitalar da UFC*.



Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

### 5.1.3.1 Visualizando a integração do Complexo Hospitalar

Dentre as universidades federais que aderiram à EBSEERH, a UFC foi a primeira a aderir sob a forma de complexo hospitalar (E1). “Somos um complexo bem complexo, bem complexado”, brinca o entrevistado E10, mas também dando a medida da complexidade dos resultados. “Uma coisa que a gente sempre sofreu, eu acho que ainda vai demorar pra melhorar é a questão do Complexo hospitalar” (E14).

O roteiro de entrevista indagou forma direta aos entrevistados: “Você vê hoje o complexo integrado?”. As respostas se dividiram em dois resultados iguais: metade respondeu “em parte” (E1; E2; E3; E4; E6; E7; E10; E12; E13; E15), enquanto os demais responderam “não” (E5; E8; E9; E11; E14; E16; E17; E18; E19; E20).

Dentre os entrevistados que apontaram que a integração dos dois hospitais em um complexo hospitalar se deu “em parte”, percebe-se a presença de quase todos aqueles que atuam em ambos os hospitais, com atividades que implicam articulações conjuntas. Estes entrevistados apontam que a integração entre os hospitais começou, mas ainda não está madura: “Mais do que há cinco anos, mas menos do que eu gostaria” (E13). “Mais do que antes. A gente ainda tem muitos pontos que podemos melhorar a integração, mas hoje é muito mais integrado” (E7). “Vejo integrado em algumas coisas, outras não” (E1; E4; E15). “Em alguns momentos, com algumas pessoas, eu vejo” (E6). O entrevistado E3 é sucinto: “acho que o grande problema é o fato de não estar tudo no mesmo ambiente físico. Só em ser separado, a separação já acontece aí”. O entrevistado E1 aponta:

Sim, porque a gestão dos recursos financeiros é uma só, não tem risco de, por exemplo, eu comprar gases medicinais pagando “x” reais o metro cúbico aqui e a MEAC tá pagando o dobro por esses mesmos gases ou cinquenta por cento do que pago aqui, como acontecia no passado.

Mas... eu também disse “não”, né? Por quê? Porque o pessoal que trabalha na MEAC, sabendo que a MEAC aporta recursos que sobram, eles ficam enciumados porque esses recursos são gastos aqui. E mesmo porque há, muito veladamente, uma certa competição nas coisas que são comuns e na maioria das vezes, a MEAC larga e chega na frente. (E1)

Os hospitais apresentam particularidades culturais muito fortes e diferentes, o que poderia causar esta dificuldade de integração do complexo: “Então eu sempre falo que esse diálogo da MEAC com o HUWC ainda é difícil” (E14). “Eu enxergo que há uma tentativa de integração, mas ela esbarra nessas diferenças culturais (...) Não deve existir tratamento diferenciado entre os hospitais” (E12).

Os relatos de quem não enxerga um complexo integrado são mais taxativos: “ainda existem dificuldades, se você for perguntar se as pessoas enxergam como complexo, muitas vão dizer que não, que não existe integração” (E13). “Ainda não, não vejo integração. Sinto que evoluiu muito pouco, vou ser bem sincera.” (E16). “Não. Eu acho que não existe complexo”. (E18). “Eu acho que não. Você vê que toda hora que falo, falo HUWC e MEAC, não falo complexo. Não sei nem se seria ideal, se foi ideal essa história de complexo” (E5). “Não vejo integração, acho muito difícil, hoje, se integrar mais” (E9). “De jeito nenhum. Isso nunca vai ser um complexo. Só no papel. Só vai ser um complexo pra alguns processos, nunca pra tudo, as culturas são muito distintas” (E17).

Há dificuldades entre as áreas, como relata o entrevistado E10: “eu acho que falta essa interação da área assistencial com a administrativa”. Há dificuldades com decisões dissonantes: “eu acho que são tomadas decisões unilaterais de ambos os lados. Há definições com relação a funcionários que são tomadas no HUWC que são tomadas de forma diferente na MEAC. Acontece uma coisa lá e aqui não se sabe, embora tenham unidades em comum” (E8). E há desequilíbrio entre os avanços: “há, muito veladamente, uma certa competição nas coisas que são comuns e na maioria das vezes, a MEAC larga e chega na frente” (E1). “Às vezes temos a sensação de sermos dragados, de não ser respeitados dentro da nossa cultura quando a gente tem que esperar que algo aconteça no outro hospital pra que aconteça aqui, mesmo aqui tendo toda a condição de acontecer. Muitas vezes a gente não é visto” (E17).

Todos os entrevistados confirmaram que as culturas organizacionais dos hospitais são diferentes um do outro: “a forma de pensar aqui e lá é diferente, não estou dizendo que um é melhor que o outro. Mas a cultura dos dois não é igual” (E17). Destaca-se, na pergunta em que se questiona se a cultura de “seu” hospital é diferente da cultura “do outro” e “em quê”, as respostas foram similares nos dois grupos: as forças e fraquezas dos hospitais são percebidas, reconhecidas e assumidas de forma semelhante – todos reconheceram características de cultura forte e coesa na MEAC e de cultura fragmentada no HUWC.

As diferenças entre os hospitais, que dificultam a integração do complexo serão apresentadas nas três próximas unidades de registro. Em conexão com o referencial teórico, cada unidade de registro apresentará um dos três níveis de cultura organizacional, na visão de

Schein (1992): artefatos (*porte e foco dos hospitais*); valores e crenças (*cultura de vida e cultura de morte*); e pressupostos básicos (*coesão da MEAC e fragmentação do HUWC*)

### 5.1.3.2 *Porte e foco dos hospitais*

Os artefatos, segundo Schein (1992) são os elementos culturais mais facilmente observáveis. Os entrevistados apontaram nítidas diferenças culturais provocadas pela diferença de porte e de foco dos hospitais. A MEAC é um hospital de porte menor do que o HUWC, com menor número de especialidades médicas, tornando seu funcionamento mais simples em termos de complexidade de atendimento (E1; E10). “A MEAC, do ponto de vista de atendimento médico de especialidade, é dez vezes mais simples que o HUWC. Aqui é da unha do pé até o cabelo da cabeça (...) então há uma maior relativa simplicidade no funcionamento da MEAC quando comparada com o HUWC”, aponta o entrevistado E1:

No que se refere ao HUWC, vemos qualidade em relação ao atendimento assistencial; performance, estamos trabalhando muito; e boa vontade dos colaboradores, porque infelizmente não temos a infraestrutura ideal, ainda é um pouco limitada, mas mesmo assim a gente supera as dificuldades. No que se refere à MEAC, esses termos não mudam, mas eles lá, esses sentimentos, essas observações são mais acentuadas. Eu acredito que pelo fato de que a maternidade ser operacionalmente mais simples e envolver um menor número de especialidades – a mãe e o bebê, quando comparados ao HUWC – lá eu entendo, vejo e sinto a maternidade sempre à frente em questões de organização, de evolução. Lá as coisas acontecem mais rápido, lá as necessidades são menores... agora nos dois temos um compromisso fora do comum em todo o seu pessoal. (E1)

Esta diferença de porte e foco pode ser considerada uma vantagem competitiva para a MEAC: “pela relativa maior simplicidade dos atendimentos que são lá realizados, eles podem evoluir mais, otimizar mais do que aqui” (E1). “Eu acho que a MEAC sempre foi um hospital bem mais independente, é uma maternidade, só tem aquele tipo de paciente, a mãe e o bebê, aquele binômio (E6). “Não é como se fosse mais organizado lá, é porque é menos demandado que aqui” (E2). “Já o HUWC é um hospital grande, um hospital geral, com várias especialidades, com doentes que exigem um aporte financeiro muito maior” (E6).

Outra diferença operacional citada está na forma como os usuários acessam os hospitais. O atendimento no HUWC é feito através de encaminhamento realizado por postos de saúde e outros hospitais e por vezes requer internações longas ou seguidos retornos para pacientes crônicos, enquanto na MEAC há atendimento de emergência para as grávidas, em que na maior parte dos casos o internamento dura poucos dias (E19; E20). “O HUWC ainda tá sofrendo com aquele paciente crônico, tá entendendo? A maternidade consegue avançar com mais rapidez e entendimento, e cultura, essas coisas, porque o paciente de lá é passageiro, é bem rapidinho, a grande maioria é assim. E aqui no HUWC, não” (E4)

Os entrevistados da MEAC reforçam as diferenças: “somos um complexo, mas com serviços diferentes. Somos porta aberta, o HUWC é porta fechada, os serviços de assistência são diferenciados porque lidamos com assistência materno-infantil e da mulher e lá n HUWC é mais generalista” (E14). O entrevistado E17 resume:

Começa que são hospitais com focos diferentes de assistência. Aqui também pela lógica do nosso atendimento, que tem alta rotatividade de pacientes. A gente precisa admitir, cuidar e dar alta num espaço de tempo muito curto, diferente do HUWC que tem longos internamentos, então nosso tempo de resposta tem que ser imediato, precisamos fazer bem feito, em curto espaço de tempo e impondo nesse tempo curto de assistência uma super qualidade para a gente ter uma avaliação posterior favorável, que foi o que abordamos anteriormente. (E16)

Os artefatos podem ser reveladores dos pressupostos básicos de uma cultura organizacional. As estruturas constituem artefatos facilmente visíveis. A coesão, característica indicadora de força de uma cultura, pode ser explicada pela estrutura física dos hospitais, conforme o depoimento abaixo:

Parece bobagem o que vou falar, mas no hospital tem várias entradas. Na MEAC só tem uma única entrada, que te conduz direto para a Gestão de pessoas, por exemplo. Ela te conduz pro teu serviço. Até para se comunicar é mais fácil. Se você deixar um aviso na entrada, todo mundo vai ver. Aqui não, vai ter várias entradas, vários lugares, tudo separado (E12).

Outro artefato importante é o culto à própria história e aos “heróis” (SCHEIN, 1992). Este é outro diferenciador da cultura dos hospitais, visto que o entrevistado E17 afirma que “inclusive a forma como encaram o histórico é distinta”. O entrevistado afirma que na MEAC há uma cultura de reverência ao passado, de valorização das pessoas que passaram por lá e deixaram seu legado, ao mesmo tempo que lamenta que no HUWC não aconteça o mesmo: “passa um diretor, passa o outro, as pessoas vão sendo apagadas, fica só um quadro na parede. Na MEAC as pessoas vivem ainda o Dr Galba, que foi quem criou a maternidade, o Dr Chagas, mesmo quem não conhece, revive essa história” (E17)

### 5.1.3.3 *Cultura de vida e cultura de morte*

Os valores e crenças, de acordo com Schein (1992) estão em um nível intermediário da cultura organizacional, podendo justificar estratégias, metas e filosofias. O entrevistado E10 sintetiza: “a cultura organizacional da MEAC tem a ver com a vida, lidam com a vida, nascimento, a gente lida com a morte, então acho que o clima, a cultura organizacional de lá deve ser bem melhor que no HUWC”.

A dicotomia “vida e morte” foi citada por vários entrevistados de ambos os hospitais. Depreende-se que esta diferença se torna uma crença que justifica as diferenças culturais,

influindo nos artefatos e reforçando os pressupostos (SCHEIN, 1992). Seguem três relatos importantes nesse sentido:

Somos uma instituição que lida com vida, enquanto o HU lida com doença, com morte. (...) Essa questão de lidar com vida, com maternidade, talvez seja o grande diferencial da gente em relação ao HUWC, ele é um hospital mais duro, mais fechado nesse aspecto porque não é fácil também para o profissional lidar com pessoas que você sabe que vão morrer, não é fácil lidar com uma leucemia, que você quer fazer tudo mas você que tudo que tá sendo feito vai por água abaixo porque a pessoa vai a óbito. (E13)

Acho que a MEAC agrega mais por ser menor, por ser uma instituição em que as patologias são mais fáceis de conseguir a cura, há uma parte da neonatologia que é difícil, mas na maior parte os bebês saem, a MEAC exala mais vida e as pessoas vestem mais a camisa no sentido de que querem que dê certo, as pessoas sentem mais a MEAC como sua casa, ter mais esse ambiente acolhedor. O HUWC por ser uma coisa maior, mais complicada, de muitas doenças, tem setores que você sabe que a pessoa tá ali pra morrer. Por isso aí é mais complicado realmente. E o hospital por ser maior, é mais disperso, muito grande, as pessoas são mais dispersas” (E5)

São diferenças conceituais muito fortes: “são dois hospitais que, embora bem próximos um do outro, são totalmente diferentes em sua história, em sua criação, eles nunca trabalharam juntos, eles começaram a trabalhar juntos pouco tempo antes da vinda da EBSEH”, conclui o entrevistado E18.

#### 5.1.3.4 Integração da MEAC e fragmentação do HUWC

O terceiro nível de uma cultura organizacional, chamado de “pressupostos básicos” (SCHEIN, 1992), determina como os membros do grupo percebem, pensam e sentem, formado por elementos que se repetiram ao longo do tempo, sendo cada vez mais aceitos, endossados e cristalizados no nível do inconsciente. Não podem ser vistos, apenas sentidos. A frase “é reconhecidamente mais fácil trabalhar na MEAC”, (E14), pode ser considerada um indicativo desse pressuposto, visto que este sentimento foi compartilhado por todos os entrevistados, indicando que há “algo” na maternidade que facilitaria a coesão cultural. Este “algo” pode ser percebido no relato do entrevistado E17, que trabalhou nos dois hospitais:

Eu ouvia muito essa frase: “nós pensamos diferente, agimos diferente”. Esse “diferente” estava sempre presente nas falas. Mas eu não conseguia perceber, estando lá, o grau dessa diferença. O diferente que eles falavam era o povo que se gruda para resolver as coisas, quando tem um objetivo as pessoas se envolvem juntas. Eu não conseguia ter isso no HUWC. Tinha envolvimento? Sim, de blocos. Eu não conseguia envolver a casa inteira pra fazer algo. Aqui tem. Aqui tem a semana do bebê, a MEAC toda se envolve. Lá a gente não conseguia. A gastro vai fazer uma ação com a CCIH, era tudo separado, aqui é menos, as pessoas se juntam. Eu só fui perceber isso quando eu cheguei aqui, fui comparar os dois, aí sim entendi o “diferente”. Eu tenho o antes, durante e depois, devido a ter trabalhado nos dois. Lá conseguia o envolvimento de pedaços, não havia sentimento coletivo, talvez pelos interesses serem múltiplos, não quer dizer que seja uma cultura ruim, mas uma cultura diferente. (E17)

As entrevistas revelam dois pressupostos básicos bem distintos entre os dois hospitais, que iriam ao encontro das perspectivas culturais de Martin e Frost (1998): a MEAC teria uma perspectiva de cultura de integração, enquanto o HUWC, em função da enorme quantidade de especialidades, sofreria os efeitos mais graves da perspectiva de diferenciação, podendo evoluir ao status de uma cultura fragmentada: “eu nem sei, acho que deve ser, a MEAC é bem menos complexa que a gente, acho que o gerente de lá quase não deve ter problema nenhum, os setores da minha área que mais dão problema estão do lado de cá, que é o laboratório e a radiologia. Acho que lá são três especialidades, aqui são mais de cinquenta” (E10).

E é reconhecidamente mais fácil trabalhar na MEAC. A cultura da MEAC, por a gente ter um objetivo muito claro, que é uma mulher que entra para ter um filho ou com problema ginecológico, então a gente tem o nosso campo de atuação mais uniforme. Qual é nossa categoria médica? A gente tem em grande maioria ginecologistas e pediatras, que trabalham com o fim comum. No HU a gente tem “ene” especialidades médicas tem várias especialidades médicas (E14)

“São objetos muito independentes de cuidado, aqui se do binômio mãe e filho. Lá a gente cuida de gastro, nefro, cardio, pneumo... não tem interrelação. A quantidade de especialidades médicas diferentes faz com que tenha maior número de chefias. Você consegue juntar mais facilmente vinte chefes que oitenta (E17).

Em outros aspectos, os pressupostos também são sentidos:

A MEAC é muito diferente, mais integrada, mais acolhedora, acredito que tenha a ver com o tipo de serviço, são poucas especialidades, ficam mais integrados. Aqui no HUWC tem muitas especialidades, é pesado, as pessoas vivem correndo (E9)

Outra coisa interessante, é que quem é da MEAC não quer vir trabalhar aqui no HUWC, não sei se alguém falou pra você. Parece que lá eles gostam de estar lá, lá tem muita capacitação feita na própria instituição, eles fazem vários cursos e estendem para todos. Lá na MEAC, às vezes as pessoas recebem certificado por terem atendido bem, resolveram determinadas coisas e tal, lá tem mais reconhecimento para o empregado. Aqui no HUWC a gente não tem esse tipo de reconhecimento de bom trabalho. Não tem isso, a não ser no seu próprio setor, às vezes nem isso, a gente às vezes tá tão envolvido nas rotinas que acaba esquecendo de elogiar um colega que fez uma coisa boa pela equipe, é natural. (E12)

Quando se fala em evento do HUWC e da MEAC é tudo separado, se você fosse um complexo haveria UM natal, UM São João, UM dia das mães e você vê que são eventos que acontecem separados. Uma coisa bem básica, né? (E5)

Em meio a tantas diferenças culturais, alguns entrevistados demonstram sentimento de descrença com os esforços de integrar duas culturas tão díspares em um mesmo complexo: “eu acho que esse foi um erro estratégico do ponto de vista da EBSERH, acho que deveríamos, embora integrados e dentro da mesma rede, deveríamos ter dois superintendentes, dois gerentes administrativos, ou seja, que cada um controlasse seu hospital, mas trabalhando juntos”, pondera o entrevistado E13.

“Você pode pensar em complexo como conjunto de hospitais, cada um com sua cultura diferente, geridos por alguém maior – não é problema ter um superintendente, mas

nunca será uma unidade como as pessoas imaginam que possa ser”, afirma o entrevistado E17, que continua: “não será porque não é um conjunto de prédios de uma mesma coisa. Tem culturas distintas, objetivos distintos, público-alvo distinto e com história distinta”. O entrevistado chegou a ser drástico: “pra mim isso nunca vai acontecer. E quem quiser isso, não vai conseguir esse intento. A não ser que faça uma demolição e junte isso num único prédio. Pode até ter gestão única, mas ter a mesma cultura não vai acontecer” (E17).

#### *5.1.3.5 O descontentamento da MEAC*

No roteiro de entrevistas, a pergunta “Você vê hoje o complexo integrado?” abriu espaço para que os entrevistados justificassem suas respostas. As evidências negativas mais fortes vieram dos entrevistados da MEAC, enquanto nos depoimentos de entrevistados do HUWC e de áreas comuns aos dois hospitais eram reconhecidos os motivos da visão negativa que a MEAC possuía e procuraram justificá-los.

“A MEAC nunca engoliu o complexo, ela achou que estava sendo prejudicada. E o HUWC, como se acha maior e mais forte, quer dominar a MEAC, assim. Acho que é uma eterna luta de forças. Um empurra e o outro diz que não vai deixar. E por aí vai”, conjectura o entrevistado E5. O entrevistado E17 relata que houve uma tentativa de forçar a integração dos hospitais: “algumas decisões eram tomadas como se os dois hospitais tivessem a mesma cultura. Isso em vários momentos desprivilegiou a MEAC em relação ao HUWC, as pessoas aqui se sentiram aculturadas, se sentiram subtraídas daquilo que elas tinham”.

O entrevistado E17 aponta que “a maior perda que existiu pra mim dessa junção foi a perda de autonomia administrativa da MEAC”, e prossegue: “pra mim, o grande erro foi juntar toda a estrutura administrativa e colocar fisicamente dentro do prédio do HUWC. Não era para nenhum estar lá. Era pra estar junto em um prédio separado, aí todo mundo ia ter que se levantar dos seus lugares e ir aos dois hospitais”. Em termos culturais, isso teria consequências: “isso não é muito bom porque em determinados momentos a cultura da MEAC ficou na sombra da cultura do HUWC” (E17). O entrevistado E14 manifesta que se tratou de um equívoco a Superintendência ficar nas dependências do HUWC:

A única coisa que eu teria feito diferente era não colocar a superintendência dentro do HUWC. Ou eu teria um local separado pra não caracterizar que eu estaria privilegiando um ou outro, para ser mais neutro. Acho que a parte administrativa deveria estar separada, não deveria estar nem no HUWC nem na MEAC. O que aconteceu? Ficou tudo dentro do HUWC porque lá, é sempre essa coisa, tenho que dar atenção ao filho mais carente do que ao filho que está bem. Então, como mãe, eu vou cuidar do filho doentinho e o filho sadio vai andar sozinho. E esse filho que anda sozinho sente que a mãe não olha pra ele. Então isso deixa um sentimento



negativo. Eu acho que teria uma visão diferente se a gente não tivesse a gerência administrativa e a superintendência nem no HUWC nem na MEAC (E14).

Em termos de cultura organizacional, na visão de Schein (1992), esta decisão constituía um artefato muito evidente de maior proximidade e influência do HUWC das decisões da Superintendência, na visão da MEAC, podendo refletir em pequenas e constantes dificuldades no dia-a-dia: “embora a gente tenha gerente aqui e lá, nós temos uma dificuldade muito grande, porque tudo o que a MEAC precisa a gente tem que atravessar o estacionamento e ir lá pro hospital”, queixa-se o entrevistado E18.

Para minimizar a situação, o entrevistado E17 sugere que cada hospital deveria ter seu próprio gerente administrativo: “Não tem problema ser um superintendente só, a superintendência é um papel político, um papel de articulador externo, um papel de grandes deliberações. mas precisa ter duas estruturas administrativas que funcionem observando sua realidade”. O entrevistado E13, embora seja gestor da MEAC, discorda: “isso seria um retrocesso frente ao que o Reitor pensava, pois o próprio já tinha instituído essa dinâmica de ter um superintendente e um gerente administrativo único para os dois hospitais, embora eu considere que seria melhor para os hospitais se houvessem dois”. O entrevistado E17 insiste: “a gente tem uma estrutura administrativa que não chega na MEAC porque ela fica fisicamente no HUWC e não chega aqui pra resolver nossos problemas”.

O sentimento de desvantagem se evidenciava: “eu comparo muito com o casamento, que eu acho que os dois tem que achar que tão ganhando e eu sempre acho que a MEAC tá perdendo” (E14). Este sentimento foi percebido pelos gestores do HUWC: “tem muita uma sensação de autoestima diminuída da MEAC, que acho que dificulta, eles acham sempre que estão levando a pior. Então a gente tem dificuldade de lidar com essa questão”, afirma o entrevistado E7, que justifica: “às vezes a gente tem pouco e precisa dividir. E quando precisa, tem essa coisa ‘sempre quem ganha é tu, e eu não ganho nunca’”.

Com a união em um complexo, além da área administrativa, alguns serviços que existiam nos dois hospitais foram unificados, otimizando força de trabalho e custos, como explica o entrevistado E15, demonstrando insatisfação com a decisão:

Ficamos dependentes, tipo laboratórios, somos dependentes da oferta do HUWC; tipo esterilização, hoje somos um hospital que temos muitas cirurgias, muitos procedimentos e nossa esterilização não é aqui – autoclave dependemos do HUWC, quando quebra lá, temos essa deficiência porque temos prioridade, somos porta aberta. Então temos que ter material esterilizado. E muitas vezes, quando quebra, nós somos comunicados mas não é providenciado por lá, temos que pedir apoio à rede. Por isso que às vezes não nos sentimos integrados (E15)

Esta percepção chegou aos funcionários: “algumas pessoas da UFC, as mais antigas, dizem que a MEAC foi muito prejudicada, que hoje tem que dividir com o HUWC...

entendeu? Até hoje existe isso, algumas pessoas enxergam desse jeito” (E6). O entrevistado E20 confirma a percepção: “tanto que a gente brinca e é uma brincadeira que eu não gosto, de que hoje em dia somos complexadas, que a MEAC é complexada. A MEAC só perdeu. É minha visão da MEAC. A MEAC tinha as contas em dia na época, o HUWC era falido, ele chupou as finanças da MEAC” (E20).

A divisão de recursos foi outro ponto surgido com frequência nas respostas dos entrevistados: “o HUWC tem muito mais especialidades, sempre está no vermelho, enquanto a MEAC sempre foi superavitária. Por isso eles se ressentem, porque era a ‘irmã rica’ enquanto o HUWC sempre estava com necessidade maior de recursos”, aponta o entrevistado (E9). O entrevistado E1 complementa: “na MEAC, para o nosso jeito de dirigir hoje, sobra recurso – e no HUWC falta. Nós temos que fazer algumas mágicas em que, quando nós vamos comprar itens de insumo que são comuns, eu preciso dez vezes para o hospital, 80% daquela compra para o hospital e 20% para a MEAC”, exemplifica.

Eu faço essa compra, isto é um complexo hospitalar, com recursos da UG da MEAC pra poder eu fechar as contas no final do mês. Isso é lícito, isso é legal, porque nós estamos trabalhando sobre a égide de um complexo hospitalar que foi criado pela universidade em 2009, 2010. Então existe sim essa diferença por essas razões. (E1)

A pesquisa permitiu visualizar dois lados da mesma questão, em que cada lado está correto, ao seu modo. Por um lado, a MEAC aponta:

A meu ver, onde é complexo é o desrespeito à autonomia de cada instituição de caminhar na velocidade que lhe é foco. É dito que “não é que não é importante, mas naquele momento institucional não cabe como prioridade”. Aí sabe o que acontece? “Pronto, MEAC, você fica esperando até o dia disso ser prioridade porque não é prioridade pra cá”. Isso é justo? Só que 90%, 95% das vezes é isso que acontece. A gente fica aqui gastando energia pra conseguir fazer o que deveria ter sido feito se tivéssemos a estrutura aqui. (E17)

Por outro lado, o equilíbrio do Complexo Hospitalar justifica:

É inaceitável que a MEAC queira usar seus recursos que coisas que são uma filigrama enquanto estão faltando itens essenciais no HUWC. É uma coisa que todo mundo entende, portanto aparentemente fácil de se resolver. Porque o pessoal que trabalha na MEAC, sabendo que a MEAC aporta recursos que sobram, eles ficam enciumados porque esses recursos são gastos aqui. (E1)

As divergências também se deram por outras variáveis, como o dimensionamento de pessoal, onde o MPOG realizou um corte de 35% no quantitativo destinado ao HUWC (E1; E17). Para o equilíbrio do Complexo Hospitalar, foi preciso destinar ao HUWC parte do quadro de pessoal previsto à MEAC: “as decisões que foram tomadas àquela época quanto à pessoal e que continuamos tomando com relação a gestão de recursos são de absoluto conhecimento de quem quiser saber, é só perguntar”, aponta o entrevistado E1.

Embora a medida fosse necessária, aconteceram protestos dos gestores da MEAC: “o dimensionamento de pessoal é onde a gente tem mais momentos de tensão. Porque ele foi feito duma forma, houve um corte... pronto, ficou ruim para os dois, a MEAC não aceita, acho que é onde a gente tem o ponto mais nevrál” (E7). O descontentamento se dá porque a MEAC tinha planos para o quantitativo originalmente previsto: “a MEAC possui poucas especialidades, inclusive criou novos serviços não previstos pelo dimensionamento” (E9).

“Em geral, como temos dois elefantes, um mais rápido que o outro, e é sempre aqui que fica esperando”, lamenta o entrevistado E17. A compreensão das necessidades do Complexo Hospitalar é reconhecida pelos gestores da MEAC, mas o descontentamento existe, conforme finaliza o entrevistado E14:

Estou sempre cedendo para meu irmão que é mais carente. A MEAC sempre teve suas contas em dia, pois é mais fácil administrar mesmo. As contas da maternidade são mais enxutas. Eu tenho um irmão que tá sempre precisando de dinheiro e estou sempre dando. Então quando vai parar isso? Nunca. Porque a maneira de ser do HUWC é esse mundo de várias especialidades médicas, onde há muito mais gastos, mais gastos do que arrecado. Então esse sentimento de que estou sempre perdendo, é que faz com que esse complexo não tenha esse amor um pelo outro. (E14)

Recorrendo-se à teoria, de acordo com Tanure e Cançado (2005), observa-se que em relação ao Complexo Hospitalar, há uma mescla cultural em processo, onde as culturas convivem, com grau moderado de mudanças em ambas, mas apresentando dominação por parte de uma delas, podendo ser sutil ou ostensiva. O fato da administração da EBSEH se situar fisicamente nas instalações do HUWC acabou por provocar esta percepção de dominação do HUWC em relação à MEAC.

#### *5.1.3.6 Esforço para integração dos hospitais em um Complexo*

A princípio, pelo desenvolvimento deste estudo, poderia se constatar que a integração dos dois hospitais em um Complexo não teria logrado êxito: “eu acho que não irei ver esse processo, acho que não vou alcançar esse tempo de integração entre os hospitais. Ou que separe de novo. Uma coisa quando está errada, a gente volta pra estaca zero e começa tudo de novo, não tem problema nenhum” (E5). Há outros relatos apresentando descrença:

São hospitais diferentes. Eu diria até que existe uma certa competitividade entre eles. Não existe essa coisa essa coisa de “a MEAC faz isso, vou fazer também”. Vejo um complexo virtual. Na realidade, lá é um hospital, aqui é outro. O que tem em comum é a superintendência, a gerência administrativa e seus processos, mas do ponto de vista assistencial, o que aparece, a ponta do iceberg, são duas culturas diferentes, eles lá e a gente aqui, não se conseguiu fazer essa integração (E11).

Eu não sei se é uma questão de tempo, eu não saberia responder. Hoje, minha visão de hoje, eu não acho que tenha como integrar. Eu não acredito que o complexo funcione, pode até funcionar porque tem a questão do costume, nós temos os

hábitos, então demora um certo tempo até a cabeça começar a pensar como complexo. A gente não pensa no outro, eu me incluo, quando se toma decisão aqui não se pensa na MEAC e vice versa, não tem a ideia de pensamento único (E8)

Entretanto, a maior parte dos gestores enumera esforços para promover a integração entre os hospitais. Um único superintendente com uma única gerência administrativa é apontado como um fator de integração (E2; E3; E7; E12). A área administrativa, pelo fato de possuir um gerente único e englobar atividades em ambos os hospitais, tem maior percepção de integração no Complexo e procura convergir os esforços:

Teoricamente não é pra ser diferente porque a EBSEH é uma só. (...)na minha área a forma de resolver assuntos é a mesma. Na área assistencial tem um gerente lá e outro aqui. Quando chega na gerência administrativa é única para os dois. Se há diferença, creio que é somente na área assistencial. (E3)

As gerências e outros setores do hospital que atendem aos dois às vezes tem dificuldade, às vezes, de atender à demanda de um e de outro. O que a gente faz? Tudo o que faz pra um, mesmo que o outro não tenha pedido, a gente também faz. A gente não espera mais não. O Gerente de TI é um dos que a gente acertou esse procedimento. As compras de computadores são para todo o complexo (E2)

Outros entrevistados acreditam que a decisão de unir os hospitais em um complexo trará resultados a longo prazo e que é melhor aguardar: “porque não existe aquela coisa de ‘vamos fortalecer o complexo’ a gente ainda vai precisar de muito tempo para que esse complexo se concretize” (E14). O tempo fará com que as decisões sejam alinhadas: “algumas coisas acontecem na MEAC e há um comportamento de gestão diferente aqui, isso deve ser realinhado. A resposta que se dá ao HUWC deve ser igual à MEAC. Alinhar processos, as respostas, essa coisa da comunicação, do reconhecimento” (E12).

Proceder reuniões conjuntas e sistemáticas para convergências de pontos com as duas gerências de atenção à saúde, articulando ações para que os hospitais caminhem de forma harmônica também foi uma alternativa buscada (E8; E13). A integração ainda não é plena, mas já se nota uma melhora (E8).

Há avanços, também, em áreas assistenciais que atuam em conjunto – laboratório, radiologia e a central de material e esterilização: estes setores estão situados fisicamente no HUWC. “Nós já melhoramos muito, mas tem muita coisa a ser melhorada nessa interação entre os hospitais. A gente procura fazer reuniões sistemáticas com os dois laboratórios, mas ainda tem alfinetadas, ‘o problema é contigo, não comigo’, nunca conseguem ver o todo (E10). “O HUWC tem uma visão pra dentro de seu próprio universo, não enxerga a MEAC dentro desse universo. Salvo algumas circunstâncias muito específicas, mas no geral não enxerga, a ponto de colocarmos demandas nossas e que eles disseram ‘sinto muito, não tem como ajudar, se virem’, a gente se sente sem apoio” (E16).

Esta categoria de análise será encerrada com o depoimento do entrevistado E2, que ressalta o compromisso assumido pelos gestores de continuar empreendendo esforços em prol do fortalecimento da cultura dos hospitais como Complexo Hospitalar:

Em 2015, quando foi feito os dois planos, houve um momento em que, por conta dessas diferenças institucionais em que uma instituição tem uma determinada propriedade ou característica corporativa e a outra tem outras características, foi feita uma conversa, um momento para decidir se vamos ser mesmo um complexo ou vamos trabalhar para ser cada hospital separado como é, por exemplo, no Rio Grande do Norte, em que os hospitais são próximos mas cada um tem sua superintendência e estrutura corporativa separada sem ter nada a ver um com o outro, apesar de se juntarem para fazer compras centralizadas. Aqui foi dado esse momento, inclusive com um ator importante que foi o pessoal do Sírio Libanês que disse que o que decidíssemos, eles iriam se associar para fazer acontecer o que fosse decidido. Nessa conversa foi confirmado que seríamos um complexo. Entendi aquilo ali como um marco e todo mundo, quando vem tratar alguma coisa de forma separada, cito esse momento e cito esse capítulo que tem o PDE de cada um, no PDE de 2015 tem o último capítulo, que é o capítulo do complexo. Que ali, todo mundo que diz pra mim que não deveria ser um complexo, eu lembro à pessoa: “eu assinei um plano diretor, você também assinou, tá aqui o que a gente assinou, porque agora você fala que não podemos ser um complexo”? (E2)

Ainda não foram apresentados trabalhos no âmbito da EBSEH referente a Complexos Hospitalares para que fossem realizadas comparações com este estudo, embora se saiba que existem Complexos Hospitalares que aderiram à EBSEH na UFPR (UFPR, 2019) e na UFPA (UFPA, 2019). Nesta categoria de análise, as unidades de registro apresentaram os pontos que indicaram as mudanças culturais provocadas pelo “fator” Complexo Hospitalar. Na próxima unidade, será analisada a mudança cultural provocada pelos artefatos e valores trazidos pela EBSEH.

#### ***5.1.4 As mudanças culturais provocadas pela EBSEH***

Nesta subseção será apresentada a categoria de análise referente às mudanças culturais provocadas pela implantação da EBSEH, onde serão apresentados os impactos na cultura e em que aspectos os entrevistados consideram que houve mudanças na cultura organizacional e até que ponto pode-se dizer se há uma nova cultura. As unidades de registro foram estruturadas conforme a figura 10 e serão apresentadas sob ordem cronológica:

Figura 10 – Unidades de registro da categoria *Mudanças culturais provocadas pela EBSEH*.



Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

#### 5.1.4.1 Avaliação positiva da adesão dos hospitais à EBSEH

A todos os entrevistados foi indagado se “em suma, a adesão à EBSEH foi positiva ou negativa?” A pergunta foi realizada de forma fechada, objetivando-se colher a primeira e supostamente verdadeira impressão dos entrevistados. Todos responderam que a adesão foi positiva, exceto pelos representantes do Sindicato. O entrevistado E5 citou que houve pontos positivos e negativos. Alguns entrevistados destacaram: “absolutamente positiva e exemplar” (E1); “positiva. Muito positiva. Com muita ênfase” (E13). “Pra mim, positivíssima” (E17). O entrevistado E7 salientou: “Positiva. Entre mortos e feridos, salvaram-se todos” (E7).

Em seguida, foi indagado aos entrevistados o porquê da resposta: “lógico que ninguém tá nadando em dinheiro, mas tivemos um aporte de funcionários muito bom, temos um respiro de material e de insumos”, resume o entrevistado E8. O entrevistado E4 era reticente quando a EBSEH iniciou a gestão dos hospitais: “eu sou servidora, à época eu ainda não admitia a criação de empresas para gerir os hospitais, eu não entendia o que ia ser feito dos nossos hospitais, o povo usava o termo ‘privatizar’... eu tinha outros planos, ia sair do hospital, inclusive”, mas com o tempo, mudou de opinião: “à proporção que eu fui trabalhando e convivendo com os dois lados, vendo o que tá sendo implantado, de que forma tá sendo feito... tem muitos pontos positivos” (E4).

“Quando a EBSEH entrou, houve um aporte muito grande de investimentos, que não tínhamos. Vínhamos há muitos anos sem investimentos em equipamentos e em área física. Quando ela entrou houve um aporte grande e o hospital conquistou muita coisa. Em equipamentos foi muito bem-sucedida”, informa o entrevistado E11. A representante do sindicato concorda: “a estrutura de organização melhorou um pouco, questão de organização. Eu tô procurando uma coisa boa pra falar mas tá difícil. Melhorou a climatização, tem ar condicionado”, mas ironiza: “e tem os computadores pra atingirmos nossas metas” (E20).

Um ponto reconhecido pelos entrevistados foi o ganho com pessoal. O primeiro concurso previa 1.920 vagas, mas a quantidade de contratados acabou sendo maior, à medida em que servidores se aposentavam e suas vagas iam sendo transformadas em vagas CLT, com novas convocações. Além disso, foram realizados novos concursos de menor porte em 2015, 2016 e 2018: “o que se ganhou foi o número de pessoas, e assim se deu condições de chegarem pessoas com formações complementares muito boas, que fez com que a gente conseguisse ter um número mais ajustado de pessoas”, informa o entrevistado E17, que continua: “aí facilitou para o gestor conseguir executar melhor ações de liderança, trabalhar melhor outros aspectos que no fim melhoram a qualidade” (E17).

“Nós tínhamos deficiência no quadro de pessoal que limitava a questão do serviço”, informa o entrevistado E18, que lembra que houve empregados da SAMEAC que passaram no concurso e estão satisfeitos na EBSEH: “nós tínhamos pessoas não tão bem remuneradas, o enfermeiro EBSEH, comparado com o da SAMEAC é uma diferença gritante na questão salarial e isso ajuda a pessoa a zelar pelo seu serviço, pelo seu emprego” (E18).

“Tínhamos um déficit muito grande, muita gente da SAMEAC acomodada, não se qualificavam porque sabiam que não seriam demitidos e que ficaria por isso mesmo. Às vezes alguns setores se sobrecarregavam. As equipes da SAMEAC eram pequenas. Nessa parte acho que teve uma melhora”, informa o entrevistado E5.

Alguns setores experimentaram uma grande expansão em seus serviços. A Gerência de Ensino e Pesquisa é um exemplo, de acordo com o relato do entrevistado E6:

A nossa unidade de pesquisa clínica hoje é a maior e melhor estruturada da rede EBSEH, também em crescimento e em número de pesquisas. Tudo isso devido à força de trabalho e ao que a gente conseguiu fazer para que isso funcionasse. O número de pesquisas deu um pulo entre 2015 e 2016 e se manteve constante desde então. Pela estruturação da equipe, temos melhor estrutura para receber um maior número de pesquisas. Por que crescemos em relação à rede? (...) digo que por sorte nossa e por termos aproveitado a oportunidade. Tivemos funcionários. A gente já tinha esse prédio construído, de 1200 m<sup>2</sup> quando foi feito o dimensionamento do complexo. Com funcionários eu consigo fazer com que cresça. (E6)

Como consequência do aumento do quadro de pessoal, o número de atendimentos ao público também foi beneficiado: “nas clínicas, na assistência, eu tenho enfermeiras quantificadas adequadamente, antes eram bem mais sobrecarregadas, não tinha pessoal suficiente, a assistência não ficava satisfatória. Em algum momento a pessoa se sobrecarregaria muito para dar conta”, aponta o entrevistado E6, que finaliza: “hoje não, há uma equipe mais bem estruturada e que consegue desenvolver e prestar uma assistência com segurança e qualidade aos pacientes” (E6).

“Melhorou muito. Claro, tendo mais gente, no ambulatório acho que dobrou. Se pegar consultas, a gente fazia dez, doze mil consultas, hoje a gente faz vinte e seis mil consultas, só não aumentou transplantes, houve aumento de cirurgias, aumentou número de internamentos, teve um upgrade”, confirma o entrevistado E11.

Objetivando confirmar o aumento da produtividade dos hospitais, consultou-se os anuários estatísticos dos hospitais. Ao consultar os arquivos em seus sítios, encontrou-se diferenças entre os dois hospitais inclusive na forma de disponibilização de informações: os dados do HUWC encontram-se na forma de uma compilação que abrange o período de 2015 até 2018 (EBSERH, 2019e), enquanto os dados da MEAC tem sido publicados com regularidade desde 2011, com as informações referentes a cada ano em arquivos separados (EBSERH, 2019f).

Esta pesquisa limitou-se a recortar apenas os dados relativos às consultas e procedimentos ambulatoriais para ilustrar as informações dadas pelos gestores de que a EBSERH teria ampliado o atendimento ao público. Os demais dados fugiriam do escopo deste trabalho, visto que demandariam uma análise mais extensa e detalhada, não se enquadrando no prisma adotado para este trabalho: a cultura organizacional. Estes anuários estão disponíveis para análises mais detalhadas para outros questionamentos que possam ser ensejados por esta pesquisa ou por outros trabalhos.

A Tabela 02 compara os quantitativos de consultas realizadas anualmente em 2015 e 2018 no HUWC. As consultas não-médicas incluem especialidades como psicologia e fisioterapia. Percebe-se aumento superior a 20%.

Tabela 02 – Número de consultas médicas e não-médicas no HUWC entre 2015 e 2018.

<b>Consultas</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Variação</b>
Médicas	170.334	195.649	207.387	202.917	9,1%
Não-médicas	34.964	37.553	45.551	48.251	8%
<b>Totais</b>	<b>205.298</b>	<b>233.202</b>	<b>252.938</b>	<b>251.168</b>	<b>22,3%</b>

Fonte: EBSERH (2019e)

A Tabela 03 apresenta os quantitativos de procedimentos ambulatoriais realizados no HUWC, entre 2015 e 2018, também apresentando aumento percentual superior a 20%.

Tabela 03 – Quantidade de procedimentos ambulatoriais no HUWC entre 2015 e 2018.

<b>Consultas</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Variação</b>
Finalidade diagnóstica	614.280	678.856	666.174	724.366	17,9%
Clínicos	219.900	257.801	287.444	288.497	31,2%
Cirúrgicos	7.778	11.977	15.358	15.552	99,9%
Transplantes	26.713	27.986	29.472	23.392	-12,4%
Órteses, próteses e outros	401	505	489	259	-35,4%
<b>Totais</b>	<b>869.072</b>	<b>977.125</b>	<b>996.937</b>	<b>1.052.066</b>	<b>21,1%</b>

Fonte: EBSERH (2019e)



A Tabela 04 traz os quantitativos de atendimentos ambulatoriais, cirúrgicos e de emergência realizados na MEAC pelas equipes médicas e interdisciplinares (enfermagem, psicologia, serviço social, entre outros) entre 2015 e 2018. A disposição das informações por parte da MEAC é diferente do HUWC, pois a maternidade utiliza outra metodologia para apresentação dos dados (os dados em asterisco não foram apresentados, impossibilitando estabelecer as respectivas variações). De forma geral, também aconteceu grande aumento nos números dos atendimentos, motivados pela chegada dos novos profissionais da EBSERH.

Tabela 04 – Quantidade de atendimentos de emergência, cirúrgicos e ambulatoriais da MEAC entre 2015 e 2018.

<b>Consultas</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Variação</b>
Serviço de emergência obstétrica	23.136	23.130	23.260	25.028	8,18%
Consultas ambulatoriais	42.356	55.676	57.121	56.325	32,98%
Enfermagem	4.942	27.544	31.780	28.212	470,86%
Fisioterapia	24.818	30.078	36.993	48.794	96,61%
Psicologia	10.492	22.803	17.177	12.844	22,42%
Serviço Social	50.568	48.432	43.106	44.618	-11,77%
Nutrição	*	1.783	56.381	55.892	*
Farmácia	*	506	531	454	*
Terapia Ocupacional	3.723	<b>10.392</b>	<b>12.030</b>	<b>11.351</b>	204,89%
<b>Totais</b>	<b>162050</b>	<b>222360</b>	<b>280396</b>	<b>285536</b>	<b>76,20%</b>

Fonte: EBSERH (2019f)

Além do aporte de pessoal, que impulsionou o quantitativo de atendimentos, outras áreas também foram beneficiadas: “a gente vê, houve inclusive no parque tecnológico atualização de muitos equipamentos obsoletos ou que nem funcionavam mais, houve um incremento grande”, informa o entrevistado E3, que também aponta aspectos de gestão: “no pagamento também, a gente não tem problema, dentro de trinta dias, eventualmente não vou dizer que não ocorra, o recurso vem com fonte e às vezes alguma dessas fontes atrasa, mas coisas perfeitamente normais, quinze dias no máximo e não é toda vida” (E3).

Outros aspectos de gestão foram lembrados:

Quando você pensa que pode ter uma ferramenta que vai criar metas, que essas metas podem ser mensuradas, e que essa meta você vai monitorar, acompanhar a equipe, tudo eletrônico e que no final essa meta vai ajudar o funcionário a ter uma progressão, e que antes isso não tinha, isso pra gente que está na gestão é uma ferramenta muito importante (E12)

Então, realmente foi, para nós que estávamos na gestão, foi bom. Foi bom porque veio uma empresa que era nacional, que tinha uma organização, e que eles tinham realmente todos os seus indicadores, tinha sua estrutura muito mais bem feita que a SAMEAC, que era meio tupiniquim, meio local, então isso foi bom.(E14)

Hoje vejo isso com certa tranquilidade, porque adquirimos mais insumos, existe troca de serviços entre as filiais, você tem certo apoio em relação aos serviços, hoje você tá aqui no Ceará e você pode pedir apoio de quem tá no Maranhão (E15)

O próximo gerente administrativo que sentar aqui já terá os processos desenhados na intranet, vai encontrar 100% dos processos de atuação e dos “pops” da gerência administrativa publicados e no máximo, o que vai fazer, é melhorar, utilizar, chamar quem desenhou pra melhorar, mas vai começar com um norte, não do zero (E2)

Eu não visualizo para pior nada, eu acho que só melhora, principalmente porque a EBSEH é o “novo”, e é um novo num modelo novo de gestão e eles estão tentando colocar pessoas que são competentes naquela área e isso (E21)

Os entrevistados compararam o “antes” e o “depois” da EBSEH em vários momentos das entrevistas. “Antes de eu me formar, quando passei no concurso daqui, fiquei feliz em trabalhar no HUWC, você tem a visão que é o melhor hospital da rede. Mas quando passei, ‘isso é o hospital universitário’? Foi a maior decepção pra mim, achei que fossemos ensinar o hospital a fazer gestão”, lamenta o entrevistado E10, que aponta grande evolução em cinco anos: “hoje já somos convidados, as pessoas já estão nos olhando diferente, já estão nos percebendo como instituição mais responsável e amadurecida. Mais segura em relação à gestão”. O entrevistado E12 finaliza: “passado todo o sufoco, percebi o quanto que era necessário que a EBSEH tivesse chegado, pra regulamentar o que precisava ser regulamentado, pra redistribuir essas chefias, reorganizar os hospitais”.

A visão positiva trazida pelos investimentos realizados pela EBSEH não foi fenômeno observado apenas no Complexo Hospitalar da UFC. As pesquisas de Barros (2014), Paula (2016) e Carminatti Jr. (2017) nos HUs da UFPE, UFSC e UFSM, respectivamente, apresentaram melhoras na demanda de suprimentos, tecnologia da informação, parque tecnológico e manutenção em geral. Souza (2019), em sua pesquisa, concluiu que os hospitais universitários que firmaram contrato de gestão com a EBSEH apresentaram elevação positiva em sua produção ambulatorial MAC bem como elevaram sua eficiência financeira quando comparam os períodos anterior e posterior da adesão à EBSEH. Esta pesquisa contraria alguns dos primeiros trabalhos publicados sobre os resultados da EBSEH, como o de Teixeira (2016) realizado no UFJF, que apontaram que a EBSEH não estava possibilitando condições materiais e institucionais de funcionamento do hospital – estes dados, observados atualmente, podem ser considerados prematuros, visto que os resultados a serem trazidos pela EBSEH só poderiam ser observados a partir do médio prazo.

#### *5.1.4.2 As dificuldades provocadas pela EBSEH*

As principais dificuldades provocadas pela adesão à EBSEH foram enumeradas pelos representantes do Sindicato: “a EBSEH veio com a promessa de fazer uma excelente gestão, de acabar com as filas, mas as filas aumentaram. Com a promessa de aumentar leitos, eles não aumentaram”, acusa o entrevistado E19, que prossegue: “ela não cumpriu com os objetivos dela, de ter o hospital com mais leitos, com mais ambulatórios, com mais consultas, com mais exames, com mais atendimentos e com menos fila. Esse era o objetivo da EBSEH e não foi cumprido” (E19). “Criou-se uma expectativa que não se concretizou totalmente (...)

os recursos são finitos, são muitos hospitais. Essa frustração aconteceu, é inegável”, reconhece o entrevistado E11. “Vivemos lotados porque temos mais profissionais, aumentamos a demanda, a quantidade de atendimentos” (E18). A representante do Sindicato continua apontando aspectos negativos:

Hoje a gente chegou no hospital e ali no atendimento, pra exame no laboratório, tem televisão, tem senha, o povo todo sentadinho, tudo bonitinho pra camuflar a fila de espera que tá lá fora. Mas aí, dez exames, não tem mais. E o paciente passa três meses pra fazer. O que era meta da EBSEH, de melhorar, dar uma qualidade melhor de atendimento, ampliar leito, ampliar consulta, ampliar ambulatório, ampliar profissionais, ela não cumpriu, o hospital continua lotado com poucos trabalhadores pra dar assistência. Vejo melhora lá em alguns aspectos, de estrutura, de reforma, de aparelhos novos. Tem, por exemplo, um aparelho de tomografia e ressonância em 3D, melhoraram o setor de hemodinâmica, melhoraram na reestruturação do hospital, mas... hoje tenho um aparelho de hemodinâmica em 3d, mas tenho uma fila de espera pra fazer esse exame. Então, em quê melhorou? (E19)

“O que a gente percebe hoje é que antes não era cobrado. Isso de certa forma, se a gente ver de um lado, até foi bom, porque melhorou, porque hoje em dia tenho metas a cumprir. Mas esse negócio de metas desumanizou o atendimento”, aponta o entrevistado E20, que prossegue: “por que estou dizendo isso? Antes, como Assistente Social na MEAC, eu podia passar até cinco horas com uma garota fazendo atendimento. Por quê? Porque a moça precisava. Mas hoje em dia não posso fazer isso porque tenho metas a cumprir”.

O entrevistado E19 indaga: “o objetivo do HUWC, visão, missão e valores era compromisso social, ensino, assistência de boa qualidade, pesquisa e extensão. E quais os objetivos hoje? Cumprir meta? Pra quê?”

Visando a melhor qualidade no ensino e atendimento? Pra nós não é, por quê? Tá prejudicando o ensino. Os internos, pessoal da medicina que tá entrando no internato tá sem paciente pra estudar. Porque tem que cumprir meta, o paciente não pode passar mais do que quinze dias internado. O paciente ficava o tempo que fosse preciso para sair o diagnóstico. Aí ele sai sem diagnóstico. (E19)

O Sindicato incluiu a inexperiência dos concursados aos pontos negativos que atribuíam à EBSEH: “a gente sentiu como o pessoal da EBSEH não tinha experiência na área”, aponta o entrevistado E19, que continua: “como a SAMEAC saiu imediatamente e a gente recebeu muito profissional saindo de faculdade e de curso, a gente viu cair a questão de qualidade de trabalho com a EBSEH. Até equiparar quem era SAMEAC e RJU à EBSEH, pelo tempo de serviço, a gente sofreu muito com isso”. “As pessoas estão mais interessadas em fazer o concurso pra ter estabilidade e visão do dinheiro, fazem concurso de uma área que não gostam, mas só fazem por conta do salário e aí esquecem a questão humana”. (E20)

Os gestores também reconheceram problemas da adesão à EBSEH. O entrevistado E1 aponta um aumento no número de reclamações feitas à Ouvidoria, mas justifica: “no

passado nem reclamar reclamavam, porque não adiantava. Entrava no ouvido de alguém que ouvia e saía no outro e por isso ficava. Hoje, se não tomamos providências, os órgãos de controle tomam. Porque as pessoas não param por aqui. Elas vão para os órgãos de controle”.

A agilidade e flexibilidade que a SAMEAC possuía por “funcionar mais como empresa privada, era mais fácil adquirir certas coisas e não existia essa formalização tão necessária para os processos andarem”, também foi apontada pelo entrevistado E3.

“A SAMEAC adquiriu um sistema que facilitou muito os nossos trabalhos – o TOTVS da RM sistemas – e que nos permitiu cadastrar todos os servidores, todas as informações. Teve um período que tudo o que se quisesse, era tanto que a diretora dizia que era só apertar um botão”, lembra o entrevistado E4, que lamenta: “com a saída da SAMEAC acabou o sistema e nós voltamos quase que ao zero e isso foi um sofrimento que coincidiu de ser a saída dela e a chegada da EBSEH e ficamos sem nada do servidor a nível de informação”.

A centralização das licitações, por um lado trouxe benefícios em termos de eficiência de custos, mas por outro lado, está sujeita a problemas: “a gente não tem como optar numa licitação para compra de escalpe, e que antes o HUWC tinha. Os escalpes que estão comprando são de péssima qualidade. Você vai fazer um procedimento no paciente e a agulha quebra na sua mão”, aponta o entrevistado E19, prosseguindo nas acusações:

A licitação é feita em Brasília, eles compram o que acham que é bom, eu digo porque eu tô lá dentro e vejo apesar de eu estar no sindicato, eu vejo foto, as pessoas denunciam, nós temos várias denúncias, tenho um dossiê, entraram dizendo que iam melhorar e não melhorou em nada, muito pelo contrário, piorou a qualidade do material tanto seringa, escalpe, tudo.(E19)

As “facilidades” que a SAMEAC possuía geraram outro problema com sua saída: a diminuição do quantitativo de transplantes realizados pelo HUWC. “Éramos *top* nos transplantes, e deu uma queda tremenda. A gente tinha um patamar nos transplantes, era um sucesso, era uma vitrine para o hospital, nisso aí a gente caiu demais”, afirma o entrevistado E5. O Sindicato aponta esta diminuição como mais um ponto negativo da EBSEH (E19).

Os transplantes hepático e renal eram realizados em convênio entre a SAMEAC e médicos cooperados, além de utilizar mão-de-obra interna e externa, “mas isso não tinha muita base legal, houve uma queda”, relata o entrevistado E11. “A empresa tinha contrato com a SAMEAC e quando a SAMEAC saiu, não se fez um outro contrato com a empresa”, relata o entrevistado E5. Pelos relatos, depreende-se que como os transplantes não tinham horário para acontecer pois a disponibilidade de órgãos era imprevisível, os profissionais eram chamados fora de seu horário e recebiam pela SAMEAC:

Era uma empresa que tinha contrato com a SAMEAC, quando aparecia o transplante ela colocava a mão de obra, prestava serviços para a universidade. Tudo era no hospital, a empresa só botava a mão de obra, era qualificada. Às vezes gente do próprio hospital. Por exemplo, o médico trabalhava de manhã na UFC e era chamado no sábado à noite. Ele vinha, mas a UFC não pagaria nem a SAMEAC. A empresa recebia e fazia o pagamento à equipe (E5).

Para o entrevistado E5, “existia um projeto de fazer uma jornada especial para quem fazia transplante, porque se não tinha transplante, o que iria fazer no hospital? Mas nunca saiu do papel, nunca foi colocado em prática e os grupos de transplante são bem pequenos e boa parte se transferiu para outros hospitais”. Isso não significou o fim dos transplantes, mas sim, uma readequação aos novos trâmites legais e ao quadro próprio de pessoal da EBSEH: “o problema dos transplantes foi legal. Houve uma recuperação, não como antigamente, mas houve incremento do transplante de medula óssea, que era incipiente, mas vem crescendo” (E11). O entrevistado E2 justifica a mudança nos transplantes, tendo em vista a vinculação à mudança cultural de atender ao SUS de forma integral. O relato segue na íntegra:

Se nós fossemos uma empresa com propósito de lucrar, de se rentabilizar, era pra gente fazer só transplante. Mas aí, do ponto de vista estratégico, que aí houve a mudança, que nosso atendimento aqui, tanto por ser pelo SUS quanto pela própria mentalidade da atual administração, é de ter um atendimento integral, amplo e universal. Não é porque o transplante paga mais que vou aplicar minha força todinha. Então tenho que fazer a parte da oftalmo – citei porque na minha cabeça seja a que tenha a menor rentabilidade porque tem equipamentos muito caros, material muito caro e dentro da tabela paga muito pouco. Mas tem que ser feito porque a população demanda. Precisa. E aqui a gente não tá pra lucrar, não tá lutando para ser conhecida pela quantidade de transplantes. Então, essa estratégia, apesar de ter sido muito criticada, eu acho que atende aos anseios do sistema de saúde, mas foi muito batida e criticada. Mas só se conseguia fazer esses transplantes porque não eram atendidos alguns princípios da administração pública e algumas normas de contratação de trabalho da administração pública. (...) Então, na hora em que a empresa viu que esse valor parou de ser disponibilizado, a equipe parou de fazer transplantes, então não foi a EBSEH que chegou e parou os transplantes. Foi um conjunto de coisas que, na hora que a EBSEH entrou ela começou a aplicar dentro da legislação, dentro das normas e também essa visão estratégica de que a gente não pode aplicar o nosso esforço apenas em um tipo de atendimento (E2)

No que se refere à reposição de pessoal, a partir de 2016, a convocação de concursados da EBSEH diminuiu de ritmo, em função da piora dos quadros político e econômico do país. O entrevistado E13 afirma que “o tempo vai passando, os estatutários vão acabando e com essa questão da previdência as aposentadorias estão enormes. E não está havendo reposição de pessoal. Estou perdendo gente e não está entrando”. O entrevistado finaliza: “quando um servidor se aposenta, era pra criar uma vaga de celetista pra trabalhar aqui e isso não vem acontecendo. Ou seja, eu perco servidores e não recebo celetistas”,

O concurso da EBSEH atraiu candidatos de outros estados, que tão logo completaram o período de três meses de experiência, deram início a processos de

transferência para filiais da EBSEH em seus estados de origem. “Até hoje sofremos transferências *sub judice* ou permutas de pessoas do Ceará em outros estados e vice-versa”, aponta o entrevistado E15, que justifica: “qual nossa dificuldade? Quando passamos a rotina pra esse empregado, quando ele tem um ano ou dois anos e conhece a rotina, ele pede transferência e a gente vai receber um novo empregado, passar uma nova rotina pra ele. Isso quando a vaga do transferido é reposta, às vezes nem isso acontece” (E15).

No dia-a-dia do serviço, a presença de trabalhadores com vínculos diversos trouxe dificuldades para gerenciar escalas, de acordo com os entrevistados E9 e E15: “sentimos dificuldades com as escalas de serviço. O servidor da UFC que trabalha 24 horas tem 12 horas de espaço entre uma escala e outra, enquanto o da EBSEH tem 36h. É difícil conciliar isso”.

Aparentemente, a CLT possui mais restrições à elaboração de escalas do que o regime jurídico único: “sinto mais dificuldades com escalas de serviço para atender a uma legislação trabalhista, fica muito difícil fazer escala, principalmente ao alto valor de absenteísmo que nós temos. Isso dificultou” (E15). “Hoje a pessoa trabalha no feriado, se for celetista recebe a mais, o estatutário não. Então essas diferenças foram sim, empecilhos, dificuldades, e continuam de certa forma sendo” (E13)

“Da mesma forma que os funcionários da UFC se achavam superiores e com mais direitos que a SAMEAC, hoje existe o contrário: os funcionários da EBSEH tem muito mais direitos que os da UFC, por conta das leis trabalhistas, acordos coletivos”, segundo o entrevistado E14, que complementa: “ainda existe, não diria competição, mas existe ainda uma diferença que às vezes é evidenciada, mas acho que hoje tá menos difícil de trabalhar, tá mais fácil”. Os entrevistados tecem considerações sobre a EBSEH e as leis trabalhistas:

Não sou número um na lei trabalhista, mas acho que isso faz com que a gestão tenha dificuldade de trabalhar as pessoas, são muitos direitos que às vezes prejudicam os trabalhos dos hospitais. Tem a escala de profissionais médicos, tenho que ter gente trabalhando na ponta, atendendo as pacientes que estão chegando mas às vezes não consigo porque há muitos direitos que permitem sair, se ausentar do trabalho. Então eu não quero prejudicar funcionários, mas acho que a EBSEH dá direitos demais. Eu, como gestora, sinto algumas coisas que não deveriam ser assim. Tem horas fictas, tem abono para sair para levar filho ao médico... são regalias que talvez isso exista na lei trabalhista, mas são muito mais exacerbadas que no RJU. (E14)

E uma coisa que nos preocupou muito é o funcionário faltar e poder compensar em até seis meses. E isso acho que empodera o empregado, no sentido dele poder faltar sem justificativa. Como também temos atestados. Pelo absenteísmo de 2018 que fizemos na área de enfermagem, o maior número de absenteísmo relacionado às faltas planejadas como também o maior absenteísmo se dá no nível médio. (E15)

Por fim, o entrevistado E10 finaliza esta unidade de registro: “eu acho que a gente poderia ter avançado muito mais. Nós avançamos, talvez nem tanto quanto poderíamos”.

Em comparação com outros trabalhos publicados a respeito da adesão à EBSEERH, no HC/UFPE (BARROS, 2014), HULW/UEPB (COSTA; PESSOA, 2017; VIEIRA, 2017) e HUSM/UFES (CARMINATTI JR., 2017) também foram relatadas dificuldades a respeito do gerenciamento de direitos trabalhistas e recompensas organizacionais diferentes, frutos da legislação própria de cada vínculo. Em relação à postura adotada com relação aos transplantes, a prioridade dada aos exames e procedimentos de baixa e média complexidade vai ao encontro do exposto por Amorim (2016), que expõe a visão dos defensores da saúde pública e do SUS, que preconizam maior integração entre os HUs e a rede de saúde.

#### 5.1.4.3 A visão de uma nova cultura nos hospitais

Os entrevistados foram indagados “em que aspectos é possível dizer que há uma nova cultura organizacional nos hospitais?”. As respostas foram variadas, constatando-se que o denominador comum aponta para uma “cultura em transição”, com percepções divergindo principalmente em função da área de trabalho. Novamente recorre-se aos três níveis de uma cultura organizacional, na visão de Schein (1992): com relação aos *artefatos*, as respostas indicam que uma nova cultura começou a mostrar os primeiros sinais. No que se refere a *valores e crenças* foram apontadas mais fortemente as indicações de que a cultura se encontra em processo de mudança (E21), em transformação (E7), visto que “o pessoal da EBSEERH não criou uma cultura própria e o pessoal da UFC continua na cultura antiga” (E5). Com relação aos *pressupostos básicos*, há respostas principalmente da MEAC que apontam que a cultura de acolhimento da maternidade não se modificou (E13; E14; E17; E18).

Nesta unidade de registro, serão analisados os pontos que indicam que uma nova cultura já pode ser observada nos hospitais. “Até 2014 havia uma série de hábitos, de costumes, de vícios administrativos até por conta da presença da SAMEAC. Mas ela era uma empresa privada e podia fazer as coisas daquela maneira”, indica o entrevistado E1, que prossegue: “a mudança foi, olha, nós não somos mais uma empresa privada, somos uma empresa pública, e tudo o que a gente quer fazer na empresa pública tem uma norma, tem uma regra, tem uma lei que diz como isso deve ser feito”, indica. “Eram deslizes administrativos de controle das questões do dia a dia, que no serviço público não cabe mais” (E1).

“Quando entrou a EBSEERH, entrou outro regime de trabalho, uma empresa pública privada”, acusa o entrevistado E19. De fato, a EBSEERH impôs uma série de processos e controles novos, com definição de indicadores, além de sistematizar uma rotina de metas e cobranças de resultados que era algo novo para quem trabalhava nos hospitais (E10). “Existe uma cultura mais estruturada. Então, anteriormente, se fazia muito mas isso não era anotado,

não era visto, não era estruturado. Eu acho que essa estruturação a EBSEH trouxe de muito bom” (E14). “Respondendo em definitivo, há uma diferença cultural e estratégica enorme. Só com a entrada da EBSEH a gente passou a ter um direcionamento estratégico” (E13).

Os aspectos processuais, característicos de uma cultura hierárquica, mesclados com as cobranças típicas de uma cultura de mercado (CAMERON; QUINN, 2011) provocaram mudanças importantes: “em todos os aspectos, em informação, em processos, hoje você tem um norte, tem material escrito, normas, você pega um processo de compras e sabe quais as etapas que vão ser seguidas até se concretizar aquela aquisição. Antes tinha pelo menos ‘na cabeça’, nada escrito”, afirma o entrevistado E3. “Hoje a gente tem o catálogo publicado do que o hospital precisa para funcionar, que tá na intranet e o planejamento de compras” (E2). “Realmente a parte organizacional de estruturação de equipes mudou muito. Você tem equipes suficientes para trabalhar e que a partir daí você pode seguir os fluxos estabelecidos e protocolos”, concorda o entrevistado E6. “Há maior maturidade institucional, um aumento significativo na produção”, indica o entrevistado E13, que aponta:

Eu acho que isso não seja decorrente por si só da entrada da EBSEH, talvez o tempo tenha permitido isso também, mas sem a entrada dos colaboradores, sem a perspectiva de ter chefias claramente definidas (inclusive remuneradas), houve um crescimento muito acentuado da responsabilização que foi dada pra determinados setores, pra determinados serviços e hoje a gente tem, do ponto de vista institucional, muito mais segurança daquilo que a gente tá fazendo do que a gente tinha antes. As chefias fizeram curso de gestão no Líbano, que foi patrocinado pela EBSEH, que foi fantástico. Nós temos hoje uma auditoria interna que vai atrás dos nossos processos, pra ver se tudo o que está acontecendo está dentro da legalidade, pra corrigir falhas. Nós temos hoje um setor de qualidade, que faz com que a gente possa buscar cada vez mais, enxergando os níveis para ter uma acreditação hospitalar, existe uma diferença muito grande entre o que era institucional do ponto de vista das chefias de antes da EBSEH, do que é hoje (E13)

“Antes era aquela coisa... a gente vinha trabalhar, se desse certo, deu. Se não desse certo... não tinha esse acompanhamento de indicador, a gente não conseguia enxergar esses processos. Essa mudança de mentalidade se deu a pessoas novas” aponta o entrevistado E10. “Chegaram também algumas determinações, orientações de documentos, mesmo de questões burocráticas propriamente ditas que eram diferentes, porque antes a instituição era uma fundação, a gente não tinha muita cobrança mesmo, de os processos serem dentro do que a legislação recomenda”, afirma o entrevistado E16, que complementa: “a gente quase não passava por auditorias, agora a gente tem toda essa visão que a empresa trouxe, onde os processos são mais comprovados por protocolos, por documentos mais técnicos, e isso eu tenho visto que as chefias estão tendo essa nova possibilidade”. O entrevistado E10 resume:

A gente já vinha do marasmo, queria que mudasse, se alavancasse. Antes esse hospital era uma ilha isolada da rede, a gente não era visto na rede saúde, era como



se o pessoal da rede olhasse pra cá e só visse o terreno, e a gente focasse só na questão do ensino por ser universitário e a assistência fosse deixada à margem. Hoje continuamos com foco no ensino, mas a parte assistencial tá bem focada. A EBSEH trouxe isso pra gente, a questão do hospital ser reconhecido na rede, a gente pode melhorar os processos porque tinha mais pessoas, os equipamentos chegaram, teve mais recursos pra trabalhar os processos e passamos a ter visibilidade maior na rede pelo gestor local, que é a prefeitura (E10)

O representante do Sindicato também percebeu mudanças e faz restrições: “então eu acredito que o hospital universitário, do ponto de vista do ensino, ele tá muito comprometido. Ele tá se transformando num hospital meramente assistencial” (E19).

Em meio aos controles, novas rotinas surgiram. O controle de ponto, embora já existisse para os servidores da UFC, era mais rígido para os empregados EBSEH em função da CLT (E13; E10). “E de certa forma, também moralizou o RJU. Porque se eu criei regras para os EBSEH, não podia deixar os RJU fora dessas regras, não podia fazer essa diferença para não criar atritos. A gente teve que moldar, não foi fácil colocar os dois vínculos nos trilhos”, aponta o entrevistado E10, que finaliza: “tivemos alguns percalços em relação a isso, achar que era emprego público e que podia deitar, armar a rede e não trabalhar”.

Os professores tiveram de se adaptar à nova cultura: “trabalhamos com professores, não temos gerenciamento nenhum sobre eles, gerenciamento administrativo. O professor é um servidor que tá aqui dentro, é importante, é um líder, mas não temos gerenciamento sobre eles”, afirma o entrevistado E8. O entrevistado E1 mostra que tanto os professores se adaptaram à EBSEH, como também ela também se adaptou aos professores:

Por exemplo, no Centro Cirúrgico o paciente é preparado, tá todo mundo lá, todos reunidos esperando o professor chegar – o professor vem chegar dez horas, dez e meia. Mas agora, a sala continua pronta para o professor, com o paciente, com tudo, mas de sete às dez da manhã a gente faz outra cirurgia com o médico da EBSEH. Por isso que nós melhoramos muito nossa performance para o SUS, de rodízio de pacientes mais rapidamente para mostrar mais casos para os alunos, tudo melhorou. (E1)

No que se refere à adaptação dos professores à gestão da EBSEH, foram citados pelos entrevistados os impactos da criação do NIR – Núcleo Interno de Regulação, que trouxe mais eficiência à distribuição de leitos (E9). “Não existia área de regulação, este conceito veio com a EBSEH”, aponta o entrevistado E11. De acordo com o entrevistado E8, “a EBSEH tem um trabalho a nível central de regulação de consultas e internações, de melhoria da qualidade” e pelos relatos, ajudou a mudar um pouco a cultura do HUWC: “teve dificuldades de profissionais se adequarem a isso, ‘esse NIR só serve pra atrapalhar a gente’, quando o NIR é um instrumento de regulação maravilhoso, torna o SUS mais equitativo, mais justo porque regula tudo. Teve dificuldade e ainda hoje tem”, resume o entrevistado E8.

De acordo com o entrevistado E11, “a gente não sabia bem o que era aquilo. Sabia que a regulação era o elo entre o hospital e a rede pública de saúde, é por onde vem o acesso do paciente, como o paciente chega ao hospital”. As queixas do sindicato, de que o paciente sai do hospital sem encaminhamento são explicadas pelo entrevistado E10: “depois que entrou para o SUS, que houve a contratualização ele tá trabalhando nas regras do SUS, por isso que tem que ir para a fila de espera, por isso que não pode sair com a consulta marcada, tem que seguir toda a burocracia do sus”. “Houve muita resistência”, salienta o entrevistado E11, indicando que a resistência não era necessariamente à EBSEH, mas sim, ao “conceito” de regulação. Dois depoimentos ilustram como era o estado de coisas no passado:

Ainda tem uma outra questão, que os hospitais universitários no passado eram dos professores da faculdade de medicina. Quando eu era aluno, nos idos da década de 70, pra internar um paciente na enfermaria, a enfermaria era do Professor “x”, tinha que pedir ao professor para internar o paciente tal e dependendo do interesse dele, deixava internar ou não. Foi pra romper com aquela estrutura antiga que tinha que os hospitais eram dos professores da faculdade de medicina, eram propriedades deles, eles mandavam, internavam quem eles queriam operavam quem eles queriam, eles vinham no dia que queriam e assim por diante... Hoje as coisas mudaram. (E1)

Os leitos eram dos serviços, “esse é meu leito”. Se alguém quisesse internar alguém aqui, tinha que falar com o residente daquele serviço para internar o paciente. O pessoal trazia, o residente mandava trazer paciente tal dia, quando chegava não tinha leito reservado, ninguém sabia de onde aquele paciente vinha, ficava esperando e o residente só aparecia, às vezes, duas, três horas depois, e ninguém sabia de quem era aquele paciente. E quando veio a ideia da regulação, a gente formou um grupo de pessoas, nessa época só tinha uma médica e duas enfermeiras que faziam regulação, todas da EBSEH, e a gente começou, a gente foi tirando esse poder da mão do residente. Os leitos passavam pela regulação. “Eu preciso internar um paciente” – então você tem que ver com a regulação no NIR, ver se tem esse leito. (E11)

O entrevistado E11 afirma que “hoje a coisa tá totalmente integrada. Hoje não se interna ninguém no hospital sem falar com o NIR. Foi uma luta, foi uma coisa bem exitosa porque hoje o NIR é reconhecido, hoje todos se reportam ao NIR”.

Os trabalhos de Barros (2014), Paula (2016) e Costa e Pessoa (2017) também mencionam mudanças culturais a nível de artefatos na forma de imposição de novas metas, filosofias e práticas de gestão, nos HUs da UFPE, UFSC e da UFPB, respectivamente. Vieira (2017) reforça estes estudos e também aponta que no HULW/UFPB o planejamento era pouco expressivo e ganhou força com a EBSEH. O trabalho de Amorim (2016) mostra que o trabalho com a regulação de leitos ainda era considerado incipiente pelos profissionais do HU-UFMA, e avaliou-se que a regulação de leitos através do NIR acarretaria maior burocratização pelo SUS do acesso ao hospital.

#### 5.1.4.4 A visão de uma cultura em transição nos hospitais

A maior parte dos relatos aponta convergência de que a cultura organizacional dos hospitais se encontra em construção (E4), em processo de mudança (E8), com pontos que evoluíram (E9), mas de forma ainda tímida (E21). Pelas respostas, as percepções de cultura em transição foram detectadas em maior quantidade entre os gestores do HUWC.

Antes da EBSEH, a gestão nos hospitais era focada em processos internos – hoje, o foco se voltou para a melhoria de indicadores e resultados que beneficiem o cidadão-contribuinte: “a gente vem trabalhando muito pra sair dessa cultura hierárquica, muito ligada ao fazer mecânico, de não reconhecer erros, de não fazer autoavaliação, de não refletir a própria prática, ela contribui muito pra erros, e em um lugar em que o erro resulta em lesão, em dano, isso é ruim”, afirma o entrevistado E7, que considera que cultura não se consegue mudar apenas em quatro anos: “acredito que exista uma cultura em evolução, transformação. Enxergo mudanças, mas se você me pedir pra indicar, dar um fato real, dar um argumento real disso... estou falando de *feeling*. Me parece que tá melhor, mas não tenho provas”. (E7)

Este *feeling* de que algo mudou, mas que não consegue ser claramente definido também é compartilhado pela MEAC: “nova cultura, não diria. A nossa cultura continua sendo no aspecto do cuidado com a mulher e com o recém-nascido. Acho ela mais refinada, percebo isso. Com a EBSEH, essa cultura se tornou mais detalhada, mais refinada” (E16)

O *feeling* também é apontado pelo entrevistado E11: “acho que o hospital hoje tá mais produtivo, acho que houve, não sei se uma nova cultura organizacional... O pessoal da UFC tá a cada dia em menor quantidade, as pessoas estão se aposentando... o hospital hoje tá mais com a cara da EBSEH do que da UFC” (E11).

O tempo decorrido é apontado como fator limitante para uma mudança cultural mais extensa: “é meu entendimento que a EBSEH é uma empresa nova, cinco anos é pouco. Já tem cinco anos? Tem, mas ainda é pouco tempo para que ela chegue ao seu ideal de uma empresa toda estruturada dentro de uma legislação extensa que é a nossa”. (E4).

O tempo também foi apontado como responsável pela absorção por gestores e funcionários das dificuldades trazidas pelas normas da CLT e a administração das diferenças destas em relação às regras do RJU: “existem diferenças, realmente, nas legislações entre celetistas e estatutários e ainda é difícil em alguns momentos os jurídicos aceitarem essas questões, mas a integração das pessoas eu acho que ela aconteceu sem ser de forma traumática, até suave “ (E13)

Um fator que ainda pode retardar a mudança cultural está na permanência de servidores da UFC com idade avançada que já poderiam se aposentar, porém preferem

permanecer trabalhando. Estes funcionários carregam vícios “como se ela estivesse na loja dela atendendo do jeito que ela quer”, exemplifica o entrevistado E1:

Quando o funcionário público tem tanto tempo de casa e começa a se comportar como sócio proprietário, tá na hora de ir pra casa. E eu tenho um contingente de pessoas aqui ainda assim. Primeiro, porque não posso obrigá-las a sair. Segundo, porque preciso delas. Terceiro, porque elas têm uma experiência imensurável (E1).

“A gente tinha sérios problemas de falta de comprometimento – não com todos, tinham pessoas maravilhosas, mas a gente sofria. E a gente tinha funcionários da SAMEAC que não rendiam, que não se comprometiam, mas que estavam lá... e acontecia muito com a UFC também”, indica o entrevistado E11, que manifesta uma preocupação superada: “a gente tinha uma preocupação que era não deixar o pessoal da EBSERH não se contaminar com o pessoal da UFC, que está mais desgastado. Então, acho que a EBSERH, nesse ponto de comprometimento, de gente nova, de sangue novo, é importantíssimo”. (E11)

Outra subcultura citada pelos entrevistados que vem passando por mudanças culturais é representada pelos médicos. Nos hospitais havia uma “supremacia da classe médica, era muito marcante. Então, quando eu entrei aqui você tinha a divisão médica... e os outros”, aponta o entrevistado E11, que prossegue em seu raciocínio: “eu falo isso porque como sou da classe, não tenho pruridos em falar – mas acho que existia isso sim”. As entrevistas apresentaram relatos de dificuldades provocadas pelos profissionais:

A área médica é mais difícil de cumprir regras, eles são formados para serem autônomos, estão lá fora em hospitais privados, em instituições particulares em que eles são os reis, os donos, fazem tudo, então com essa categoria a gente teve mais dificuldade para eles cumprirem as regras (E10).

Antigamente os médicos não tinham esse compromisso de assinar o ponto, eles não tinham esse compromisso de atender ‘x’ pacientes, permanecer no hospital tantas horas, eles não tinham esse compromisso como tem com a EBSERH (E14).

Eles não estão muito envolvidos na questão das melhorias dos processos, estão muito mais voltados em fazer cumprir o trabalho, mas não se envolvem nos processos de melhoria. Não são todos, mas é boa parte (E10).

A gente sente uma falta enorme dos médicos, os médicos praticamente não participam das reuniões do colegiado (E7).

As regras, metas e cobranças da EBSERH provocaram mudanças de postura do grupo médico: “o corporativismo era principalmente do ponto de vista médico, da supremacia da classe. Acho que isso se diluiu depois da entrada da EBSERH” (E11). O entrevistado E10 também enxerga transformação nesta cultura: “Nossa maior dificuldade era lidar com médicos, essa autonomia deles em não seguir regras. Tinha uma lenda de médico em não ser chefiado por enfermeiro, eu sou enfermeira e hoje sou chefe de um monte de médico”.

Outro ponto observado pelos entrevistados que vem apresentando evolução, indicando mudança de cultura, é a crença na valorização das equipes multiprofissionais: “essa

integração de equipe multidisciplinar era muito fraca, esse elo de ligação e a desvalorização de outras profissões que não a médica”, aponta o entrevistado E11. Segue o relato completo:

Na minha visão, nós tínhamos, antes da EBSEH, equipes multidisciplinares pequenas. Poucos psicólogos, poucos fisioterapeutas, eram equipes bem pequenas que não conseguiam aparecer no trabalho. A própria enfermagem não tinha tanto peso quanto tem hoje. Depois que a EBSEH veio, principalmente com os novos contratados, essas equipes se organizaram e hoje a gente vê a força que tem essas equipes aqui. Hoje eles estão mais integrados e organizados. Não podemos dizer que exista hoje um trabalho multidisciplinar forte, essa é uma luta constante e de todos os dias, mas tá mais perto, tá bem mais forte. Principalmente em áreas fechadas como centro cirúrgico e UTI, a gente vê uma integração dessas equipes e não é “nós contra eles”, é realmente trabalho em conjunto. (E11)

Vieira (2017) apontou que no HULW/UFPB também há a sensação de cultura em transição, visto que o processo é lento e para a consolidação se efetivar, é necessário superar desafios e resistências. No trabalho de Barros (2014), no HC/UFPE, embora os resultados da EBSEH neste hospital ainda fossem incipientes na época, os gestores entrevistados previam que estes resultados seriam observados a partir do médio prazo e que a mudança cultural precisaria de uma transição de longo prazo. Flausino (2015), em sua pesquisa, também apontou a supremacia da classe médica em relação aos demais profissionais.

#### 5.1.4.5 A visão de cultura preservada nos hospitais

Dadas as características de maior coesão cultural, em função de uma cultura considerada forte, os relatos mais contundentes de preservação das características culturais foram relatados pelos gestores da MEAC. Percebe-se que os pressupostos básicos de cultura organizacional (SCHEIN, 1992) representados pelas crenças e sentimentos inconscientes e enraizados foram preservados: “em essência a cultura é a mesma, mas tivemos um ‘up’ porque nós temos um número maior de pessoas, a gente vai fazer melhor o que fazia antes. O cerne da cultura da MEAC, que é a preocupação com ensino e assistência é a mesma, só que agora com maiores possibilidades” (E17)

A chegada dos concursados da EBSEH chegou a levantar dúvidas se os pressupostos culturais da MEAC seriam preservados: “a EBSEH trouxe, acredito, não sei de cor, mais de mil funcionários para a maternidade e esses funcionários aprenderam a amar a maternidade” (E14). Um ponto que pode ter ajudado na preservação da cultura, segundo os entrevistados, foi a ocorrência das convocações com frequência mensal durante dois anos, com a chegada, em média, de cerca de 50 concursados. O entrevistado E13 comenta:

Eu acho que a cultura da maternidade foi preservada, acho que poderia ter piorado mas não piorou ao meu ver. Não houve uma mudança significativa. Do ponto de vista cultural eu pensei que a gente perderia muito com a entrada de muita gente ao mesmo tempo, que a gente perderia muito dessa questão da humanização, do

atendimento acolhedor. Mas foi uma surpresa na realidade, não entraram mil pessoas de uma vez, elas foram entrando aos poucos, aí eu acho que a cultura que já existia não foi tão deformada. Se a gente tivesse recebido todos os colaboradores de uma só vez, acredito que seria difícil, mas como recebemos a cada leva de 40, 50, eu acho que as pessoas foram gradativamente se incorporando aquilo que já existia, acredito que existe uma boa coesão na força de trabalho. (E13)

Pelos relatos, percebe-se que os pressupostos culturais da MEAC são de tal forma enraizados que os personagens mudaram, mas a cultura de acolhimento e cuidado permaneceu:

Conhecendo o antes e depois, vejo que em termos de compromisso é o mesmo. Não é um compromisso com o vínculo UFC ou EBSEH, é o compromisso com a maternidade. Isso é muito claro na cabeça das pessoas de antes e de agora. Essas características de cultura geral, quem entrou pegou. Não vejo grande alteração. Quem chegou, veio com todo o seu saber, mas absorveu rapidamente a cultura local dos que estavam, essa coisa de trabalhar junto. (E17)

Dentre os demais entrevistados, as menções a uma “cultura preservada” no HUWC foram mais tímidas, provavelmente em função das perspectivas de diferenciação e fragmentação (MARTIN; FROST, 1998) que não permitiram aos entrevistados visualizar uma “cultura do HUWC” anterior à EBSEH. Dentre os relatos colhidos, o entrevistado E9 apontou os cuidados assistenciais: “vejo características de cuidado com o paciente, de atenção. Não vejo muitas mudanças em relação a isso com relação a antes da EBSEH”. Já o entrevistado E7 aponta que “olhando para os dois lados, de um grupo de servidores e empregados, vai ter gente comprometida de um lado e de outro. Se você perguntar esse perfil mudou com a chegada do pessoal da EBSEH, esse perfil continua o mesmo”.

#### *5.1.4.6 As perspectivas para o futuro*

Pelos relatos dos entrevistados, observa-se que a mudança cultural provocada pela adesão à EBSEH provocou choques culturais, impactando mais fortemente em artefatos e valores, ainda não tendo influenciado os pressupostos básicos (SCHEIN, 1992). De acordo com Tanure e Cançado (2005), observou-se que a adesão à EBSEH, principalmente em função da distância geográfica, provocou uma pluralidade cultural, pois foram preservados os pressupostos culturais – principalmente na MEAC, em função de sua perspectiva de integração cultural (MARTIN; FROST, 1998), visto que o modelo de gestão da EBSEH permitiu relativa autonomia aos hospitais universitários. Costa e Pessoa (2017) chegaram à conclusão semelhante em seu estudo, apontando que a EBSEH, ao assumir a gestão do HULW/UFPB, não se apropriou da cultura existente para transformá-la.

Os entrevistados consideraram que os cinco anos desde a implantação da EBSEH foram difíceis, porém necessários: “só não foi mais difícil porque vejo o relato de outros hospitais e outros gerentes por aí afora, que houve muito mais dificuldade do que aqui na

UFC”, reconhece o entrevistado E7. “Antes a gente costumava dizer que os hospitais, tanto o HUWC quanto a MEAC, eles eram os rejeitados porque ninguém queria assumir, hoje tem quem tome de conta, que é justamente a EBSEH” (E3). “Eu estou no hospital há 15 anos, 10 com UFC e 5 com EBSEH. Então vejo que nesses cinco anos a gente andou mais do que nos outros dez. Acho que a gente tava muito estagnado”, afirma o entrevistado E7, que prossegue:

Tudo o que a gente pensava em fazer, a gente parava porque não tínhamos pessoal ou as pessoas não eram capacitadas. Com a chegada da EBSEH, a gente começou a se estruturar como hospital. Éramos muito não-profissionalizado. A EBSEH não apenas trouxe gente, mas também profissionalização. Trouxe formação para gestores, trouxe uma nova visão de liderança. (E7).

O aporte de recursos financeiros, logísticos e de pessoal ampliou as perspectivas dos gestores, que pensam em planos mais ambiciosos para os hospitais:

Se o governo brasileiro der oportunidade e prestar atenção na EBSEH, nós podemos construir a maior rede de hospitais do planeta. E se esse governo se dedicasse a explorar as possibilidades da EBSEH, nós iríamos baratear muito o custo operacional dos hospitais, o hospital é o hotel mais caro do mundo pelas próprias circunstâncias das atividades que são neles desenvolvidas. (E1)

Nesses cinco anos fizemos muito, crescido, mostrando a MEAC de forma mais empresarial, acredito que isso vai continuar sim, hoje em dia já começa a colher frutos, somos além de centro de boas práticas de referência materna e neonatal, a gente também vai desenvolver um centro de capacitação e treinamento (primeiro do Brasil, capacitação realística) (E16)

Oportunizando o contraditório, os representantes do Sindicato temem que o hospital perca suas características de ensino: “da forma a EBSEH foi implementada e da forma como tá no regimento interno e no estatuto dela, o hospital universitário, em dez anos, perderá a característica de hospital de ensino” (E19).

Outro temor sempre presente é a possibilidade de privatização dos hospitais: “eles estão fazendo toda essa reestruturação dos hospitais para entregar pra empresa privada” (E19). Apontam a possibilidade de os hospitais passarem a ter uma “segunda porta”, em que os fariam atendimento ao SUS e aos planos de saúde: “tem hospitais que tem o SUS de um lado, e de outro lado aquela coisa linda dos planos de saúde entregues à privatização. É essa segunda porta de entrada que a gente quer evitar dentro do hospital universitário, pra nós a porta de entrada é o SUS” (E19). Os receios do Sindicato aumentaram com as recentes propostas trazidas pelo projeto “Future-se”, do MEC (TERRA, 2019):

Com essa proposta aí do “future-se”, tá muito claro e aí a gente junta a peça do quebra-cabeça, no contrato da EBSEH, que a gente sempre bateu nisso, diz que ela pode buscar recursos em empresas semelhantes, vender serviços de empresas que tem o mesmo perfil, é mais ou menos esse texto. O que o HUWC vai vender? Saúde. Isso pode abrir uma porta para a privatização. Aí o “future-se” diz que a universidade e seus hospitais, a partir da EBSEH, vão ter que gerir seus recursos para poderem se manter. Aí a gente tá muito bem vendo aí que o HUWC com o “future-se” vai se abrir pra privatização. É o ‘future-se’ (E19)

Por fim, o Sindicato reconhece ter sido contra a implantação da EBSEH porque entendem que a EBSEH não seria a resposta para os hospitais universitários: “a resposta é um governo com compromisso com ensino público, com educação pública e com hospital público com ensino, pesquisa e extensão através das pesquisas e da assistência. Pra nós, a EBSEH não responde a esse compromisso social do hospital universitário”. (E19)

Porém, para os gestores, a implantação da EBSEH seria irreversível: “acho que a EBSEH veio pra ficar realmente, não vejo como isso possa retroagir, vem mesmo a crescer, até porque é uma rede de hospitais”, reconhece o entrevistado E3.

“Eu acredito que a MEAC é um caso de sucesso dentro dos hospitais públicos”, afirma o entrevistado E13, que prossegue: “raciocinando e vendo as dificuldades que temos por aí, os critérios dentro da própria rede EBSEH que a gente tem dos quarenta hospitais e da rede pública como um todo, mostram o sucesso que a gente tem. Nesse aspecto, eu acho que a EBSEH foi importante fazer com que esse sucesso fosse consolidado”. (E13)

Os entrevistados, por fim, sintetizam o processo de adesão e implantação da EBSEH: “acho que resumi bem quando disse que foi positivo, mas traumático. O fato de ser traumático por si só não foi ruim, na verdade a gente aprende em cima, vai sofrendo e aprendendo, quando você erra e conserta, aprende com o conserto”, afirma o entrevistado E7, que reconhece: “quando eu olho, vejo que de uma maneira geral foi muito mais positivo que negativo. A EBSEH fez bem para o hospital? Diria que sim”.

“É impossível se criar uma empresa nova com a complexidade da EBSEH e fazer uma previsão e acertar em tudo. É impossível. Muitas coisas precisam ser mudadas, melhoradas, otimizadas”, também reconhece o entrevistado E1, que finaliza: “foi um período tumultuado, turbulento, extremamente difícil, mas o tempo passou e acho que posso dizer que vencemos. Hoje esses hospitais fazem muito”.

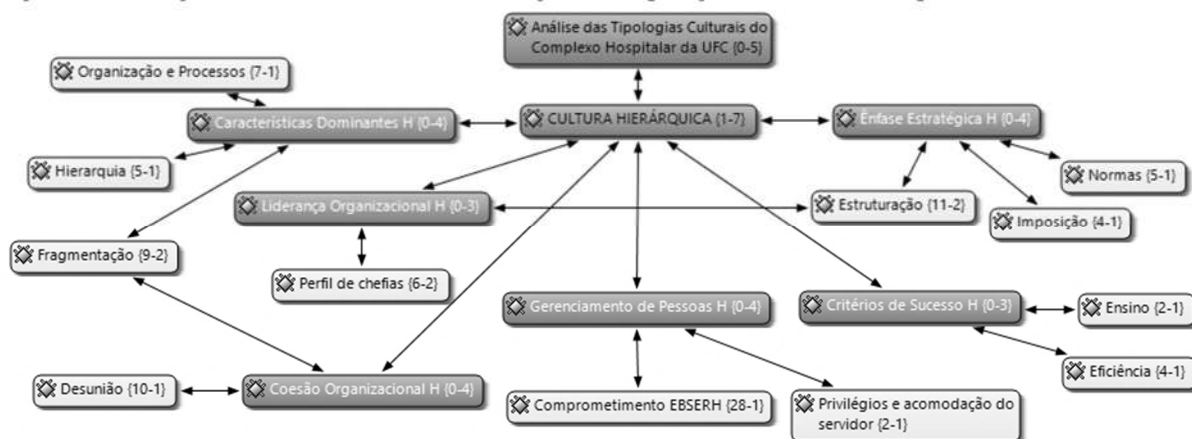
## **5.2 Análise da tipologia hierárquica da cultura organizacional no Complexo Hospitalar na perspectiva dos gestores**

Nesta subseção serão apresentados os relatos dos gestores, com relatos que caracterizam elementos de cultura hierárquica nos hospitais, de acordo com o modelo de Cameron e Quinn (2011).

Os relatos serão divididos a cada elemento de cultura organizacional do modelo proposto por Cameron e Quinn (2011): características dominantes, liderança organizacional, gerenciamento de pessoas, coesão organizacional, ênfase estratégica e critérios de sucesso. A rede de categorias de análise e unidades de registro se encontra na figura 11:



Figura 11 – Categorias de análise e unidades de registro da tipologia de cultura hierárquica



Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

**As características dominantes** da tipologia hierárquica, segundo Cameron e Quinn (2011), apontam um local de trabalho controlado e estruturado, com as pessoas orientadas por procedimentos formais e normas estabelecidas. Os elementos da cultura hierárquica mais evidenciados nos relatos foram referentes à maior organização e estruturação de processos com protocolos, fluxos e organogramas, resultando em maior sinergia entre as áreas. Houve um entendimento que esta estruturação poderia provocar maior burocracia, mas os entrevistados compreenderam que se fazia necessário, pela maior documentação e menor ocorrência de erros, além de maior facilidade para identificação de *gaps* (E6; E16).

Os elementos de cultura hierárquica favorecem a estratificação dos níveis hierárquicos, tornando a cultura “muito ligada à hierárquica e no fazer mecânico” (E7). “A cultura ainda é muito de cima pra baixo, de gerência, de diretores pra baixo. Uma cultura hierárquica muito forte, de muitas vezes não ouvir os setores”, aponta o entrevistado E5. Os gestores entendem que para a atividade-fim dos hospitais, a cultura hierárquica não seria favorável à correção de erros em função do medo dos subordinados (E7). O entrevistado E11 aponta grande corporativismo, que teria diminuído após a adesão à EBSEH – antes, havia escolha de lideranças por fatores subjetivos, como o fato de serem professores ou estarem em final de carreira (E6). Neste ponto, a EBSEH, por exigir critérios mais objetivos para definição de chefias, teria influenciado na suavização da percepção da cultura hierárquica.

A fragmentação foi outra característica dominante bastante evidenciada no HUWC. Os relatos mencionaram a grande quantidade de especialidades – trinta e duas – atendidas pelo HUWC (E7) como fator de fragmentação, gerando muitas subdivisões e não possuindo propósito unificado (E18). Isso não foi observado na MEAC, onde o número de especialidades é reduzido a dois – pediatria e ginecologia/obstetrícia (E18; E20).

No que tange às **lideranças organizacionais**, Cameron e Quinn (2011) conceituam que na tipologia hierárquica, a liderança é geralmente exemplo de coordenação, gestão eficiente e preocupação com detalhes. Nos relatos, mencionou-se frequentemente o termo “estruturação”, visto que a EBSEH trouxe uma maior quantidade de chefias em seu organograma (E15; E17) com melhor divisão de tarefas e definição de papéis (E14; E15; E17). As chefias precisam seguir mais atentamente aos processos e fluxos (E10; E16), com controle por auditorias (E13). O perfil das chefias mudou, com diminuição de chefias dadas a professores, que não se dedicam 100% à chefia em virtude dos compromissos em sala de aula (E6). Apesar da maior quantidade de chefias remuneradas, ainda é muito grande o número de chefias informais na área de enfermagem – isso não mudou com a EBSEH (E9; E15).

Em relação ao **gerenciamento de pessoas**, Cameron e Quinn (2011) apontam que na cultura hierárquica, os profissionais são mais orientados às regras e normas do que aos relacionamentos. O entrevistado E8 observou que o servidor RJU se sente mais protegido pela legislação e estabilidade e que esta cultura não teria mudado. O entrevistado E7 aponta que isso passou a ser observado no vínculo EBSEH:

Continua tendo bastante gente que veste muito a camisa e tem um grupo que não veste a camisa porque tem essa ideia de que emprego público não tem que trabalhar. Isso aí independe do seu vínculo empregatício. Se você tem na sua concepção, que é princípio seu, se é premissa sua, que em serviço público não é pra trabalhar, não interessa se você recebe 8 mil ou três mil reais, não faz diferença (E7).

Em ambos os hospitais foi relatado baixo comprometimento organizacional dos empregados da EBSEH, evidenciado pelo aumento do absenteísmo (E12; E15; E18). O entrevistado E15 apontou que absenteísmo é maior no vínculo EBSEH que no vínculo UFC, o que surpreende em função dos salários considerados adequados pelo mercado.

O desconhecimento da realidade hospitalar pode ter reforçado a postura do empregado da EBSEH em limitar-se apenas ao que é de sua competência e ao que está dentro de seu horário de trabalho (E5; E16; E18; E19). Isso provocaria o aumento dos casos de stress e depressão, que retroalimentariam o alto absenteísmo relatado. O entrevistado E7, do HUWC, teoriza: “as pessoas ainda enxergam muito, independente do vínculo, isso aqui como um local de trabalho e o trabalho como uma coisa ruim. Então, é princípio e premissa, se eu acho que trabalhar é ruim, meu local de trabalho não é um local bom, não consegue criar vínculo que não seja o vínculo de laborar”. Portanto, os gestores sentem falta de envolvimento maior – inclusive alguns empregados da EBSEH evitam maiores responsabilidades (E4).

Outro ponto que desfavorece o comprometimento se encontra na juventude dos concursados, principalmente em cargos de nível médio (técnicos em saúde e assistentes

administrativos) que vislumbram futuros concursos, enfraquecendo o desenvolvimento de vínculos com a instituição (E3; E4; E5; E9). O entrevistado E5 acredita que isso tende a se adequar com o tempo, pois a EBSEH é uma empresa muito nova.

Em relação à **coesão organizacional**, na tipologia hierárquica as políticas e regras formais, estabilidade e o equilíbrio são fundamentais (CAMERON; QUINN, 2011). Alguns entrevistados acreditam que o período de cinco anos é pouco tempo para o desenvolvimento de uma nova cultura, ainda não tendo fortalecido os vínculos com a instituição (E9; E16) – isso é corroborado pelos relatos que indicam que parte dos empregados EBSEH “são qualificados, fizeram concurso, mas ainda não se sentem parte da instituição” (E15; E16). Na área da enfermagem, frequentemente os profissionais possuem mais de um vínculo, o que poderia explicar o baixo sentimento de coesão organizacional (E9; E15; E21). “As pessoas estão lá para trabalhar e ponto”, resumem os entrevistados E10 e E19. Isso se nota mais no HUWC: “há outros hospitais em que se trabalha mais e se ganha até menos, mas as pessoas ainda consideram o HUWC um vínculo secundário” (E9).

O termo “fragmentação”, definido como *característica dominante* da cultura organizacional do HUWC, ressurgiu quando os entrevistados foram indagados sobre a coesão organizacional (E10; E12). “Harmonia não tem não. Harmonia é o que menos tem. É muito desunido aqui, de uma maneira geral”, lamenta o entrevistado E7: “A EBSEH trouxe muitas coisas boas, mas não conseguimos ainda atuar positivamente, no meu entendimento, em questão de clima. O clima de trabalho aqui ainda não é legal”. O entrevistado E8 acrescenta:

Olha, eu já trabalhei em outro hospital em que as pessoas eram muito unidas pela cultura organizacional. Tinham um senso de pertencimento muito grande. Eu sinto falta disso aqui no HUWC, acho que as pessoas se dão bem, mas não acho que tenham um senso de pertencimento, um amor ao hospital. Acho que essa falta de pertencimento continua a mesma, antes e depois da EBSEH (E8)

“Não sei se é por ter tantas especialidades aqui no HUWC e cada um correndo atrás de dar conta do ‘seu’ – que não é pouco”, indica o entrevistado E4. A cultura hierárquica não favorece laços afetivos, mas de acordo com o entrevistado E1, favorece outros: “qualquer questão que imponha um risco no prejuízo dos direitos dos empregados e servidores serve para eles se unirem, pois há uma grande conscientização em relação a isso nos dois hospitais”.

Em relação à **ênfase estratégica**, na tipologia hierárquica a estabilidade, o controle, a eficiência e o bom funcionamento são valorizados (CAMERON; QUINN, 2011). Foram citados os termos “normas” e “imposição”, que se relacionam à necessidade de controle, que é típico da cultura hierárquica. A EBSEH trouxe elementos de cultura de mercado, mas para que fossem adequadamente cobrados, vinham revestidos de normas a serem cumpridas e com

instrumentos de controle: “a partir do momento que tenho as metas, posso puxar a equipe para perto de mim, tenho como cobrar e acompanhar melhor” (E12).

Os entrevistados relataram a necessidade de seguir os passos da lei e que a burocracia torna tudo um pouco mais lento, mas permite que os processos sejam documentados e monitorados (E3). Na área de pesquisa, “a EBSEH nunca fez pressão pelos números. Ela não tinha parâmetro para cobrar isso. A maioria das filiais é incipiente em pesquisa. O que ela cobrou? Regulamentação. A gente conseguiu se organizar e se estruturar de acordo com a regulamentação”, afirma o entrevistado E6. “Muita coisa o plano vem da própria EBSEH, a gente tem só de correr atrás e executar”, confirma o entrevistado E4 – a EBSEH impõe aos hospitais o cumprimento das metas pactuadas no contrato de gestão.

Por fim, os **critérios de sucesso** relativos à cultura hierárquica se referem ao respeito aos compromissos, o planejamento e o controle de custos (CAMERON; QUINN, 2011). Os relatos apontam que a eficiência, através do cumprimento de prazos e atingimento de objetivos, é critério de sucesso: “Quando eu faço com que meu paciente reduza o tempo de espera pela cirurgia é sucesso. Quando reduzo as taxas de suspensão cirúrgica, quando eu melho os indicadores da UTI, quando eu reduzo a taxa de infecção junto com minha equipe toda trabalhando em prol disso é sucesso” (E10). Para o entrevistado E3, é importante “manter a casa abastecida, independente de toda a burocracia, de toda a dificuldade, de todos os agentes externos (fornecedores) e agentes internos – levando em conta o setor de administração, o sucesso é fazer com que o hospital e a maternidade sejam abastecidos a contento, evitando interrupção de cirurgias e reclamações da área assistencial”.

Como o ensino faz parte dos objetivos dos hospitais, há satisfação quando os estudantes colocam os hospitais do complexo como primeira escolha para residência médica. “A gente tem duas entregas de sucesso. Não adianta entregar a mulher com sucesso com estudante mal formado e vice versa. Por isso que separei o sucesso em duas linhas. Pra mim é maternidade escola, não é só maternidade nem só escola”, afirma o entrevistado E17.

Por fim, concluindo esta categoria de análise, observa-se que os elementos de cultura hierárquica se apresentaram em maior evidência no HUWC do que na MEAC.

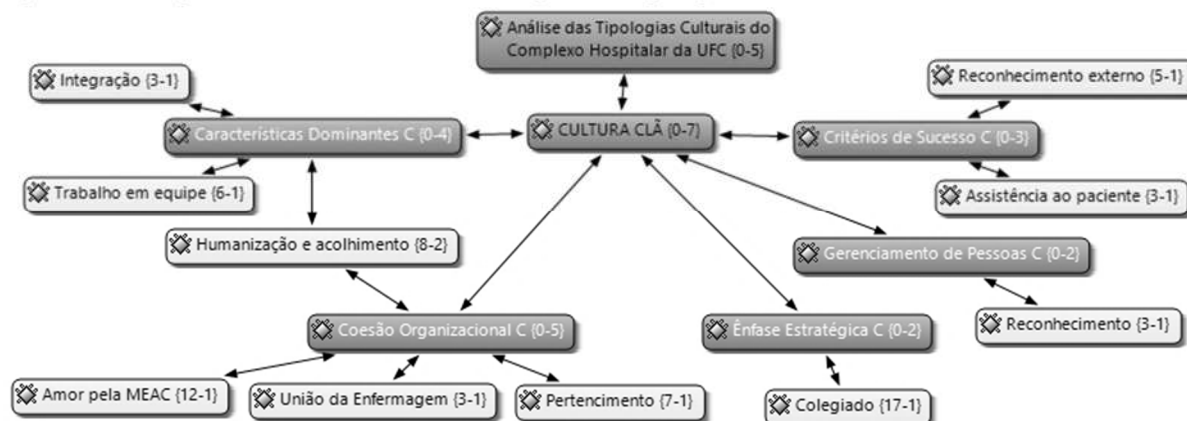
### **5.3 Análise da tipologia clã da cultura organizacional no Complexo Hospitalar na perspectiva dos gestores**

Nesta subseção serão apresentados os relatos dos gestores evidenciando pontos que caracterizam elementos de cultura clã nos hospitais, de acordo com o modelo de Cameron e

Quinn (2011). Os relatos dos entrevistados indicaram que os principais elementos característicos desta tipologia foram provenientes da MEAC.

A rede de categorias de análise e unidades de registro se encontra na figura 12:

Figura 12 – Categorias de análise e unidades de registro da tipologia de cultura clã



Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

De acordo com Cameron e Quinn (2011) **as características dominantes** da tipologia de cultura clã envolvem um convívio familiar no ambiente de trabalho, em que as pessoas se envolvem e confiam umas nas outras (CAMERON; QUINN, 2011). Estas características foram bastante evidenciadas nos relatos quanto à humanização/acolhimento, integração e trabalho em equipe, com maioria absoluta de relatos provenientes da MEAC. A cultura de humanização e acolhimento traz um aspecto de família ao local de trabalho, sendo valorizado pelos trabalhadores e estimulado pela gestão: “Acho que essa é a principal característica da MEAC, do ponto de vista cultural, de tratar bem, de acolher bem, de ser uma instituição a meu ver muito humana. Eu me orgulho da casa ser acolhedora, me orgulho da casa ser humana” (E13). A palavra “humanização” foi imediatamente citada pelos entrevistados como característica dominante da MEAC (E14; E15; E16; E18). Em relação ao HUWC, o único relato neste sentido veio do entrevistado E9, que citou características de cuidado com paciente e de atenção, enfatizando que isso não mudou com a entrada da EBSERH.

Outros termos enfatizados foram integração e trabalho em equipe (E15; E16; E17). Durante as entrevistas, estes termos vieram acompanhados por outros, como cooperação, união, engajamento e gestão colegiada: “eles são bem mais compactados, bem mais coesos na gestão, tem gestão compartilhada que não é de hoje pelo que percebo, acredito que por conta das especialidades que tem lá, são só duas”, aponta o entrevistado E21, sobre a MEAC.

A respeito das **lideranças organizacionais**, Cameron e Quinn (2011) conceituam que na tipologia clã as lideranças são exemplo de apoio, instruindo as pessoas e equipes, orientando e tentando solucionar problemas. Porém, foram escassos os relatos relacionando

características de cultura clã a estes elementos. O entrevistado E17 aponta que o advento da EBSEH trouxe maior profissionalização, tirando as lideranças das demandas operacionais com olhar maior a indicadores – acentuando o enfoque cultural hierárquico e de mercado.

Sobre o **gerenciamento de pessoas**, a tipologia de cultura clã é caracterizada por promover o trabalho em equipe, consenso e participação. O reconhecimento dos colaboradores é uma característica da cultura clã: “na MEAC as pessoas recebem certificado por ter atendido bem, por ter resolvido determinadas coisas, tem mais reconhecimento para o empregado. Aqui no HUWC não tem isso, a não ser no próprio setor, às vezes nem isso” (E12). “Sempre foi assim, é muito mais fácil unir as pessoas da MEAC, chamar as pessoas da MEAC para uma causa...”, concorda o entrevistado E5. Na Gerência de Ensino e Pesquisa, ligada aos dois hospitais, o entrevistado E6 também apontou iniciativas de reconhecimento, “para eles se sentirem partícipes do crescimento. Eles são apoiados, são ouvidos, tem liberdade de abordar qualquer chefia, a dizer que não concorda a dizer que assim fica melhor e a gente escuta, a gente realmente dá espaço pra isso em nossas reuniões” (E6).

Em relação à **coesão organizacional**, o compromisso com a organização é uma das características de cultura clã (CAMERON; QUINN, 2011) e se evidenciou principalmente em relação à MEAC. Falou-se de “amor à MEAC” (E12; E13; E14) e um “DNA da MEAC” (E13; E17; E18) que seriam anteriores à entrada da EBSEH e temia-se que fossem diluídos ou perdidos com a chegada dos novatos. Porém, para os entrevistados, os novos empregados que chegaram à MEAC se incorporaram bem à instituição: “entraram e perceberam a instituição como uma boa parte de si própria e acho que a maioria das pessoas gosta de trabalhar aqui e trabalha com satisfação” (E13). O entrevistado E17 pensava que a entrada de mil novos empregados da EBSEH na MEAC diluiria a cultura organizacional, mas aconteceu o contrário: os novatos é que absorveram a cultura vigente.

O termo “pertencimento”, na MEAC, era relatado positivamente: “quem é da MEAC não quer vir trabalhar no HUWC. Parece que eles gostam de estar lá, tem muita capacitação feita na própria instituição, fazem vários cursos e estendem para todos” aponta o entrevistado E12, que continua: “eles tem essa ideia, ‘o que eu posso fazer pra ajudar’, tem essa ideia o tempo inteiro. Então se faz mutirões, ‘dia da criança, vamos fazer uma festa’. As pessoas são mais alegres, trabalham com mais gosto, com mais vontade, então acho que isso é a maior diferença cultural.”

Eles são mais atentos ao movimento de ficar junto, de fazer as coisas juntos. O HUWC não consegue juntar fácil, é difícil juntar o povo. Lá na MEAC, não. Ao som da primeira trombeta, eles se juntam, porque lá, o Gerente de Atenção à Saúde, toda terça tem uma reunião com todos os chefes e outros que são convocados para dar alguma explicação, alguma resposta, receber algum elogio. No HUWC não tem essa reunião frequente como tem lá. o Gerente da MEAC consegue ir a todos os eventos,

acho que ele é onipresente, não sei como ele consegue estar em todos os lugares ao mesmo tempo. Isso faz com que as pessoas se juntem ao redor dele. (E21)

Os entrevistados do HUWC reconhecem o sentimento de pertencimento maior na MEAC e lamentam que no Hospital isso não seja tão evidenciado: “a união das pessoas que você fala, a gente nota que a MEAC está bem à frente com relação a isso, eles sempre estão unidos nesse sentido e a gente vê isso nos dois vínculos” (E4). “O funcionário da MEAC, pelo que vejo, estando de fora, vejo que ele tem mais sentimento de pertencimento, é mais apegado à MEAC. Aquele sentimento de pertencimento que não vejo no HUWC, a MEAC tem.” (E8). “Acho que falta algo que fortaleça esse vínculo”, aponta o entrevistado E9, também do HUWC.

No HUWC, foi citada a “união da enfermagem”: “é um grupo que está muito junto, é quem mais participa” (E10); “O grupo da enfermagem sempre foi mais aguerrido. Hoje, dentro da enfermagem, vejo permuta entre setores, compartilhamento de profissionais, coisa que não existia antes e havia muita resistência” (E9).

A **ênfase estratégica**, na cultura clã, valoriza a confiança, a abertura e a participação (CAMERON; QUINN, 2011). Os relatos indicaram que estrutura de decisões colegiadas é mais forte na MEAC: “os colegiados fazem com que a gente trabalhe horizontalmente, com objetivos comuns. No colegiado do centro cirúrgico, todas as pessoas são envolvidas: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, todos que trabalham naquele local estão alinhados com os mesmos objetivos” (E14). “Os colegiados vieram antes da EBSERH, a gente já tinha colegiados na casa” (E15). O entrevistado E17 confirma:

A Rede Cegonha colocou como metas a criação de colegiados. Então colegiado é um espaço disso, da pessoa ouvir e contribuir. Isso promove engajamento e mudanças, isso é provado. Há uma teoria que quanto maior o envolvimento do colaborador na solução dos problemas da empresa, maiores são os resultados e mais perenes. (E17)

No HUWC, a cultura de decisões colegiadas ainda não é tão forte: “o colegiado ajudou, mas ainda é muito incipiente. Lá na MEAC eles trabalham melhor a questão do colegiado”, aponta o entrevistado E9. “Quando a gente descentraliza a gestão e começa a trabalhar com a gestão colegiada em vários setores, as pessoas começam a se enxergar como fazendo parte do planejamento. Mas tem muita gente do serviço no colegiado? Infelizmente não”, lamenta o entrevistado E7. Já o entrevistado E10, do HUWC, relata que em sua divisão de serviços, o resultado é satisfatório: “temos essa visão maior de tudo. Não posso tomar uma decisão na radiologia sem pactuar com o pessoal da internação, por exemplo”.

Por fim, os **critérios de sucesso** relativos à cultura clã se referem ao desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho em equipe, no grau de envolvimento dos seus servidores e empregados e na preocupação com as pessoas. (CAMERON; QUINN,

2011). Os relatos alusivos à cultura clã se concentraram no reconhecimento dos colaboradores e no cuidado com os pacientes. O “sucesso” tem sido mais contabilizado e visto depois da EBSEH do que antes (E14; E17). “Isso é devolvido inclusive para o colaborador, na hora que vai para alguém elogiar o trabalho na ouvidoria, esse colaborador fica sabendo, é parabenizado, então isso faz com que haja mais autoestima melhora, isso é um feedback, na hora que eu elogio, faço com que trabalhe melhor” (E14). O reconhecimento – tanto a nível institucional quanto a nível do colaborador – é fator importante da cultura da MEAC:

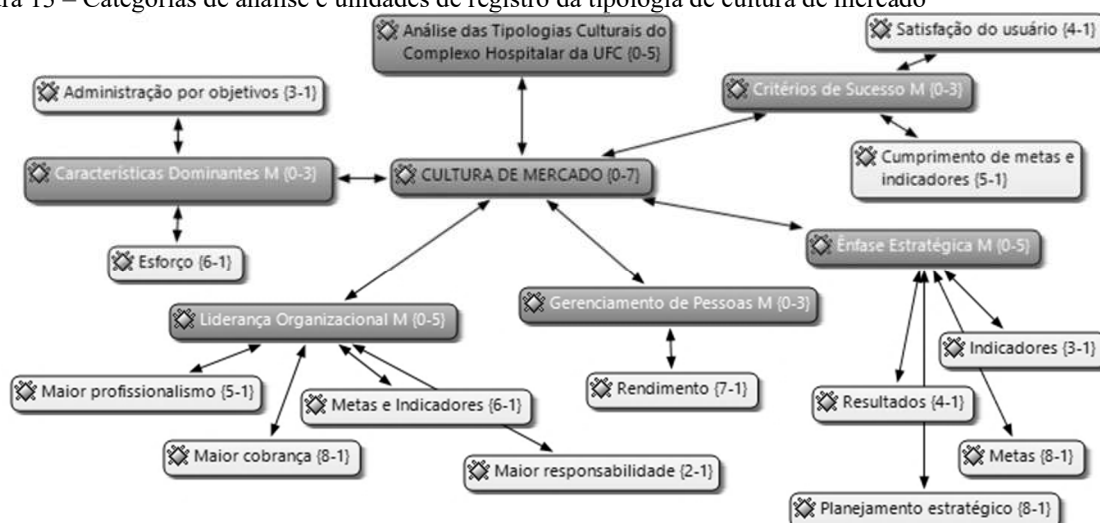
Acontece aqui uma coisa fantástica, que dá notícia na rede nacional e às vezes não vem um cumprimento, isso também influencia na cultura. Por isso nós comemoramos tanto. A sensação é que nós precisamos comemorar, não precisamos de autoafirmação externa, isso foi uma forma de manter a cultura viva aqui dentro sem dependências externas. (E17)

Com relação ao cuidado com o paciente, no HUWC o entrevistado E9 aponta que a boa assistência era e continua sendo um importante critério de sucesso. O entrevistado E10 considera sucesso no HUWC quando “consigo fazer com que o paciente tenha melhor acolhimento. É melhor acolhido hoje que antes. Antigamente tinha filas e mais filas gigantes, o povo dormia aqui pra poder conseguir um exame, conseguimos melhorar nossos processos de trabalho, o povo não precisa mais dormir na fila pra agendar”.

#### 5.4 Análise da tipologia de mercado da cultura organizacional no Complexo Hospitalar na perspectiva dos gestores

Nesta subseção serão apresentados os relatos dos gestores que caracterizam elementos de cultura de mercado nos hospitais, de acordo com o modelo de Cameron e Quinn (2011). A rede de categorias de análise e unidades de registro se encontra na figura 13:

Figura 13 – Categorias de análise e unidades de registro da tipologia de cultura de mercado



Fonte: Elaborado pelo autor (2019).



Embora o hospital seja público e não busque o lucro, a EBSEERH, por se tratar de empresa pública, trouxe uma nova metodologia de trabalho, exigindo metas e apresentação de indicadores. Antes da EBSEERH, a gestão nos hospitais era focada em processos internos – hoje, o foco ganhou um olhar externo, buscando melhoria de indicadores e resultados que beneficiem o cidadão-contribuinte. Apesar dos relatos enfatizarem as mudanças culturais decorrentes da cultura de mercado imposta pela EBSEERH, a análise quantitativa não apresentou predominância desta tipologia, sequer na área administrativa. Depreende-se que servidores e empregados percebem mais o cumprimento de normas (hierarquia) do que de metas (mercado). Além disso, nos hospitais não há busca da liderança de mercado, o que enfraquece a tipologia.

**As características dominantes** de cultura de mercado são marcadas pelo foco em resultados, com preocupação em realização de metas, o que as torna muito competitivas e orientadas para resultados (CAMERON; QUINN, 2011). As características dominantes de cultura de mercado apontadas pelos entrevistados foram escassas e, quando aconteceu, referiu-se a uma administração por objetivos, evidenciando o uso de metas e indicadores (E14; E19) – esta característica foi reforçada após a implantação da EBSEERH, de acordo com a preocupação trazida pelo entrevistado E19, de que as metas possam exigir desocupação de leitos com pacientes que não fecharam diagnóstico, para que outro paciente ocupe.

O entrevistado E3 afirma que “hoje eu vejo que a EBSEERH, por ser uma empresa nova, tem uma nova visão de gestão. Não é aquela maneira pública tradicional de administrar. A gente vê pelos relatórios que são enviados pra gente responder, informações que sempre estão chegando, coisas novas que eles perguntam”.

Um traço que se manteve antes e após a adesão à EBSEERH se referia a “esforço”, a “muito trabalho” e de “performance” foi trazida pelos entrevistados E1 e E2. “Independente da dificuldade de infraestrutura, independente da qualquer dificuldade, encontram um jeito, uma maneira de propor solução, mesmo diante de dificuldades, de falta de condição de trabalho, tanto na área administrativa quanto na área assistencial”, aponta o entrevistado E2, indicando que estes esforços estão relacionados ao *metier* da área de saúde, que exige dedicação, empenho e esforço dos profissionais: “Esse comprometimento vale para ambos os hospitais. É uma questão cultural mesmo, não precisa ensinar, não precisa dizer que existe, se uma pessoa entrar aqui vai assimilar isso daí porque já existe forte”. O entrevistado E3 reforça:

No âmbito hospitalar é diferente. Aqui as coisas tem que acontecer porque tratamos com vidas. É diferente, por exemplo, do ambiente da própria Reitoria. Se falta uma resma de papel, causa um impacto? Causa, mas é diferente daqui, se faltar um determinado produto pode levar um prejuízo grande ao paciente que está esperando aquela medicação, por exemplo. (E3)

A cultura de mercado mostrou-se particularmente evidente nos elementos de **liderança organizacional**. Cameron e Quinn (2011) conceituam que nesta tipologia, a liderança é geralmente exemplo de objetividade, competitividade e orientação para os resultados. Os relatos apontam que as lideranças estão mais dedicadas aos indicadores e sua estruturação e organização: “O acompanhamento das metas é claro. Não é que antes da EBSEH não tivessem metas, mas antes era muito dependente do líder. Se eu definir metas para meus liderados era por minha conta, era decisão de estilo de gestão. Mas com a EBSEH veio a necessidade de parar e pensar em meta”, afirma o entrevistado E17.

Foi apontado o crescimento da responsabilização dada às chefias, e serviços e, do ponto de vista institucional, mais segurança. Com a chegada dos concursados, percebeu-se, segundo relatos, maior preparo par as posições de chefias, com maior foco e maior critério de escolha, com profissionais mais comprometidos, mais presentes e melhor remunerados – os cargos de chefia da UFC eram poucos e mal remunerados (E3; E8; E12; E13).

Com maior responsabilidade e remuneração, decorreu maior cobrança: “são pessoas que agora são remuneradas pra fazerem essas funções específicas, enquanto na UFC, eu, por exemplo, fui diretor clínico e nunca fui remunerado. Eu posso cobrar, e devo cobrar” (E13). O entrevistado E16 complementa: “com a chegada da EBSEH, nos aprofundamos nesse processo de avaliação do funcionário, na monitorização. Então, as chefias estão sendo mais exigidas por conta desse aspecto e as pessoas que estão vindo também demonstram”. O entrevistado E1 ilustra a mudança no perfil das lideranças organizacionais trazida pela EBSEH – o relato é longo, mas optou-se por trazê-lo na íntegra pois é bastante revelador da mudança de postura imposta pela cultura de mercado trazida pela EBSEH:

Qual a principal missão de um hospital universitário? Formar profissionais da área da saúde. Então todos os nossos alunos de graduação de todos os cursos; todos os nossos alunos de pos-graduação, de mestrado, de doutorado, de residência média e multiprofissional constituem um importante grupo da clientela dos hospitais universitários. (...) Tanto o contingente de alunos para os quais os hospitais existem quanto os pacientes que nós aqui utilizamos que servem de cenário de treinamento para nossos alunos, quando não são bem atendidos, hoje reclamam. E eles sabem onde reclamar. Tanto na ouvidoria das instituições quanto nos órgãos de controle, como CGU, MPU, DPU, ouvidoria da universidade e assim por diante. Por que a performance das chefias melhorou? Por conta dessas exigências. Se eu sou um funcionário relapso no meu trabalho, se eu não atendo com delicadeza, com educação, de uma forma polida, um cidadão que vem e esse cidadão reclama pra você que é meu chefe e você não toma nenhuma iniciativa, ela hoje não reclama mais com o chefe – ela vai reclamar na ouvidoria, na DPU, no MPU e lá vem uma cobrança pedindo explicações “por que o funcionário tal, no dia tanto, atendendo à senhora fulano de tal do prontuário tal tratou ela de forma inadequada”? Então, nós temos um feedback desses dois principais clientes, que são nossos alunos e também os pacientes, os usuários e seus familiares, que se manifestam quando não são atendidos da forma que eles gostariam. Quando recebo manifestação de órgãos de

controle, eu remeto a manifestação para o servidor e para o chefe e peço a manifestação deles por escrito e a assinaturinha deles para explicarem o que aconteceu. Então não se faz terrorismo em relação ao funcionário ou ao chefe, mas a gente acaba, com esses exemplos, mostrando, ensinando que hoje não se chuta o traseiro de ninguém e fica por isso mesmo. (E1)

A cultura de mercado trazida pela EBSEH também influenciou nos elementos de **gerenciamento de pessoas**, onde desenvolve-se a competitividade, promove-se resultados e o alcance dos objetivos (CAMERON; QUINN, 2011). Assim como aconteceu com as lideranças, a força de trabalho foi impactada por demandas de maior rendimento e controle. “Mudou muito”, aponta o entrevistado E3. “A produção, sem dúvida nenhuma, aumentou de uma forma muito importante” (E13). “Hoje se atende melhor, e a gente conseguiu entrar na regulação do estado, a gente tá trabalhando com a secretaria municipal de saúde, então melhorou muito esse atendimento ao paciente”. (E8)

Foi mencionada implantação do sistema de desempenho por competências, e de progressão funcional, que fazem com que o empregado EBSEH se comprometa mais em se capacitar, em apresentar resultados, aponta o entrevistado E21. “Acho que hoje as pessoas têm o rendimento mais cobrado e a EBSEH trouxe uma coisa boa, que é essa cobrança do funcionário, ele tem que mostrar produção” (E14).

Também é preciso salientar que o aumento no efetivo de pessoal ajudou a aumentar o rendimento dos hospitais: “na SAMEAC, as coisas não aconteciam devido à estrutura organizada do hospital, à forma como eram ditadas as regras, como os dirigentes conduziam os processos. Hoje a gente tem uma força de trabalho com um número maior de pessoas, a gente consegue orquestrar melhor os processos” (E10).

A cultura de mercado não favorece a **coesão organizacional** nos hospitais que são objeto deste estudo. Para Cameron e Quinn (2011) a cultura de mercado incentiva o compromisso com a realização, conquista e superação de objetivos, com competitividade – o que não é, necessariamente, foco de hospitais públicos. Não foram feitos relatos neste sentido.

Porém, no que se refere à **ênfase estratégica**, vários relatos foram feitos relacionados às metas, indicadores, resultados e planejamento estratégico. A tipologia de cultura de mercado, imposta pela EBSEH através de determinação de metas e indicadores, impulsionou os gestores (e conseqüentemente, os servidores e empregados) a apresentarem resultados. Segundo relatos, as iniciativas antes da adesão à EBSEH eram individuais e localizadas, não havia cobrança ostensiva por resultados – havia boas práticas localizadas na área assistencial, em benefício dos pacientes (E9; E15).

Os entrevistados destacam a importância dada ao planejamento estratégico: “porque

unifica o traçado. Não vemos tantos movimentos isolados de gestão, de desempenho, de metas. Agora tem um foco, é todo o tempo alinhado, e o monitoramento faz com que a gente não saia do rumo”, aponta o entrevistado E21. O entrevistado E12 aponta que antes da EBSEH todos estavam imersos nas rotinas do dia a dia e que os planejamentos ocorriam isoladamente: “isso mudou. A gestão de competências de forma eletrônica, o monitoramento, as metas, isso pra gente é um grande diferencial, embora pra muitas chefias não passe de mera burocracia que não leva a nada”.

Os relatos convergem para a percepção de que não havia metas antes da EBSEH: “A gente passou a elaborar metas e a trabalhar em busca delas. Tanto é que a gente hoje consegue enxergar claramente o crescimento daqui” (E6). O entrevistado E14 indica resultados na área médica da MEAC, indicando que há chefes de ambulatórios trabalhando com indicadores, verificando quem efetivamente trabalha, quem atende paciente, aumentando a eficiência. Na área administrativa, o entrevistado E2 solicitou que em 2018 as áreas sob sua gerência apresentassem pelo menos dois indicadores, com aumento para dez em 2019. O entrevistado E17 relata que o uso de indicadores, possibilitou um grande passo de qualidade e hoje, a MEAC tem condições de ter indicadores fazendo frente a grandes hospitais do sul e sudeste. Por fim, o entrevistado E1 esclarece que o uso de planejamento, metas e indicadores para cobrança de resultados, característicos de tipologia de cultura de mercado, não necessariamente afetaram a assistência ao paciente – queixa recorrente dos representantes do Sindicato:

A EBSEH tem exigido muito o que tá previsto nas normas, nas leis, nas regras da administração pública. Ela não diz que tem que atender mil doentes porque tem “y” médicos. Ela quer saber por que, tendo dez médicos atendendo uma manhã inteira, você só atendeu vinte pacientes. Pode até ser que isso seja uma verdade incontestável, porque eu poderia estar dando uma aula com aquele paciente, não era uma consulta regular – veja que aqui somos um hospital de ensino. Ou será porque, dos dez médicos, cinco não vieram trabalhar? Essas coisas são verificadas. (E1)

Concluindo a análise qualitativa da tipologia de cultura de mercado, foram analisados os **critérios de sucesso**, que de acordo com Cameron e Quinn (2011), os pontos-chave seriam a liderança de mercado e vantagem competitiva. Embora não fosse consenso, alguns entrevistados consideraram que cumprir as metas pode ser considerado um critério de sucesso: “As metas descem pras divisões, setores, unidades, há preocupação com metas, reduzir lides trabalhistas que temos bastante por ‘ene’ assuntos, preocupação com segurança do empregado. É muita coisa que tá acontecendo que antes não tinha” (E12).

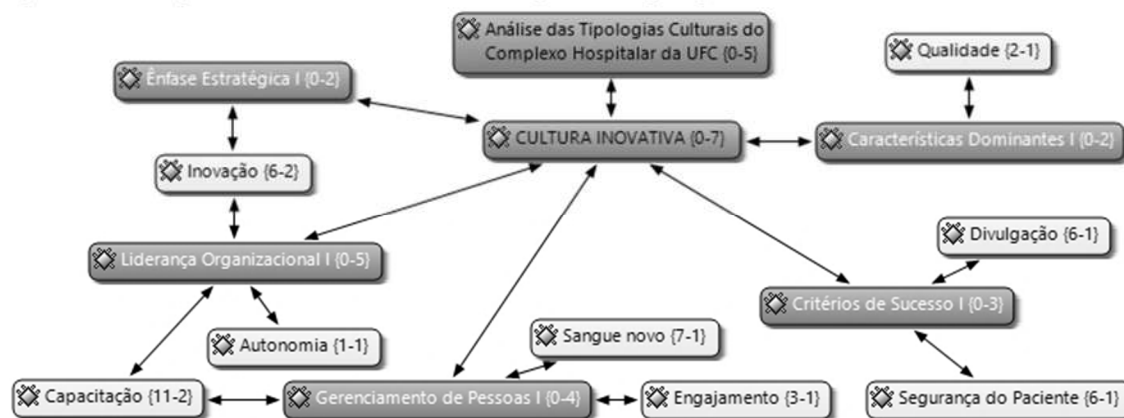
A satisfação do usuário pode ser considerada uma vantagem competitiva, segundo os relatos. Feedback positivo foi apontado pelos entrevistados E7, E16 e E18. “Sucesso é saber que o paciente veio aqui, que ele conseguiu ser atendido, quando ele sair fazendo um elogio

na ouvidoria... pra mim aquilo é o sucesso. Cumprir metas, ter metas todas batidas... isso é minha obrigação, não é sucesso. Sucesso é para além disso”, afirma o entrevistado E7.

### 5.5 Análise da tipologia inovativa da cultura organizacional no Complexo Hospitalar na perspectiva dos gestores

Nesta subsecção serão apresentados os relatos dos gestores indicando elementos de cultura inovativa (ou *adhocrática*) nos hospitais, de acordo com o modelo de Cameron e Quinn (2011). A rede de categorias de análise e unidades de registro se encontra na figura 14:

Figura 14 – Categorias de análise e unidades de registro da tipologia de cultura inovativa (ou *adhocrática*)



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

As **características dominantes** de cultura inovativa, segundo Cameron e Quinn (2011) estão ligadas a dinamismo e empreendedorismo, com incentivo à tomada de decisões e assunção de riscos – elementos que não são facilmente encontráveis em hospitais públicos. Em virtude disto, na pergunta “quais termos vêm à sua mente como características do HUWC após a implantação da EBSEH?” pouco se observaram respostas ligadas à tipologia inovativa. Não significa que não existam características ligada à inovação e criatividade, embora, durante as entrevistas, tenham sido relatadas iniciativas ligadas à qualidade e criatividade, principalmente ligadas à MEAC.

Em relação à **liderança organizacional**, os pontos ligados à cultura inovativa, segundo Cameron e Quinn (2011), seriam exemplos de empreendedorismo, inovação e disposição para correr riscos. Destes pontos, observa-se o caráter de inovação e autonomia nos relatos: “vejo mais autonomia, mais questionamento, as lideranças não aceitam mais as coisas de cima para baixo, elas questionam”, aponta o entrevistado E9. Ações de capacitação, importantes para fortalecer a cultura de inovação, foram relatadas: “a EBSEH ofereceu um curso, uma especialização em gestão com foco em paciente do SUS no Hospital Sírio Libanês. Nós fomos preparados pra isso, estamos aplicando o que vimos no curso”, aponta o

entrevistado E10, corroborado pelos entrevistados E2, E7, E8, E11, E13 e E17.

Quanto ao **gerenciamento de pessoas**, a cultura inovativa se caracteriza por incentivo à autonomia, risco individual, inovação, liberdade e criatividade (CAMERON; QUINN, 2011). Assim como nas lideranças, a capacitação foi associada ao estímulo à inovação: “capacitação é uma coisa que sempre existiu no hospital, mas não era estendida à área administrativa, por exemplo. Sempre teve na assistência, mas não estendia ao administrativo”, compara o entrevistado E12. O entrevistado E2 confirma: “a quantidade de cursos de capacitação que fizemos em parceria com a ESAF, se somar de 2016 pra cá e somar de 2016 até 1950, não dá pra comparar os históricos da quantidade de capacitações”.

O aumento de pessoal permitiu ajustes nas escalas de trabalho, possibilitando que os profissionais pudessem se ausentar do trabalho para treinamentos (E17): “a maternidade teve um crescimento nas oportunidades de participação dos colaboradores. Quanto maior o número de possibilidades desse colaborador participar, maior o engajamento”. Na Gerência de Ensino e Pesquisa, ligada aos dois hospitais, aconteceu algo parecido: “hoje eu tenho um corpo de profissionais comprometidos e engajados bem grande comparado ao que era antes”.

O termo “sangue novo” também foi citado pelos entrevistados, ligado ao incentivo à inovação e criatividade dos novos profissionais que chegaram aos hospitais: “quando se colocou gente nova, da EBSEH, muitos trabalhavam na iniciativa privada, e chegaram aqui com outra cabeça. É diferente, eu acho que se pode dizer que houve essa ‘contaminação’ ao contrário. É sangue novo, maioria é gente jovem com outras experiências e outra visão”, aponta o entrevistado E11, seguido pelos entrevistados E7, E8, E14 e E17, que mencionaram a predisposição à criatividade e inovação de quem estava chegando:

(...) essas pessoas quando vieram pela EBSEH vieram trazendo essas experiências positivas e encontram aqui um ambiente que tá todo mundo querendo melhorar, então essas pessoas florescem. Essa junção trouxe pessoas muito bem preparadas, pessoas com pensamentos progressistas, com pensamento de evolução e melhoria pra se somar com quem tava aqui em número, o número era pequeno, eram poucas andorinhas pra um verão. Essas pessoas chegaram com boas ideias, absorveram rapidamente a cultura do que tava aqui e a gente teve uma explosão, que é o que acho que a gente tá vivendo agora, de ideias de coisas novas, de melhorias (E17)

Em relação à **coesão organizacional**, em que o que une as pessoas é o compromisso com inovação e crescimento com objetivos de ser referência e vanguarda (CAMERON; QUINN, 2011), não foram obtidos relatos específicos à tipologia de cultura inovativa.

No que se refere à **ênfase estratégica**, a tipologia inovativa se reflete na importância da aquisição de novos recursos e a criação de novos desafios, além de valorização de novas experiências e a busca por novas oportunidades (CAMERON; QUINN, 2011). Dentre os dois hospitais, foi destacado pelos relatos que a MEAC possui cultura mais favorável à inovação.

Os entrevistados E13 e E15 citaram projetos importantes e que destacaram a maternidade perante à comunidade: acreditação hospitalar, rede cegonha, qualíneo, posição canguru e ordenhar ao pé do leito. Em comparação ao HUWC, o entrevistado E1 citou que “a MEAC tem muito mais probabilidade de ir para as tecnologias de ponta, receber mais investimento, responder mais rapidamente do que o HUWC porque o hospital é muito mais complexo, é muito maior, tem muito mais especialidades”.

Quanto aos **critérios de sucesso**, Cameron e Quinn (2011) apontam que, para a tipologia inovativa, está na exclusividade e novidade dos seus produtos e serviços. O objetivo é ser líder em serviços e na inovação. Os relatos de inovação foram percebidos quando os gestores apontaram que um critério de sucesso importante para eles estava na segurança do paciente: “Aqui sucesso é liberar a mulher pra casa o mais rápido possível com o filho dela sem sequelas de eventos adversos da MEAC” (E17).

Este ponto poderia ser ligado à tipologia hierárquica em função das normas impostas pelos protocolos de segurança, mas o teor dos relatos indicou que há uma busca constante em inovação nestes protocolos e procedimentos de segurança: “pensar em segurança não tinha essa sistemática antes da EBSEH. Fazíamos intuitivamente, mas não tecnicamente. A MEAC passou a fazer parte da rede sentinela, que trabalha toda essa questão de segurança, já foi nessa transição da EBSEH, acho que isso aprofundou”, assevera o entrevistado E17.

A maior quantidade de relatos neste ponto envolveu a MEAC. “Se a gente raciocinar que um número pode ser um critério de sucesso, se eu opero mais, se eu atendo mais, se eu faço mais coisas, é sucesso”, indica o entrevistado E13, que destaca: “mas não adianta fazer mais com menos segurança. Isso não é, na realidade, parâmetro de sucesso. Então eu acho que a cultura da segurança cresceu muito depois que a EBSEH entrou, inclusive com sistemas de notificação”. Por fim, o entrevistado afirma:

Eu não considero números importantes em si só, o número é muito frio, se ele não vier aconchegado, ele não presta, se não vier com qualidade, ele não presta. Não adianta eu fazer dez mil consultas se elas não vierem com qualidade e segurança. Eu prefiro fazer menos, mas fazer com qualidade e segurança. (E13)

A segunda unidade de registro relacionada à tipologia inovativa referiu-se à “divulgação”, porque após a implantação da EBSEH passou-se a divulgar mais os feitos dos hospitais. Para os gestores, é importante o reforço na imagem de excelência e inovação e o reconhecimento que advém disto (E14). “Antes tínhamos a questão de transplantes, milhares de transplantes, primeiro a fazer transplante de córnea, isso ficava esperando as mídias divulgarem, era preocupação da alta gestão mas não chegava aos níveis hierárquicos mais baixos, ninguém sabia, hoje vemos que é critério de sucesso” (E12). Os relatos corroboram:

Hoje em dia se comunica mais, tudo o que se faz aqui aparece mais lá fora. Nessa semana batemos recorde de transplantes de medula óssea em um mês. Isso aparece lá. À medida que essas coisas aparecem, internamente e divulgadas na televisão e jornal, é uma das coisas de sucesso que podemos dizer. Mas esse sucesso é sempre ligado à área assistencial. Não vejo falar muito da parte de pesquisa, do ensino. (E11)

Hoje há mais conexão com a tecnologia, antes a gente não tinha mensuração, quantos transplantes, não tinha mídia, era uma coisa muito solta, hoje é todo tempo uma linha de comunicação com a SEDE, que faz com que tudo o que aconteça todo mundo saiba através da rede, a rede dá esse sentimento que não é de propaganda, é mais, é uma conexão mesmo, conexão com o que está acontecendo nos outros hospitais, hoje é muito mais visível. (E21)

## 5.6 Análise das tipologias culturais do Complexo Hospitalar da UFC na perspectiva de servidores da UFC e empregados da EBSERH

Esta subseção apresentará a análise das tipologias culturais do Complexo Hospitalar da UFC, na visão da força de trabalho (servidores da UFC e empregados da EBSERH), de acordo com o modelo de Cameron e Quinn (2011). Inicialmente, será apresentado o perfil dos respondentes, com apresentação dos dados demográficos. Em seguida serão analisadas as tipologias culturais do complexo de forma geral, por hospital, por área de atuação e por vínculo.

### 5.2.1 Perfil dos respondentes

Nesta subseção será apresentada uma síntese descritiva do perfil dos respondentes dos servidores e empregados, a partir de dados relativos a vínculo, lotação, área de atuação, sexo, cargo, escolaridade, tempo de serviço, idade e multiplicidade de vínculos.

A Tabela 05 apresenta o percentual de respondentes por vínculo, em que a maioria dos respondentes (64,09%) possui o vínculo com a EBSERH, refletindo a proporção real, conforme consta na Tabela 01.

Tabela 05 – Distribuição de servidores e empregados por vínculo.

Vínculo	f	f%
EBSERH	141	64,09%
UFC	79	35,91%
Total	220	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A Tabela 06 mostra o percentual de respondentes por hospital, em que o HUWC teve 59,09% dos respondentes.

Tabela 06 – Distribuição de servidores e empregados por hospital.

Hospital	f	f%
HUWC	130	59,09%
MEAC	90	40,91%
Total	220	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2019).



A Tabela 07 apresenta a quantidade de respondentes por área de atuação, em que a área Assistencial apresenta o maior percentual de respondentes (57,27%).

Tabela 07 – Distribuição de servidores e empregados por área de atuação.

Área	f	f%
Assistencial	126	57,27%
Administrativa	74	33,64%
Médica	20	9,09%
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A Tabela 08 indica a distribuição por sexo, com maioria expressiva formada por profissionais do sexo feminino (78,8%).

Tabela 08 – Distribuição de servidores e empregados por sexo.

Sexo	f	f%
Feminino	172	78,18%
Masculino	48	21,82%
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A Tabela 09 demonstra a distribuição por cargos da amostra. O cargo de enfermeiro aparece em maior quantidade (20,91%), seguido pelos assistentes administrativos (20,45%) e Técnicos em Enfermagem (14,09%). Os médicos totalizam 9,09% da amostra.

Tabela 09 – Distribuição de servidores e empregados por cargo.

Cargo	f	f%
Enfermeiro	46	20,91%
Assistente Administrativo (EBSERH)	45	20,45%
Técnico em Enfermagem	31	14,09%
Médico	20	9,09%
Analista Administrativo	13	5,91%
Farmacêutico	12	5,45%
Auxiliar de Enfermagem	8	3,64%
Fisioterapeuta	7	3,18%
Nutricionista	7	3,18%
Assistente em Administração (UFC)	5	2,27%
Psicólogo	5	2,27%
Administrador	4	1,82%
Assistente Social	4	1,82%
Técnico em Contabilidade	3	1,36%
Técnico em Radiologia	3	1,36%
Fonoaudiólogo	2	0,91%
Técnico em Segurança do Trabalho	2	0,91%
Engenheiro de segurança do trabalho	1	0,45%
Técnico de Laboratório	1	0,45%
Técnico em Tecnologia da Informação	1	0,45%
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A Tabela 10 traz o nível de escolaridade. Evidencia-se o predomínio da formação em pós-graduação (34,55% *latu-sensu* e 32,27% *strictu-sensu*), totalizando 66,82% da amostra.

Tabela 10 – Distribuição de servidores e empregados por escolaridade.

<b>Escolaridade</b>	<b>f</b>	<b>f%</b>
Nível Médio	8	3,64%
Superior Incompleto	18	8,18%
Superior Completo	47	21,36%
Pós-graduação	76	34,55%
Mestrado ou doutorado	71	32,27%
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Com relação aos demais dados demográficos, observou-se em relação ao tempo de trabalho o predomínio de profissionais atuando entre 04 a 05 anos (42,73%) que reflete o grande volume de empregados contratados pela EBSEH em seu primeiro ano, com chamadas mensais que chegavam a 260 convocados. Observou-se um percentual de 28,64% dos respondentes possuindo mais de 11 anos de trabalho nos hospitais (sendo 10,91% acima de 20 anos), caracterizando-se como servidores da universidade. No que tange à idade, a faixa com maior ocorrência está compreendida de 35 a 50 anos, com 54,55% da força de trabalho. 55,45% dos respondentes é casado(a) e 62,73% da amostra possui apenas o trabalho com o hospital – daqueles que trabalham em mais de um emprego, 20,91% trabalham também em outro órgão público e 6,36% em outra instituição privada.

### 5.2.2 Identificação das tipologias de cultura organizacional do Complexo Hospitalar da UFC

Esta subseção apresentará as médias da tipologia cultural dos respondentes do instrumento de coleta enviado para servidores e empregados do Complexo Hospitalar, como um todo. Tendo-se em vista que o referencial teórico deste trabalho aponta predominância da cultura hierárquica em organizações hospitalares (SILVA *et al.*, 2018; REIS, 2015; CRUZ E FERREIRA, 2015), defendeu-se, como primeira hipótese, que a tipologia de cultura predominante nos hospitais, objetos deste estudo, é a tipologia de cultura hierárquica.

Na Tabela 11, a seguir, apresenta-se a estatística descritiva com o resultado da média alcançada em cada tipologia cultural no Complexo Hospitalar da UFC:

Tabela 11 – Estatística descritiva das médias das tipologias culturais do Complexo Hospitalar da UFC

<b>Tipologias</b>	<b>Indicadores</b>				
	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Coef. de Variação</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>
Clã	3,48	0,87	25,07%	3,50	4,00 (22 repetições; 10,00%)
Inovativa	3,17	0,82	25,70%	3,17	3,33 (23 repetições; 10,45%)
Mercado	3,12	0,78	25,18%	3,17	3,67 (24 repetições; 10,91%)
Hierárquica	3,38	0,78	22,96%	3,33	4,00 (25 repetições; 11,36%)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A maior média foi observada na Tipologia Clã, com 3,48. A mediana, medida estatística que segrega a amostra em 2 grupos com a mesma quantidade de observações, também apresentou seu maior valor observado nesta tipologia: 3,50. Portanto, significa dizer que para 110 indivíduos da amostra estudada, a tipologia clã alcançou o resultado de até 3,50, e para a outra metade da amostra, a medida resultou acima de 3,50. Já o menor coeficiente de variação, medida relativa de dispersão, calculada a partir da razão entre o desvio padrão e a média, alcançou menor resultado na Cultura Hierárquica, totalizando 22,96%, demonstrando menor dispersão da amostra.

Para utilização dos testes estatísticos adequados ao grupo de variáveis das médias que indicam a o nível de adesão à cada tipologia cultural do Complexo Hospitalar da UFC, aplicou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, verificando se os dados das variáveis se originam de uma distribuição normal. Inicialmente, foram realizados testes com os dados dos dois hospitais conjuntamente, para ter a visão completa do Complexo Hospitalar da UFC. Assim, a hipótese nula ( $H_0$ ) do Teste de K-S é que os dados do variável objeto de estudo se originam de uma distribuição normal. Já a hipótese alternativa ( $H_1$ ) afirma que os dados do variável objeto de estudo não se originam de uma distribuição normal. Para decisão através desse teste, verifica-se o *p-value*: se o nível de significância do teste for  $> 0,05$ , falha-se em rejeitar a hipótese nula. A tabela 12, a seguir, resume os resultados do teste:

Tabela 12 – Teste de *Kolmogorov-Smirnov* para a distribuição das médias das tipologias culturais do Complexo Hospitalar da UFC

Indicadores		Tipologias			
		Clã	Inovativa	Mercado	Hierárquica
N		220	220	220	220
Parâmetros normais	Média	3,4833	3,1742	3,1159	3,3826
	Erro Desvio	0,8732	0,8158	0,7845	0,7767
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	0,0830	0,0791	0,0723	0,0828
	Positivo	0,0452	0,0545	0,0560	0,0549
	Negativo	-0,0830	-0,0791	-0,0723	-0,0828
Estatística de teste		0,0830	0,0791	0,0723	0,0828
Significância Sig. (2 extremidades)		0,0010	0,0020	0,0070	0,0010
Sig exata (2 extremidades)		0,0912	0,1210	0,1908	0,0925
Probabilidade de ponto		0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

O resultado do *p-value* (Significância Sig.), é menor que 0,05 para todas as distribuições de médias das tipologias culturais, portanto, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa: os dados da variável não se originam de uma distribuição normal. Assim, a inferência estatística será realizada adiante através da aplicação de testes não-paramétricos.

Com o intuito de verificar se existe diferença estatisticamente significativa entre as tipologias de cultura organizacional do Complexo Hospitalar da UFC, utilizou-se o Teste de Friedman, teste não-paramétrico para comparação de médias de variáveis dependentes, conforme as tabelas 13 e 14, a seguir:

Tabela 13 – Teste de Friedman: Postos de média por Tipologia de Cultura

Tipologia de Cultura	Postos de média
Clã	3,10
Inovativa	2,09
Mercado	2,07
Hierárquica	2,74

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Tabela 14 – Teste de Friedman: Estatística de Teste – tipologias culturais do Complexo Hospitalar

Item	Estatísticas de Teste
N	220
Qui-quadrado	115,0124
df	3
Significância Sig.	0,0000

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A hipótese nula do Teste de Friedman afirma que as distribuições das variáveis testadas são a mesma, portanto, não havendo diferenciação entre as médias das variáveis. A hipótese nula é rejeitada caso o *p-value* seja menor que 0,05.

Através do teste aplicado, verifica-se que os scores resultantes das médias das tipologias de cultura organizacional, [ $X^2(3) = 115,0124$ ;  $p < 0,05$ ], diferem estatisticamente de forma significativa. Portanto, com o nível de significância de 5%, há argumentos suficientes para rejeitar a hipótese nula.

Dessa forma, será aplicado, na sequência, o teste *post hoc* para comparação das médias em pares, para verificar quais dimensões de cultura organizacional diferem entre si. Os resultados do teste resumem-se na Tabela 15, a seguir:

Tabela 15 – Teste *post hoc*: comparações múltiplas de médias das tipologias culturais do Complexo Hospitalar

Amostra1 - Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Mecado-Inovativa	0,0160	0,1230	0,1290	0,8970	1,0000
Mercado-Hierárquica	-0,0666	0,1230	-5,4100	0,0000	0,0000
Mecado-Clã	1,0270	0,1230	8,4600	0,0000	0,0000
Inovativa-hierárquica	-0,0650	0,1230	-5,2810	0,0000	0,0000
Inovativa-Clã	1,0110	0,1230	8,2160	0,0000	0,0000
Hierárquica-Clã	0,3610	0,1230	2,9360	0,0000	0,0000

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Cada linha da Tabela 12 testa a hipótese nula de que as distribuições são as mesmas, e, portanto, os pares de médias são iguais. Rejeita-se a hipótese nula caso o *p-value* ajustado (Sig. Aj.) apresente-se menor que 0,05. Dessa forma, verifica-se que a média da dimensão Clã difere de forma significativa estatisticamente de todas as outras. A dimensão Hierárquica também difere das dimensões Mercado e Inovativa, que não por sua vez, não diferem entre si.

Portanto, como a **tipologia clã** apresentou a maior média (3,48) e difere de forma significativa das demais tipologias. **Esta é a tipologia de cultura predominante no Complexo Hospitalar da UFC.**

### 5.2.3 Identificação das tipologias de cultura organizacional por hospital

Para maior aprofundamento, investigou-se também as tipologias de cada hospital, para detectar – apesar de o Complexo Hospitalar de forma global possuir predominância de cultura do tipo clã – se há diferenças de tipologia entre o HUWC e a MEAC, visto que a pesquisa qualitativa evidenciou diferenças culturais entre os dois hospitais.

#### 5.2.3.1 Identificação das tipologias de cultura organizacional no HUWC

A seguir, na Tabela 16, destaca-se a estatística descritiva das médias da tipologia cultural decorrentes dos questionários aplicados aos indivíduos que pertencem ao HUWC:

Tabela 16 – Estatística descritiva das médias da tipologia cultural do HUWC

Tipologias	Indicadores				
	Média	Desvio Padrão	Coef. de Variação	Mediana	Moda
Clã	3,24	0,89	27,49%	3,33	3,33 (13 repetições; 10,00%)
Inovativa	2,96	0,83	28,14%	3,00	3,00 (16 repetições; 12,31%)
Mercado	2,98	0,81	27,15%	3,00	3,17 (16 repetições; 12,31%)
Hierárquica	3,19	0,83	26,02%	3,17	4,00 (13 repetições; 10,00%)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

De acordo com a Tabela 13, para a amostra integrante do grupo do HUWC, a tipologia Clã alcançou o maior *score* em relação à média (3,24), enquanto a Tipologia Inovativa apresentou o menor índice, resultando em 2,96. Esta última tipologia citada também apresentou a maior dispersão dos dados, visto o coeficiente de variação de 28,14%. A tipologia Clã também apresentou a maior mediana na pesquisa para este grupo, com o valor de 3,33. Já a Tipologia Hierárquica, com média de 3,19, totalizou o segundo maior resultado do grupo. Esta tipologia obteve a maior moda, 4,00, que se repetiu em 13 das 130 observações.

Para utilização dos testes estatísticos adequados para verificação da significância da diferença entre as médias que indicam a o nível de adesão à cada tipologia cultural do Hospital Universitário Walter Cantídio, aplicou-se o teste de Teste de *Kolmogorov-Smirnov* para as variáveis. Dessa forma, verifica-se se os dados das variáveis originam-se de uma distribuição normal. A seguir, na Tabela 17, o resumo dos resultados do teste:

Tabela 17 – Teste de *Kolmogorov-Smirnov* para a distribuição das médias das Tipologias Culturais do HUWC

Indicadores		Tipologias			
		Clã	Inovativa	Mercado	Hierárquica
N		130	130	130	130
Parâmetros normais	Média	3,2410	2,9641	2,9756	3,1936
	Erro Desvio	0,8909	0,8342	0,8078	0,8308
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	0,0720	0,0787	0,0966	0,0861
	Positivo	0,0433	0,0675	0,0637	0,0640
	Negativo	-0,0720	-0,0787	-0,0966	-0,0861
Estatística de teste		0,0720	0,0787	0,0966	0,0861
Significância Sig. (2 extremidades)		0,0950	0,0470	0,0050	0,0190
Sig exata (2 extremidades)		0,4877	0,3769	0,1651	0,2737
Probabilidade de ponto		0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Analisando o *p-value* (Significância Sig.) resultante do teste, verifica-se que este apresenta-se maior que 0,05 somente para a Tipologia Clã. Portanto, para esta, não se rejeita a hipótese nula, assumindo que os dados observados se originam de uma distribuição normal. Para as demais tipologias, o *p-value* é menor que 0,05, portanto, para estas, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa assumindo que os dados das variáveis não se originam de uma distribuição normal.

Assim, como somente uma das variáveis do Grupo do HUWC apresenta dados normalmente distribuídos, premissa necessária para aplicação de testes paramétricos, para a inferência estatística, seguir-se-á com a aplicação de testes não-paramétricos. Com o intuito de verificar se existe diferença estatisticamente significativa entre as tipologias de cultura organizacional do HUWC, utilizou-se o Teste de Friedman, teste não-paramétrico para

comparação de médias de variáveis dependentes. Nas tabelas 18 e 19, a seguir, apresenta-se respectivamente os postos de média do Teste de Friedman e a estatística do teste:

Tabela 18 – Teste de Friedman: Postos de média por Tipologia de Cultura no HUWC

Tipologia de Cultura	Postos de média
Clã	3,02
Inovativa	2,05
Mercado	2,17
Hierárquica	2,77

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Tabela 19 – Teste de Friedman: Estatística de Teste – tipologias culturais do HUWC

Item	Estatísticas de Teste
N	130
Qui-quadrado	59,0222
df	3
Significância Sig.	0,0000

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A hipótese nula do Teste de Friedman afirma que as distribuições das variáveis testadas são a mesma, portanto, não havendo diferenciação entre as médias das variáveis. A hipótese nula é rejeitada caso o *p-value* seja menor que 0,05.

Através do teste aplicado, verifica-se que os scores resultantes das médias das tipologias de cultura organizacional, [ $X^2(3) = 59,0222$ ;  $p < 0,05$ ], diferem estatisticamente de forma significativa. Portanto, com o nível de significância de 5%, há argumentos suficientes para rejeitar a hipótese nula. Dessa forma, será aplicado o teste *post hoc* para comparação das médias em pares, para verificar quais tipologias de cultura organizacional do HUWC diferem entre si. Os resultados do teste resumem-se na Tabela 20, a seguir:

Tabela 20 – Teste *post hoc*: comparações múltiplas de médias das tipologias culturais do HUWC

Amostra1 - Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Inovativa-Mercado	-0,1230	0,1600	-0,7690	0,4420	1,0000
Inovativa-Hierárquica	-0,7190	0,1600	-4,4920	0,0000	0,0000
Inovativa-Clã	-0,9730	0,1600	6,0770	0,0000	0,0000
Mercado-Hierárquica	-0,5960	0,1600	-3,7230	0,0000	0,0010
Mercado-Clã	0,8500	0,1600	5,3080	0,0000	0,0000
Hierárquica-Clã	0,2540	0,1600	1,5850	0,1130	0,6770

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Cada linha da Tabela 20 testa a hipótese nula de que as distribuições são as mesmas, e, portanto, os pares de médias são iguais. Rejeita-se a hipótese nula caso o *p-value* ajustado (Sig. Aj.) apresente-se menor que 0,05. Dessa forma, verifica-se que a média da dimensão Clã difere de forma significativa estatisticamente das tipologias Inovativa e Mercado, mas não da Tipologia Hierárquica. Para a média da Tipologia Hierárquica, vale o mesmo: difere de forma significativa das tipologias Inovativa e Mercado, mas não da tipologia Clã.

Portanto, como as tipologias Clã e Hierárquica apresentaram os maiores *scores* de médias, respectivamente nos valores de 3,24 e 3,19, e as mesmas não diferem entre si, mas diferem de forma significativa das médias das demais tipologias, **pode-se afirmar com nível de significância de 5% que as tipologias culturais predominantes no Hospital Universitário Walter Cantídio são Clã e Hierárquica.**

#### 5.2.3.2 Identificação das tipologias de cultura organizacional na MEAC

Na Tabela 21, é apresentada a estatística descritiva em relação às médias das tipologias de cultura organizacional obtidas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand:

Tabela 21 – Estatística descritiva das médias da tipologia cultural da MEAC

Tipologias	Indicadores				
	Média	Desvio Padrão	Coef. de Variação	Mediana	Moda
Clã	3,83	0,72	18,74%	3,83	4,00 (13 repetições; 14,44%)
Inovativa	3,48	0,69	19,74%	3,50	3,33 (12 repetições; 13,33%)
Mercado	3,32	0,71	21,28%	3,42	3,67 (15 repetições; 16,67%)
Hierárquica	3,66	0,60	16,33%	3,83	3,83 (14 repetições; 15,56%)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Com média de 3,83, a tipologia Clã apresentou o maior resultado para este indicador, além de maior moda, 4,00, que se repetiu em 14,44% das observações. A tipologia Hierárquica apresentou o segundo maior *score* de média, com o total de 3,66, além da menor dispersão relativa de dados, com 16,33% de referente ao seu coeficiente de variação. A menor média foi observada na tipologia de Mercado, 3,32, que também apresentou a menor mediana, com o total de 3,42. Para o teste de normalidade das variáveis de média das tipologias culturais da MEAC, utilizou-se mais uma vez o teste de Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, cujo resultado segue abaixo, na Tabela 22:



Tabela 22 – Teste de *Kolmogorov-Smirnov* para a distribuição das médias das Tipologias Culturais da MEAC

Indicadores	Tipologias				
	Clã	Inovativa	Mercado	Hierárquica	
N	90	90	90	90	
Parâmetros normais	Média	3,8333	3,4778	3,3185	3,6556
	Erro Desvio	0,7185	0,6866	0,7061	0,5969
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	0,0889	0,0722	0,1014	0,1393
	Positivo	0,0658	0,0690	0,0963	0,1047
	Negativo	-0,0889	-0,0722	-0,1014	-0,1393
Estatística de teste	0,0889	0,0722	0,1014	0,1393	
Significância Sig. (2 extremidades)	0,0760	0,2000	0,0230	0,0000	
Sig exata (2 extremidades)	0,4498	0,7079	0,2926	0,0550	
Probabilidade de ponto	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Analisando o *p-value* (Significância Sig.) resultante do teste, verifica-se que este apresenta-se maior que 0,05 para as Tipologias Clã e Inovativa. Portanto, para esta, não se rejeita a hipótese nula, assumindo que os dados observados se originam de uma distribuição normal. Para as tipologias Mercado e Hierárquica, o *p-value* é menor que 0,05, portanto, para estas, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa assumindo que os dados das variáveis não se originam de uma distribuição normal.

Assim, como somente duas das variáveis do Grupo da MEAC apresentam dados normalmente distribuídos – premissa necessária para aplicação de testes paramétricos – para a inferência estatística, será realizada a aplicação de testes não-paramétricos. Com o intuito de verificar se existe diferença estatisticamente significativa entre as tipologias de cultura organizacional da MEAC, utilizou-se o Teste de Friedman. Nas tabelas 23 e 24, a seguir, apresenta-se respectivamente os postos de média do Teste de Friedman e a estatística do teste:

Tabela 23 – Teste de Friedman: Postos de média por Tipologia de Cultura na MEAC

Tipologia de Cultura	Postos de média
Clã	3,22
Inovativa	2,15
Mercado	1,93
Hierárquica	2,70

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Tabela 24 – Teste de Friedman: Estatística de Teste – tipologias culturais da MEAC

Item	Estatísticas de Teste
N	90
Qui-quadrado	59,4663
df	3
Significância Sig.	0,0000

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A hipótese nula do Teste de Friedman afirma que as distribuições das variáveis testadas são as mesmas, portanto, não havendo diferenciação entre as médias das variáveis. A hipótese nula é rejeitada caso o *p-value* seja menor que 0,05.

Através do teste aplicado, verifica-se que os scores resultantes das médias das tipologias de cultura organizacional, [ $X^2(3) = 59,4663$ ;  $p < 0,05$ ], diferem estatisticamente de forma significativa. Portanto, rejeita-se a hipótese nula. Aplicou-se, na sequência, o teste *post hoc* para comparação das médias em pares, verificando-se quais tipologias de cultura organizacional da MEAC diferem entre si. Os resultados do teste encontram-se na Tabela 25::

Tabela 25 – Teste *post hoc*: comparações múltiplas de médias das tipologias culturais da MEAC

Amostra1 - Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Mercado-Inovativa	0,2170	0,1920	1,1260	0,2600	1,0000
Mercado-Hierárquica	-0,7670	0,1920	-3,9840	0,0000	0,0000
Mercado-Clã	1,2830	0,1920	6,6680	0,0000	0,0000
Inovativa-Hierárquica	-0,5500	0,1920	-2,8580	0,0040	0,0260
Inovativa-Clã	1,0670	0,1920	5,5430	0,0000	0,0000
Hierárquica-Clã	0,5170	0,1920	2,6850	0,0070	0,0440

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Cada linha da Tabela 25 testa a hipótese nula de que as distribuições são as mesmas, e, portanto, os pares de médias são iguais. Rejeita-se a hipótese nula caso o *p-value* ajustado (Sig. Aj.) apresente-se menor que 0,05. Dessa forma, verifica-se que a média da dimensão Clã difere de forma significativa estatisticamente de todas as demais tipologias. Somente as médias das tipologias de Mercado e Inovativa, com *p-value* de 1,0000, não diferem de forma significativa entre si.

Portanto, como a tipologia Clã apresentou o maior *score* de médias, no total de 3,83, e difere estatisticamente de forma significativa das médias das demais tipologias, **pode-se afirmar que a tipologia Clã é a tipologia cultural predominante na Maternidade Escola Assis Chateaubriand.**

### 5.2.3.3 Investigação das diferenças das tipologias culturais entre HUWC e MEAC

Por fim, para confirmar se há diferença significativa na tipologia cultural dos dois hospitais objetos deste estudo, foi aplicado o teste de *Mann-Whitney* aos resultados das variáveis Clã e Hierárquica para os grupos do HUWC e da MEAC. Optou-se por este teste não-paramétrico, pois já foi verificado que nem todas as variáveis estudadas estão normalmente distribuídas.

Assim, como se trata de um teste estatístico para amostras independentes, será testado se há diferenças entre as médias da tipologia Clã entre indivíduos do grupo HUWC e MEAC. Da mesma forma para a tipologia Hierárquica – apesar de não ser predominante para a MEAC – que não apresentou diferença significativa para a tipologia Clã no HUWC, sendo estas duas predominantes neste hospital.

A hipótese nula para o teste de *Mann-Whitney* indica que não há diferença entre as distribuições das variáveis. Com um nível de confiança de 95%, falha-se em rejeitar a hipótese nula quando o *p-value* apresenta valor maior que 0,05. Por sua vez, a hipótese alternativa indica que as médias das variáveis estudadas diferem entre grupos, sendo aceita quando o *p-value* apresentar valor menor que 0,05. As tabelas 26 e 27 resumem o teste aplicado para os grupos HUWC e MEAC:

Tabela 26 – Teste de *Mann-Whitney* - Postos de média para as tipologias Clã e Hierárquica, por hospital

Tipologia	Vínculo	N	Soma de	
			Postos de média	Classificações
Clã	HUWC	130	92,98	12087,50
	MEAC	90	135,81	12222,50
	Total	220	-	-
Hierárquica	HUWC	130	95,46	12409,50
	MEAC	90	132,23	11900,50
	Total	220	-	-

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Tabela 27 – Teste de *Mann-Whitney*: Estatística de Teste

Estatísticas de Teste	Tipologias	
	Clã	Hierárquica
U de Mann-Whitney	3572,50	3894,50
Wilcoxon W	12087,50	12409,50
Z	-4,9170	-4,2241
Significância Sig. (2 extremidades)	0,0000	0,0000

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Analisando o *p-value* do teste aplicado (Significância Sig.), para ambas as tipologias, o mesmo totalizou valor menor que 0,05, indicando rejeição da hipótese nula. Assim, verifica-

se que as médias entre as tipologias analisadas diferem entre os grupos de indivíduos vinculados ao HUWC e o grupo de indivíduos vinculados à MEAC. Portanto, o teste de *Mann-Whitney* mostrou que a tipologia Clã ( $U = 3572,50$ ;  $p < 0,05$ ) apresenta diferença significativa entre os grupos. O mesmo pode-se afirmar para a diferença de médias da tipologia Hierárquica ( $U = 3894,50$ ;  $p < 0,05$ ) entre os grupos HUWC e MEAC.

Desta forma, a tipologia Clã, predominante de forma singular na MEAC, com a média de 3,83, apresenta maior intensidade para esta tipologia que o Hospital Universitário Walter Cantídio, que totalizou 3,24. Para o HUWC, a tipologia hierárquica, que também é predominante e totalizou 3,19, se apresentou em menor magnitude em relação à média dessa tipologia na MEAC (3,66), com diferença estatisticamente significativa.

Portanto, **pode-se concluir que há diferença entre as tipologias culturais dos indivíduos da MEAC e do HUWC**, pois além de predominâncias de tipologias diferentes (predominância exclusiva de Clã na MEAC e indiferente entre Clã e Hierárquica para o HUWC), as médias alcançadas na MEAC para aquelas tipologias predominantes no HUWC apresentam maior acentuação, com diferença estatisticamente significativa.

Tendo em vista os dados obtidos pelas investigações das tipologias culturais no Complexo Hospitalar e, em seguida, em cada hospital, é possível analisar duas das hipóteses deste trabalho. A hipótese H1, formulada a partir dos estudos de Silva *et al.* (2018), Reis (2015), Cruz e Ferreira (2015) e Rocha *et al.* (2014) que apontaram que hospitais tendem a apresentar predomínio da tipologia de cultura hierárquica, **foi rejeitada pois não foi confirmada** pela pesquisa quantitativa: a tipologia de cultura clã predomina no complexo, de forma geral, enquanto nos hospitais, a mesma tipologia também predomina com diferenças estatisticamente significantes na MEAC – apenas no HUWC a tipologia clã não se diferencia de forma estatisticamente significativa da cultura hierárquica, embora se apresente predominante na estatística descritiva.

Os dados apresentados permitem, também, analisar a hipótese H4. A quarta hipótese desta dissertação enuncia que a tipologia de cultura Inovativa (ou *ad hoc*), é a menos recorrente nos hospitais que são alvo deste estudo (SILVA *et al.*, 2018; REIS, 2015; LOURENÇO *et al.*; 2017; CRUZ E FERREIRA, 2015). Porém, conforme os dados da Tabela 08, a tipologia de mercado foi aquela que apresentou o menor *score* na apuração do questionário, com média de 3,12.

Dentre as quatro tipologias, a Inovativa apresentou a terceira menor média, totalizando 3,17. No entanto, no teste *post hoc* já apresentado na Tabela 12, na comparação da diferença entre par de médias, para estas duas tipologias culturais, o *p-value* ajustado (Sig. Aj.)

resultou em 1,000, portanto, maior que 0,05, indicando que as médias não diferem estatisticamente de forma significativa. **Dessa maneira, a quarta hipótese deste trabalho é parcialmente confirmada, pois apesar de a Cultura inovativa não possuir a menor média observada no Complexo Hospitalar da UFC, ela não difere de maneira significativa da Cultura de Mercado, a menor entre as tipologias analisadas.**

A seguir, na Tabela 28, apresenta-se a estatística descritiva com os resultados das características culturais em cada tipologia cultural medida no Complexo Hospitalar da UFC:

Tabela 28 – Estatística descritiva dos elementos culturais em cada tipologia cultural

Características Culturais	Indicadores	Tipologias			
		Clã	Inovativa	Mercado	Hierárquica
<b>Características dominantes</b>	Média	3,83	3,20	3,29	3,48
	Desvio Padrão	0,841	0,93	0,97	1,03
	Coef. de Variação	21,94%	29,19%	29,43%	29,49%
	Mediana	4,00	3,00	3,00	4,00
	Moda	4,00	3,00	4,00	4,00
		(106 repetições; 48,18%)	(87 repetições; 39,55%)	(81 repetições; 36,82%)	(86 repetições; 39,09%)
<b>Liderança</b>	Média	3,48	3,06	3,16	3,26
	Desvio Padrão	1,10	1,08	1,07	1,08
	Coef. de Variação	31,71%	35,23%	33,91%	33,19%
	Mediana	4,00	3,00	3,00	3,00
	Moda	4,00	3,00	3,00	4,00
		(86 repetições; 39,09%)	(78 repetições; 35,45%)	(76 repetições; 34,55%)	(86 repetições; 39,09%)
<b>Força de Trabalho</b>	Média	3,53	3,05	3,27	3,36
	Desvio Padrão	0,95	1,06	0,99	0,93
	Coef. de Variação	26,88%	34,64%	30,32%	27,63%
	Mediana	4,00	3,00	3,00	3,00
	Moda	4,00	3,00	3,00	4,00
		(94 repetições; 42,73%)	(80 repetições; 36,36%)	(84 repetições; 38,18%)	(90 repetições; 40,91%)
<b>Coesão Organizacional</b>	Média	3,49	3,33	3,18	3,35
	Desvio Padrão	1,04	1,01	0,95	0,98
	Coef. de Variação	29,84%	30,43%	29,78%	29,35%
	Mediana	4,00	3,00	3,00	3,00
	Moda	4,00	4,00	3,00	4,00
		(78 repetições; 35,45%)	(81 repetições; 36,82%)	(95 repetições; 43,18%)	(80 repetições; 36,36%)

<b>Ênfase Estratégica</b>	Média	3,27	3,33	2,94	3,46
	Desvio Padrão	1,10	1,07	1,02	0,99
	Coef. de Variação	33,65%	32,27%	34,56%	28,49%
	Mediana	3,00	3,00	3,00	4,00
	Moda	4,00	3,00	3,00	4,00
		(68 repetições; 30,91%)	(79 repetições; 35,91%)	(77 repetições; 35,00%)	(91 repetições; 41,36%)
<b>Crítérios de Sucesso</b>	Média	3,30	3,08	2,85	3,38
	Desvio Padrão	1,15	1,00	1,08	1,00
	Coef. de Variação	34,76%	32,56%	37,94%	29,50%
	Mediana	3,00	3,00	3,00	3,00
	Moda	4,00	3,00	3,00	4,00
		(63 repetições; 28,64%)	(88 repetições; 40,00%)	(85 repetições; 38,64%)	(83 repetições; 37,73%)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

É importante salientar que, apesar da primeira hipótese ter sido rejeitada, a análise qualitativa identificou fartos elementos de cultura hierárquica que foram evidenciados nas entrevistas com os gestores – notadamente no HUWC, cujos resultados quantitativos indicaram que não há diferença estatística para a cultura clã neste hospital.

A pesquisa quantitativa também corroborou a análise qualitativa no que se refere ao predomínio da tipologia clã na MEAC, tendo em vista que lá a tipologia clã se diferencia de forma estatisticamente significativa das demais culturas.

As divergências entre a visão dos gestores e dos empregados se apresentaram na análise das culturas de mercado e inovativa. A cultura de mercado não se mostrou predominante entre os empregados na análise quantitativa, mas foi fortemente evidenciada pelos gestores nas entrevistas, o que poderia reforçar a impressão de “cultura de transição”, visto que esta cultura trazida pela EBSEH ainda não teria chegado de forma plena às atividades finalísticas.

Por fim, a hipótese levantada por esta pesquisa, de que a tipologia inovativa seria a menos percebida nos hospitais não foi confirmada pela pesquisa quantitativa – constatou-se que não há diferença estatisticamente significativa em relação à cultura de mercado. Porém, os gestores fizeram menos relatos da tipologia inovativa do que da tipologia de mercado – e a maior parte destes relatos foi proveniente da MEAC.

#### **5.2.4 Identificação das tipologias de cultura organizacional por área de atuação**

Para a investigação das hipóteses H2 e H3, buscou-se investigar as percepções da cultura das áreas de atuação assistencial e administrativa do Complexo Hospitalar da UFC.

### 5.2.4.1 Identificação das tipologias de cultura organizacional da área assistencial do Complexo Hospitalar da UFC

Realizou-se a investigação da segunda hipótese deste estudo: **a tipologia de cultura clã é predominante no segmento de servidores e empregados da área assistencial dos hospitais objetos deste estudo**, com base na revisão de literatura que indicou, em outros estudos (SILVA *et al.*, 2018; REIS, 2015; CRUZ E FERREIRA, 2015), que a área assistencial teria maior aderência a este tipo de cultura em função da natureza do trabalho.

Em relação aos servidores e empregados da área assistencial do Complexo Hospitalar, testou-se a normalidade das variáveis resultantes da aplicação do questionário para obtenção da predominância da tipologia de cultura organizacional. Para tal fim, mas uma vez optou-se pelo Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, visto que o grupo estudado possui 126 indivíduos, e o teste em questão é indicado para grupos com  $n > 50$ . A tabela 29 resume os resultados do teste:

Tabela 29 – Teste de *Kolmogorov-Smirnov* para a distribuição das médias das tipologias culturais da área assistencial

Indicadores	Tipologias				
	Clã	Inovativa	Mercado	Hierárquica	
N	126	126	126	126	
Parâmetros normais	Média	3,6257	3,2672	3,2050	3,4616
	Erro Desvio	0,8537	0,8086	0,7908	0,8193
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	0,0961	0,0785	0,0695	0,0988
	Positivo	0,0537	0,0785	0,0670	0,0564
	Negativo	-0,0961	-0,0622	-0,0695	-0,0988
Estatística de teste	0,0961	0,0785	0,0695	0,0988	
Significância Sig. (2 extremidades)	0,0060	0,0540	0,2000	0,0040	
Sig exata (2 extremidades)	0,1827	0,3985	0,5530	0,1597	
Probabilidade de ponto	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Analisando o *p-value* (Significância Sig.) resultante do teste, verifica-se que este apresenta-se maior que 0,05 para duas tipologias culturais: Inovativa e Mercado. Portanto, para estas, não se rejeita a hipótese nula, assumindo que os dados observados se originam de uma distribuição normal. Para as tipologias Clã e Hierárquica, o *p-value* é menor que 0,05, assim, para as variáveis destas tipologias, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa assumindo que os dados das variáveis não se originam de uma distribuição normal.

Dessa forma, como somente duas das variáveis do Grupo da Área Assistencial são normalmente distribuídas, premissa necessária para aplicação de testes paramétricos, para a inferência estatística, serão adotados testes não-paramétricos. Na Tabela 30, apresenta-se a

estatística descritiva com o resultado da média alcançada em cada tipologia cultural da Área Assistencial do Complexo Hospitalar da UFC:

Tabela 30 – Estatística descritiva das médias da tipologia cultural da área assistencial

Tipologias	Indicadores				
	Média	Desvio Padrão	Coef. de Variação	Mediana	Moda
Clã	3,63	0,85	23,55%	3,75	4,00 (14 repetições; 11,11%)
Inovativa	3,27	0,81	24,75%	3,25	3,33 (14 repetições; 11,11%)
Mercado	3,21	0,79	24,67%	3,17	3,67 (13 repetições; 10,32%)
Hierárquica	3,46	0,82	23,67%	3,58	3,67 (12 repetições; 9,52%)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Analisando os dados da Tabela 30, percebe-se que a Cultura Clã alcançou a maior média da Área Assistencial, totalizando 3,63, e também possui a menor dispersão relativa, pois apresenta o menor coeficiente de variação: 23,55%. Ademais, a Cultura Clã também possui a maior mediana dentre as tipologias observadas e o maior *score* para a Moda, que indica o resultado mais recorrente entre os indivíduos da amostra para a tipologia.

A fim de verificar se as diferenças existentes entre as médias indicadas na Tabela 30 são significantes, utilizou-se o Teste de Friedman, conforme as tabelas 31 e 32:

Tabela 31 – Teste de Friedman: Postos de média por tipologia cultural da área assistencial

Tipologia de Cultura	Postos de média
Clã	3,21
Inovativa	2,08
Mercado	2,06
Hierárquica	2,65

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Tabela 32 – Teste de Friedman: Estatística de Teste – tipologias culturais da área assistencial

Item	Estatísticas de Teste
N	126
Qui-quadrado	77,0591
df	3
Significância Sig.	0,0000

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Através do teste aplicado, verifica-se que os scores resultantes das médias das tipologias de cultura organizacional da Área Assistencial, [ $X^2(3) = 77,0591$ ;  $p < 0,05$ ], diferem estatisticamente de forma significativa. Portanto, com o nível de significância de 5%, há argumentos suficientes para rejeitar a hipótese nula e assumirmos a hipótese alternativa de diferença entre as médias.



O teste *post hoc* para comparação das médias em pares, descrito na Tabela 33, indica quais médias de tipologias de cultura organizacional diferem entre si:

Tabela 33 – Teste *post hoc*: comparações múltiplas de médias da área assistencial

Amostra1 - Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Mercado-Inovativa	0,0160	0,1630	0,0980	0,9220	1,0000
Mercado-Hierárquica	-0,5950	0,1630	-3,6600	0,0000	0,0020
Mercado-Clã	1,1151	0,1630	7,0750	0,0000	0,0000
Inovativa-Hierárquica	-0,5790	0,1630	-3,5620	0,0000	0,0020
Inovativa-Clã	1,1350	0,1630	6,9780	0,0000	0,0000
Hierárquica-Clã	0,5560	0,1630	3,4160	0,0010	0,0040

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Avaliando o *p-value*, disposto na última coluna da Tabela 30 (Sig. Aj.), verifica-se que em todas as comparações contendo a Tipologia Clã, o mesmo se apresentou menor que 0,05, indicando que esta tipologia difere de forma significativa estatisticamente de todas as outras na Área Assistencial. Dessa maneira, como a Tipologia Clã apresentou a maior média (3,63) e difere de forma significativa das demais tipologias, essa é a tipologia de cultura predominante na Área Assistencial do Complexo Hospitalar da UFC. **Assim, confirma-se a segunda hipótese deste trabalho: a tipologia de cultura clã é predominante no segmento de servidores e empregados da área assistencial do Complexo Hospitalar da UFC.**

#### 5.2.4.2 Identificação das tipologias de cultura organizacional da área administrativa do Complexo Hospitalar da UFC

Foi realizada uma nova análise para investigar a terceira hipótese deste estudo: **A tipologia de cultura de mercado é predominante nos servidores e empregados da área administrativa nos hospitais que são objetos deste estudo**, hipótese levantada na revisão de literatura (REIS, 2015; SILVA *et al.*, 2018) que indicou, em outros estudos, que a área administrativa, cujo trabalho consiste em “área-meio” dos hospitais, teria percepção cultural voltada para objetivos e metas.

Para os dados resultantes da pesquisa junto aos servidores e empregados da área administrativa do Complexo Hospitalar da UFC, assim como realizado com os demais grupos objetos de estudo, testou-se a normalidade das variáveis através da aplicação do Teste de *Kolmogorov-Smirnov*. A tabela 34 a seguir, resume os resultados do teste:

Tabela 34 – Teste de *Kolmogorov-Smirnov* para a distribuição das médias das tipologias culturais da área administrativa

Indicadores	Tipologias				
	Clã	Inovativa	Mercado	Hierárquica	
N	74	74	74	74	
Parâmetros normais	Média	3,1892	2,9730	2,9752	3,2050
	Erro Desvio	0,8351	0,7876	0,8163	0,6715
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	0,0576	0,1218	0,1202	0,1038
	Positivo	0,0576	0,0676	0,0823	0,1038
	Negativo	-0,0560	-0,1218	-0,1202	-0,0845
Estatística de teste	0,0576	0,1218	0,1202	0,1038	
Significância Sig. (2 extremidades)	0,2000	0,0080	0,0100	0,0470	
Sig exata (2 extremidades)	0,9550	0,2049	0,2170	0,3765	
Probabilidade de ponto	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Analisando o *p-value* (Significância Sig.) resultante, verifica-se que este apresenta-se maior que 0,05 Clã. Portanto, para esta, não se rejeita a hipótese nula, assumindo que os dados observados se originam de uma distribuição normal. Para as demais tipologias, o *p-value* é menor que 0,05, portanto, para estas, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa assumindo que os dados das variáveis não se originam de uma distribuição normal.

Assim, como somente uma das variáveis do grupo da área administrativa apresenta dados normalmente distribuídos, premissa necessária para aplicação de testes paramétricos, para a inferência estatística, serão aplicados testes não-paramétricos. Na Tabela 35, apresenta-se a estatística descritiva com o resultado da média alcançada em cada tipologia cultural da área administrativa do Complexo Hospitalar da UFC:

Tabela 35 – Estatística descritiva das médias da tipologia cultural da área administrativa

Tipologias	Indicadores				
	Média	Desvio Padrão	Coef. de Variação	Mediana	Moda
Clã	3,19	0,84	26,18%	3,17	3,50 (7 repetições; 9,46%)
Inovativa	2,97	0,79	26,49%	3,00	3,00 (9 repetições; 12,16%)
Mercado	2,98	0,82	27,44%	3,08	3,67 (10 repetições; 13,51%)
Hierárquica	3,20	0,67	20,95%	3,17	3,00 (11 repetições; 14,86%)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Analisando os dados da Tabela 35, percebe-se que a Cultura Hierárquica alcançou a maior média da área administrativa, totalizando 3,20, e também possui a menor dispersão relativa, pois apresenta o menor coeficiente de variação: 20,95%. Ademais, a Cultura Clã, apresentou média bastante parecida com a média da cultura Hierárquica: 3,19, embora com maior dispersão dos dados, visto o desvio padrão de 0,84. A tipologia de mercado, que está

relacionada a este grupo na formulação da terceira hipótese deste trabalho, apresentou média de 2,98, apenas 0,01 acima da média da Cultura Inovativa, a menor dentre as quatro tipologias.

Com o intuito de verificar as diferenças existentes entre as médias indicadas na Tabela 43 são significantes, utilizou-se o Teste de Friedman, apresentado nas tabelas 36 e 37:

Tabela 36 – Teste de Friedman: Postos de média por tipologia cultural da área administrativa

Tipologia de Cultura	Postos de média
Clã	2,93
Inovativa	2,05
Mercado	2,16
Hierárquica	2,86

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Tabela 37 – Teste de Friedman: Estatística de Teste – tipologias culturais da área administrativa

Item	Estatísticas de Teste
N	74
Qui-quadrado	32,2616
df	3
Significância Sig.	0,0000

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Através do teste aplicado, verifica-se que os scores resultantes das médias das tipologias de cultura organizacional da Área Administrativa, [ $X^2(3) = 32,2616$ ;  $p < 0,05$ ], diferem estatisticamente de forma significativa. Portanto, com o nível de significância de 5%, há argumentos suficientes para rejeitar a hipótese nula e assumirmos a hipótese alternativa de diferença entre as médias. O teste *post hoc* para comparação das médias em pares, descrito na Tabela 38, indica quais médias de tipologias de cultura organizacional diferem entre si:

Tabela 38 – Teste *post hoc*: comparações múltiplas de médias da área administrativa

Amostra1 - Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Hierárquica-Clã	0,0740	0,2120	0,3500	0,7260	1,0000
Inovativa-Mercado	-0,1150	0,2120	-0,5410	0,5880	1,0000
Mercado-Hierárquica	-0,6960	0,2120	-3,2790	0,0010	0,0060
Mercado-Clã	0,7700	0,2120	3,6290	0,0000	0,0020
Inovativa-Hierárquica	-0,8110	0,2120	-3,8200	0,0000	0,0010
Inovativa-Clã	0,8850	0,2120	4,1700	0,0000	0,0000

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Avaliando o *p-value* (Sig. Aj.), verifica-se a média da Cultura Hierárquica difere estatisticamente de forma significativa das médias das Culturas de Mercado e Inovativa (*p*-

$value < 0,05$ ; respectivamente nos valores de 0,0060 e 0,0010). No entanto, para a comparação do par de médias das Culturas Hierárquica e Clã, o  $p-value$  de 1,0000, indica que não há argumentos suficientes para rejeição da hipótese nula, assumindo, portanto, que as médias dessas duas tipologias culturais não diferem entre si.

Consequentemente, em relação à média da tipologia de mercado, verifica-se que ela difere de forma significativa das culturas Clã e Hierárquica (as duas que apresentaram maior *score* de média), mas não da tipologia Inovativa, que por sua vez, apresentou a menor média dentre as tipologias. **Portanto, a terceira hipótese desta pesquisa não foi confirmada**, pois esta aponta que a tipologia de cultura de mercado é predominante nos servidores e empregados da área administrativa, **enquanto os resultados apontaram predomínio da cultura hierárquica, sem diferenciação significativa da cultura clã.**

### 5.2.5 Identificação das tipologias de cultura organizacional por vínculo de trabalho

Considerou-se pertinente continuar no aprofundamento das pesquisas das tipologias, verificando qual tipologia predomina entre os vínculos (UFC e EBSEH) e se os grupos diferem de forma significativa estatisticamente.

#### 5.2.5.1 Identificação das tipologias de cultura organizacional dos servidores da UFC

Considerou-se pertinente continuar no aprofundamento das pesquisas das tipologias, verificando qual tipologia predomina entre os vínculos (UFC e EBSEH) e se os grupos diferem de forma significativa estatisticamente. Na tabela 39, apresenta-se a estatística descritiva das médias da tipologia cultural decorrentes dos questionários aplicados aos indivíduos que possuem vínculo empregatício junto à Universidade Federal do Ceará, são servidores. Para este grupo, há o total de 79 indivíduos.

Tabela 39 – Estatística descritiva das médias das tipologias culturais da UFC

Tipologias	Indicadores				
	Média	Desvio Padrão	Coef. de Variação	Mediana	Moda
Clã	3,46	0,99	28,49%	3,67	4,00 (8 repetições; 10,13%)
Inovativa	3,16	0,95	30,01%	3,17	3,33 (9 repetições; 11,39%)
Mercado	3,13	0,84	26,73%	3,17	3,67 (11 repetições; 13,92%)
Hierárquica	3,40	0,87	25,57%	3,50	4,00 (12 repetições; 15,19%)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

De acordo com os dados acima, para a amostra integrante do grupo de indivíduos com vínculo UFC, a tipologia Clã alcançou o maior *score* em relação à média (3,46),

enquanto que a tipologia de Mercado apresentou o menor índice, resultando em 3,13. Já a maior dispersão relativa dos dados foi observada na tipologia Inovativa, visto o coeficiente de variação de 30,01%. A tipologia Clã também apresentou a maior mediana na pesquisa para este grupo, com o valor de 3,67. Já a Tipologia Hierárquica, com média de 3,40, totalizou o segundo maior resultado do grupo. Para esta tipologia, destaca-se ainda que obteve a maior moda, 4,00, assim como a Tipologia Clã, no entanto, para a primeira, a nota repetiu-se em mais situações, 12 no total, ou em 15,19% dos dados.

Para utilização dos testes estatísticos adequados para verificação da significância da diferença entre as médias que indicam a o nível de adesão à cada tipologia cultural dos servidores da UFC, aplicou-se o teste de Teste de *Kolmogorov-Smirnov* para as variáveis. Assim, é verificado se os dados das variáveis originam-se de uma distribuição normal. A seguir, na Tabela 40, o resumo dos resultados do teste:

Tabela 40 – Teste de *Kolmogorov-Smirnov* para a distribuição das médias das tipologias culturais da UFC

Indicadores		Tipologias			
		Clã	Inovativa	Mercado	Hierárquica
N		79	79	79	79
Parâmetros normais	Média	3,4641	3,1646	3,1329	3,3966
	Erro Desvio	0,9870	0,9498	0,8373	0,8686
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	0,1221	0,0895	0,0925	0,1157
	Positivo	0,0635	0,0571	0,0580	0,0917
	Negativo	-0,1221	-0,0895	-0,0925	-0,1157
Estatística de teste		0,1221	0,0895	0,0925	0,1157
Significância Sig. (2 extremidades)		0,0050	0,1850	0,0910	0,0110
Sig exata (2 extremidades)		0,1746	0,5230	0,4801	0,2227
Probabilidade de ponto		0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Analisando o *p-value* (Significância Sig.) resultante do teste, verifica-se que este apresenta-se maior que 0,05 para as Tipologias Inovativa e Mercado. Portanto, para estas, não se rejeita a hipótese nula, assumindo que os dados observados se originam de uma distribuição normal. Para as demais tipologias, o *p-value* é menor que 0,05, portanto, para estas, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa assumindo que os dados das variáveis não se originam de uma distribuição normal.

Dessa forma, como somente duas das variáveis do grupo dos servidores da UFC apresentam dados normalmente distribuídos, premissa necessária para aplicação de testes paramétricos, para a inferência estatística, a investigação seguirá com a aplicação de testes não-paramétricos.

Com o intuito de verificar se existe diferença estatisticamente significativa entre as tipologias de cultura organizacional da UFC, utilizou-se o Teste de Friedman, teste não-paramétrico para comparação de médias de variáveis dependentes, conforme as tabelas 41 e 42:

Tabela 41 – Teste de Friedman: Postos de média por tipologia de cultura da UFC

Tipologia de Cultura	Postos de média
Clã	3,13
Inovativa	2,06
Mercado	2,11
Hierárquica	2,70

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Tabela 42 – Teste de Friedman: Estatística de Teste – tipologias culturais da UFC

Item	Estatísticas de Teste
N	79
Qui-quadrado	42,9079
df	3
Significância Sig.	0,0000

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A hipótese nula do Teste de Friedman afirma que as distribuições das variáveis testadas são as mesmas, portanto, não havendo diferenciação entre as médias das variáveis. A hipótese nula é rejeitada caso o *p-value* seja menor que 0,05. Através do teste aplicado, verifica-se que os *scores* resultantes das médias das tipologias de cultura organizacional, [ $X^2(3) = 42,9079$ ;  $p < 0,05$ ], diferem estatisticamente de forma significativa. Portanto, com o nível de significância de 5%, há argumentos suficientes para rejeitar a hipótese nula.

Dessa forma, será aplicado na sequência o teste *post hoc* para comparação das médias em pares, a fim de verificar quais tipologias de cultura organizacional dos servidores da UFC diferem entre si. Os resultados do teste resumem-se na Tabela 43, a seguir:

Tabela 43 – Teste *post hoc*: comparações múltiplas de médias das tipologias culturais da UFC

Amostra1 - Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Inovativa-Mercado	-0,0440	0,2050	-0,2160	0,8290	1,0000
Inovativa-Hierárquica	-0,6330	0,2050	-3,0810	0,0020	0,0120
Inovativa-Clã	1,0700	0,2050	5,2070	0,0000	0,0000
Mercado-Hierárquica	-0,5890	0,2050	-2,8650	0,0040	0,0250
Mercado-Clã	1,0250	0,2050	4,9920	0,0000	0,0000
Hierárquica-Clã	0,4370	0,2050	2,1260	0,0340	0,2010

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Cada linha da Tabela 40 testa a hipótese nula de que as distribuições são as mesmas, e, portanto, os pares de médias são iguais. Rejeita-se a hipótese nula caso o *p-value* ajustado (Sig. Aj.) apresente-se menor que 0,05. Dessa forma, verifica-se que a média da dimensão Clã difere de forma significativa estatisticamente das tipologias Inovativa e Mercado, mas não da Tipologia Hierárquica. Para a média da Tipologia Hierárquica, vale o mesmo: difere de forma significativa das tipologias Inovativa e Mercado, mas não da tipologia Clã.

Portanto, como a tipologia Clã e a Hierárquica apresentaram os maiores *scores* de médias, respectivamente nos valores de 3,46 e 3,40, e as mesmas não diferem entre si, mas diferem de forma significativa das médias das demais tipologias, **pode-se afirmar com nível de significância de 5% que as tipologias clã e hierárquica são predominantes em relação aos servidores do Complexo Hospitalar que possuem vínculo laboral junto à Universidade Federal do Ceará.**

#### 5.2.5.2 Identificação das tipologias de cultura organizacional dos empregados da EBSEH

Dando prosseguimento à investigação das tipologias culturais do Complexo Hospitalar da UFC, é chegado o momento de observar somente os indivíduos da amostra do Complexo Hospitalar que possuem vínculo junto à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Foi obtida a seguinte estatística descritiva em relação às médias das tipologias de cultura organizacional, para um *n* igual a 141, conforme a Tabela 44:

Tabela 44 – Estatística descritiva das médias das tipologias culturais da EBSEH

Tipologias	Indicadores				
	Média	Desvio Padrão	Coef. de Variação	Mediana	Moda
Clã	3,49	0,81	23,07%	3,50	4,00 (14 repetições; 9,93%)
Inovativa	3,18	0,73	23,08%	3,17	3,00 (15 repetições; 10,64%)
Mercado	3,11	0,76	24,35%	3,00	3,00 (16 repetições; 11,35%)
Hierárquica	3,37	0,72	21,43%	3,33	3,00 (19 repetições; 13,48%)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Com média de 3,49, a tipologia Clã apresentou o maior resultado para este indicador, além de maior moda, 4,00, mas que se repetiu somente em 9,93% das observações. A tipologia Hierárquica apresentou o segundo maior *score* de média, com o total de 3,37, além da menor dispersão relativa de dados, com 21,43% de referente ao seu coeficiente de variação. A menor média foi observada na tipologia de Mercado, 3,11, que também apresentou a menor mediana, com o total de 3,00.

Para o teste de normalidade das variáveis de média das tipologias culturais da EBSEH, utilizou-se o teste de Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, conforme a Tabela 45:

Tabela 45 – Teste de *Kolmogorov-Smirnov* para a distribuição das médias das Tipologias culturais da EBSE RH

Indicadores		Tipologias			
		Clã	Inovativa	Mercado	Hierárquica
N		141	141	141	141
Parâmetros normais	Média	3,4941	3,1797	3,1064	3,3747
	Erro Desvio	0,8061	0,7338	0,7563	0,7232
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	0,0744	0,0700	0,0782	0,0955
	Positivo	0,0524	0,0554	0,0782	0,0955
	Negativo	-0,0744	-0,0700	-0,0614	-0,0830
Estatística de teste		0,0744	0,0700	0,0782	0,0955
Significância Sig. (2 extremidades)		0,0540	0,0880	0,0350	0,0030
Sig exata (2 extremidades)		0,3963	0,4739	0,3375	0,1434
Probabilidade de ponto		0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Analisando o *p-value* (Significância Sig.) resultante do teste, verifica-se que este apresenta-se maior que 0,05 para as Tipologias Clã e Inovativa. Portanto, para estas, não se rejeita a hipótese nula, assumindo que os dados observados se originam de uma distribuição normal. Para as tipologias Mercado e Hierárquica, o *p-value* é menor que 0,05, portanto, para estas, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa assumindo que os dados das variáveis não se originam de uma distribuição normal.

Assim, como somente duas das variáveis do grupo dos indivíduos com vínculo EBSE RH apresentam dados normalmente distribuídos, premissa necessária para aplicação de testes paramétricos, para a inferência estatística serão aplicados testes não-paramétricos. Para verificar se existe diferença estatisticamente significativa entre as tipologias de cultura organizacional da EBSE RH, utilizou-se o Teste de Friedman, conforme as Tabelas 46 e 47:

Tabela 46 – Teste de Friedman: Postos de média por tipologia cultural da EBSE RH

Tipologia de Cultura	Postos de média
Clã	3,08
Inovativa	2,10
Mercado	2,05
Hierárquica	2,76

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Tabela 47 – Teste de Friedman: Estatística de Teste – tipologias culturais da EBSE RH

Item	Estatísticas de Teste
N	141
Qui-quadrado	72,5442
df	3
Significância Sig.	0,0000

Fonte: Dados da pesquisa (2019).



A hipótese nula do Teste de Friedman afirma que as distribuições das variáveis testadas são as mesmas, portanto, não havendo diferenciação entre as médias das variáveis. A hipótese nula é rejeitada caso o *p-value* seja menor que 0,05. Através do teste, verifica-se que os *scores* resultantes das médias das tipologias de cultura organizacional, [ $X^2(3)=72,5442$ ;  $p < 0,05$ ], diferem estatisticamente de forma significativa. Portanto, rejeita-se a hipótese nula.

Assim, será aplicado o teste *post hoc* para comparação das médias em pares, verificando quais tipologias do grupo com vínculo EBSEH diferem entre si:

Tabela 48 – Teste *post hoc*: comparações múltiplas de médias das tipologias culturais da EBSEH

Amostra1 - Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Mercado-Inovativa	0,0500	0,1540	0,0323	0,7470	1,0000
Mercado-Hierárquica	-0,7090	0,1540	-4,6130	0,0000	0,0000
Mercado-Clã	1,0280	0,1540	6,6880	0,0000	0,0000
Inovativa-Hierárquica	-0,0660	0,1540	-4,2900	0,0000	0,0000
Inovativa-Clã	0,9790	0,1540	6,3650	0,0000	0,0000
Hierárquica-Clã	0,3190	0,1540	2,0760	0,0380	0,2280

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Cada linha da Tabela 48 testa a hipótese nula de que as distribuições são as mesmas, e, portanto, os pares de médias são iguais. Rejeita-se a hipótese nula caso o *p-value* ajustado (Sig. Aj.) apresente-se menor que 0,05. Assim, verifica-se que a média da dimensão Clã difere de forma significativa estatisticamente das tipologias de Mercado e Inovativa, mas não da tipologia Hierárquica, pois para esta comparação, a significância do teste totalizou 0,2280, ou seja, maior que 0,05. As médias das tipologias de Mercado e Inovativa, com *p-value* de 1,0000, também não diferem de forma significativa entre si.

Portanto, como a tipologia Clã e a Hierárquica apresentaram o maior *score* de médias, no total de 3,49 e 3,37, respectivamente e as elas não diferem estatisticamente de forma significativa, **pode-se afirmar que estas são as tipologias de cultura predominantes no Complexo Hospitalar da UFC, no que diz respeito aos indivíduos com vínculo EBSEH.**

#### 5.2.5.3 Comparando as percepções de tipologias culturais dos vínculos UFC e EBSEH

Buscou-se ainda verificar se há diferença de forma significativa entre as tipologias culturais predominantes (clã e hierárquica, para as quais em ambos os grupos não houve diferença significativa entre as tipologias) para os indivíduos do grupo que possuem vínculo UFC com aquelas obtidas junto aos indivíduos do grupo da EBSEH. Como já foi visto que

nem todas as variáveis testadas (as médias, por tipologia) possuem distribuição normal, utilizou-se um teste não-paramétrico para a investigação. Por serem amostras independentes, já que os indivíduos que possuem vínculo à UFC não são os mesmos indivíduos que possuem vínculo institucional junto à EBSEH, será aplicado o teste de *Mann-Whitney*, cujo resumo segue abaixo nas Tabelas 49 e 50:

Tabela 49 – Teste de *Mann-Whitney* - Postos de média para as tipologias Clã e Hierárquica, por vínculo

Tipologia	Vínculo	N	Soma de	
			Postos de média	Classificações
Clã	UFC	79	111,37	8798,00
	EBSEH	141	110,01	15512,00
	Total	220	-	-
Hierárquica	UFC	79	112,80	8911,00
	EBSEH	141	109,21	15399,00
	Total	220	-	-

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Tabela 50 – Teste de *Mann-Whitney*: Estatística de Teste

Estatísticas de Teste	Tipologias	
	Clã	Hierárquica
U de Mann-Whitney	5501,00	5388,00
Wilcoxon W	15512,00	15399,00
Z	-0,1516	-0,4018
Significância Sig. (2 extremidades)	0,8795	0,6878

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

No teste de Teste de *Mann-Whitney*, a hipótese nula, que deve ser aceita quando o *p-value* for maior que 0,05, indicando que não há diferença entre as distribuições analisadas. Já a hipótese alternativa indica que as médias da tipologia dos grupos diferem entre si.

Analisando o *p-value* do teste aplicado (Significância Sig.), para ambas as tipologias, o mesmo totalizou maior que 0,05, falhando-se em rejeitar a hipótese nula. Assim, verifica-se que as médias entre as tipologias analisadas não diferem entre o grupo de indivíduos vinculados à UFC e o grupo de indivíduos vinculados às EBSEH. Portanto, o teste de *Mann-Whitney* mostrou que a tipologia Clã ( $U = 5501,00$ ;  $p > 0,05$ ) não apresenta diferença significativa entre os grupos. Também pode-se afirmar para a diferença de médias da tipologia Hierárquica ( $U = 5388,00$ ;  $p > 0,05$ ) entre os grupos UFC e EBSEH.

Portanto, para os indivíduos de ambos os vínculos institucionais, há a mesma predominância de tipologia cultural, na mesma intensidade: Clã e Hierárquica. **Os resultados permitem afirmar que hoje, cinco anos depois da implantação da EBSEH, servidores da UFC e empregados da EBSEH possuem a mesma percepção de tipologia cultural.**

## 5.7 Síntese dos principais resultados da pesquisa

Objetivando sintetizar os principais resultados da abordagem qualitativa desta pesquisa, foram elaborados os Quadros 11 e 12. São descritas as categorias de análise, as unidades de registro obtidas e os principais resultados encontrados para cada uma delas, além de constar, entre parênteses, a quantidade de citações registradas. O Quadro 11 traz os resultados relativos ao primeiro objetivo específico: examinar como se deu o processo de adesão do Complexo Hospitalar da UFC à EBSEH sob o prisma da cultura organizacional.

Quadro 11 – Síntese dos principais resultados da pesquisa relativos ao processo de implantação da EBSEH

<b>Categorias de análise</b>	<b>Unidades de Registro</b>	<b>Resultados</b>
<b>A implantação da EBSEH no complexo hospitalar</b>	Falta de perspectivas	Os hospitais universitários de todo o país se encontravam sucateados, sem financiamento e sem perspectivas de solução de seus problemas, com corpo gestor e funcional trabalhando de forma imediatista e sem planejamento coordenado e estruturado.
	A adesão à EBSEH	A adesão gerou temor junto aos servidores a alívio junto aos gestores, se dando de forma drástica e rápida.
	Dimensionamento de pessoal	O dimensionamento de pessoal foi inadequado e ainda sofreu cortes do MPOG, o que geraria atrito entre os hospitais no futuro.
	SAMEAC	A saída dos empregados da SAMEAC por um lado era compreendida como necessária para a chegada de novos empregados concursados, mas por outro lado, gerou revolta nos servidores.
	Sindicato	O Sindicato sempre se manteve contra a adesão à EBSEH, sendo apontado como elemento dificultador da adaptação dos servidores à EBSEH e pela rejeição de setores da universidade aos hospitais
	Convocação dos concursados	Não houve estratégia delineada para integração dos concursados, embora os relatos indiquem um cuidado maior por parte da MEAC.
<b>A adaptação cultural dos servidores da UFC</b>	Desinformação	A falta de informações claras sobre a adesão da UFC à EBSEH deixava os servidores dos hospitais inseguros quanto ao futuro
	Resistência inicial dos servidores da UFC	Provocada por falta de informações e o sentimento de injustiça em relação à demissão dos empregados da SAMEAC
	Adaptação dos empregados EBSEH aos hospitais	Os empregados enfrentaram resistências de servidores da UFC e empregados da SAMEAC. Muitos não tinham experiência profissional em hospitais de grande porte e outros estranharam a precariedade das instalações dos hospitais.
	Choques entre os vínculos	Houve choques entre servidores e os novos empregados pelo sentimento de perda de espaço dos servidores ou por alguns servidores se considerarem supostamente “superiores” aos empregados da EBSEH como nos tempos da SAMEAC.
	Diferença entre os regimes de trabalho	Os gestores apontaram que as diferenças de regras do regime jurídico único – RJU e a consolidação das leis do trabalho – CLT trouxeram dificuldades no dia a dia, como elaboração de escalas na área assistencial, concessão de férias e outros direitos.
	Papel da Reitoria e o sentimento de abandono	A postura da Reitoria no processo foi criticada pelos gestores e certas Pró-Reitorias da UFC chegaram a cortar vínculos com os hospitais. Os servidores se sentiram abandonados pela universidade.
	Adaptação dos servidores à nova cultura	A adaptação dos servidores foi difícil no começo em função do novo ritmo de trabalho, com normativas e controles impostos pela EBSEH – muitos servidores se aposentaram neste tempo ou pediram remoção para a Reitoria, no caso da área administrativa
	Integração entre vínculos	A maior parte dos gestores considera que os cinco anos pacificaram as relações entre servidores e empregados, que os servidores se adaptaram ao novo ritmo e houve integração entre os vínculos, com focos de resistência reduzidos e localizados.

<b>Categorias de análise</b>	<b>Unidades de Registro</b>	<b>Resultados</b>
<b>A consolidação do Complexo Hospitalar da UFC</b>	Visualizando a integração do Complexo Hospitalar	A integração dos hospitais em um Complexo Hospitalar ainda não é visualizada pelos gestores – no máximo, em parte. As culturas dos hospitais são muito diferentes
	Porte e foco dos hospitais	Há trinta e duas especialidades médicas no HUWC, enquanto na MEAC só há três. A MEAC é “porta aberta”, enquanto o acesso ao HUWC é feito pela rede do SUS.
	Cultura de vida e cultura de morte	A MEAC “exala vida”, a tornando mais acolhedora e dinâmica, enquanto o HUWC, em função de seus pacientes crônicos, “exala morte”, tornando seu clima de trabalho mais duro.
	Integração da MEAC e fragmentação do HUWC	O grande número de especialidades do HUWC favorece a fragmentação cultural, enquanto a MEAC tem sua coesão fortalecida pelo menor número de especialidades.
	O descontentamento da MEAC	A MEAC se sente prejudicada na divisão de recursos financeiros e de pessoal, em virtude das carências do HUWC – isso exigia recursos que a MEAC desejava utilizar em novos projetos.
	Esforço para integrar os hospitais em um Complexo	Alguns gestores não conseguem visualizar uma integração plena dos dois hospitais em um Complexo, mas a maioria considera que, embora pequena, já existe integração – é um projeto de longo prazo.
<b>As mudanças culturais provocadas pela EBSERH</b>	Avaliação positiva da adesão dos hospitais à EBSERH	Excetuando-se os representantes do Sindicato, todos os demais consideraram que a adesão à EBSERH foi positiva para os hospitais, em virtude do aporte de recursos físicos, financeiros e de pessoal – que provocaram expansão nos serviços oferecidos à população. Novas ferramentas de gestão provocaram maior profissionalização.
	As dificuldades provocadas pela EBSERH	A expansão de serviços trouxe demanda ainda maior pela população – o Sindicato considera, então, que a EBSERH não teria cumprido seus objetivos. A realização de transplantes diminuiu em função de fatores legais e os gestores consideraram que as regras da CLT trouxeram dificuldades iniciais, mas que já estão sendo absorvidas.
	A visão de uma nova cultura nos hospitais	Do ponto de vista dos artefatos, há sinais de uma nova cultura mais estruturada pelas normas e regras exigidos por uma empresa pública, que inexistiam na época da SAMEAC. Há um planejamento estratégico com aspectos processuais e cobranças por metas e indicadores. A criação do “núcleo interno de regulação” mudou a forma de gerenciar os leitos dos hospitais, considerados – antes da EBSERH – como patrimônio de médicos e residentes.
	A visão de uma cultura em transição nos hospitais	Do ponto de vista dos valores e crenças, aponta-se que a cultura se encontra em transição. Um dos pontos citados é a mudança do eixo do foco profissional nos hospitais, que se move da supremacia médica para a valorização das equipes multiprofissionais. O Sindicato faz críticas, alegando que os hospitais estão perdendo as características de ensino e se tornando apenas assistenciais.
	A visão de cultura preservada nos hospitais	Do ponto de vista dos pressupostos, os entrevistados ponderam que a visão de uma MEAC “acolhedora e coesa” e de um HUWC “frio e fragmentado” não sofreu mudanças. Neste caso, os achados indicam que a mudança cultural provocada pela EBSERH parece ter provocado uma pluralidade cultural tendo em vista a distância geográfica e o respeito da EBSERH pela autonomia universitária.
	As perspectivas para o futuro	Para os gestores, a implantação da EBSERH seria irreversível. O processo foi positivo, porém traumático. Muitas coisas ainda precisam ser mudadas, melhoradas e otimizadas, mas os gestores consideram que o saldo foi bem mais positivo do que negativo.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

O Quadro 12 apresenta os resultados relativos aos demais objetivos específicos, que analisam as tipologias de cultura organizacional do Complexo Hospitalar:

Quadro 12 – Síntese dos principais resultados da pesquisa relativos às análises das tipologias culturais

<b>Categorias de análise</b>	<b>Subcategorias de análise</b>	<b>Unidades de registro</b>	<b>Resultados</b>
<b>Características dominantes</b>	<b>Hierárquica</b>	Organização e processos	A EBSEERH trouxe maior organização e estruturação de processos com protocolos, fluxo e organogramas, com maior profissionalização, menor empirismo e maior sinergia entre as áreas.
		Hierarquia	Havia muito corporativismo, que diminuiu depois da EBSEERH. A cultura hierárquica é muito forte, ligada ao fazer mecânico.
		Fragmentação	No HUWC, há fragmentação cultural em função do hospital atender a trinta e duas especialidades médicas, cada uma com sua realidade. Nos dois hospitais, a fragmentação é observada na divisão dos profissionais em vínculos (RJU e CLT)
	<b>Clã</b>	Humanização e acolhimento	A MEAC se orgulha de sua cultura de humanização e acolhimento e ficou aliviada porque a entrada dos empregados da EBSEERH não alterou esta cultura
		Integração	A pequena quantidade de especialidades atendidas pela MEAC facilita a integração
		Trabalho em equipe	Incentivo ao trabalho em equipe, com destaque para as decisões colegiadas
	<b>Mercado</b>	Administração por objetivos	Foco em Administração por objetivos, com planejamento estratégico e foco em resultados através de metas e indicadores
		Esforço	O ambiente hospitalar exige dedicação dos profissionais de todas as áreas e a entrada da EBSEERH aumentou a cobrança por resultados
	<b>Inovativa</b>	Qualidade	A MEAC trabalha buscando atendimento com qualidade e melhora nestes indicadores.
	<b>Liderança organizacional</b>	<b>Hierárquica</b>	Estruturação
Perfil de chefias			Excesso de chefias informais e concentração de chefias oficiais para médicos e professores
<b>Clã</b>		<i>(não foram identificadas)</i>	
<b>Mercado</b>		Maior cobrança	A remuneração de chefias oficiais aumentou a cobrança por resultados
		Maior responsabilidade	O perfil de chefias exigido hoje pela EBSEERH implica em maior responsabilidade
		Maior profissionalismo	Há maior critério para escolha de chefias. A adesão à EBSEERH trouxe profissionais mais preparados e qualificados para estes cargos
		Metas e indicadores	Há profissionais mais dedicados aos indicadores, à estruturação, de organização no sentido de desenvolver fluxos, processos
<b>Inovativa</b>		Capacitação	Foco em incentivo à capacitação dos gestores
		Autonomia	Os gestores atualmente possuem maior autonomia para realizar questionamentos
		Inovação	Há alinhamento entre os gestores em busca de objetivos, como a Acreditação Hospitalar
<b>Gerenciamento de pessoas</b>	<b>Hierárquica</b>	Comprometimento EBSEERH	Foi apontado baixo comprometimento organizacional dos empregados da EBSEERH. O comprometimento organizacional instrumental foi mais acentuado no HUWC, em virtude do baixo sentimento de pertencimento característico deste hospital – isto aparentou ser minimizado na MEAC, mas nos dois

Categories de análise	Subcategorias de análise	Unidades de registro	Resultados
			hospitais foi relatado alto absenteísmo dos profissionais da EBSEERH.
		Privilégios e acomodação do servidor	O servidor se sente protegido pela estabilidade, e isto para alguns gestores, seria um incentivo à acomodação
	<b>Clã:</b>	Reconhecimento	Há práticas disseminadas de reconhecimento público de bons trabalhos prestados por funcionários da MEAC.
	<b>Mercado</b>	Rendimento	Houve maior cobrança por rendimento
	<b>Inovativa</b>	Engajamento	A chegada de novos profissionais deu impulso à busca de novos desafios e descobertas, principalmente na MEAC.
		Sangue novo	A entrada da EBSEERH trouxe um corpo de profissionais comprometidos, com pensamentos progressistas, de evolução e melhoria.
<b>Coesão organizacional</b>	<b>Hierárquica</b>	Fragmentação	O excesso de especialidades dificulta o alinhamento de objetivos no HUWC.
		Desunião	Há nítida falta de coesão organizacional no HUWC em comparação com a MEAC
	<b>Clã</b>	Humanização e acolhimento	Mais forte na MEAC, onde foram mencionados os termos “amor à MEAC” e “DNA da MEAC”. A entrada da EBSEERH não mudou esta característica.
		Pertencimento	O funcionário da MEAC, vejo que ele tem mais sentimento de pertencimento, é mais apegado à MEAC. Aquele sentimento de pertencimento que não é visto no HUWC, a MEAC tem.
		Amor pela MEAC	Os concursados da EBSEERH entraram e perceberam a instituição como uma boa parte de si própria e acho que a maioria das pessoas gosta de trabalhar na MEAC e trabalha com satisfação
		União da enfermagem	É um grupo que está muito junto, bastante participativo. Sempre foi mais aguerrido
	<b>Mercado</b>	<i>(não foram identificadas)</i>	
	<b>Inovativa</b>	<i>(não foram identificadas)</i>	
<b>Ênfase estratégica</b>	<b>Hierárquica</b>	Normas	Os entrevistados relatam a necessidade de seguir os passos da lei e que a burocracia torna tudo um mais lento, mas em compensação evita desvios e <i>gaps</i> .
		Imposição	Muita coisa vem da própria EBSEERH SEDE, a gente tem só de correr atrás e executar
		Estruturação	A EBSEERH trouxe elementos de cultura de mercado e para que fossem adequadamente cobrados, vinham revestidos de normas a serem cumpridas e com instrumentos de controle.
	<b>Clã</b>	Colegiado	O colegiado é um espaço para a pessoa ouvir e contribuir. Promove engajamento e mudanças. Quanto maior o envolvimento do colaborador na solução dos problemas da empresa, maiores são os resultados e mais perenes. É mais forte na MEAC que no HUWC.
	<b>Mercado</b>	Planejamento estratégico	Os relatos convergem para a percepção de que não havia metas antes da EBSEERH. Agora há foco, é todo o tempo alinhado, e o monitoramento faz com que não saia do rumo.
		Indicadores	Foi exigido um reforço na definição e cobrança de indicadores, em que todas as áreas tiveram dificuldades e êxitos.

<b>Categorias de análise</b>	<b>Subcategorias de análise</b>	<b>Unidades de registro</b>	<b>Resultados</b>
		Metas	Passaram a elaborar metas e trabalhar em sua busca.
		Resultados	A tipologia de cultura de mercado, imposta pela EBSEH através de determinação de metas e indicadores, impulsionou os gestores (e consequentemente, os servidores e empregados) a apresentarem resultados.
	<b>Inovativa</b>	Inovação	A MEAC tem muito mais probabilidade de ir para as tecnologias de ponta, receber mais investimento, responder mais rapidamente do que o HUWC porque o hospital é muito mais complexo, é muito maior, tem muito mais especialidades
<b>Critérios de sucesso</b>	<b>Hierárquica</b>	Eficiência	Manter os hospitais abastecidos, independente da burocracia, de agentes externos (fornecedores) e agentes internos, evitando interrupção de cirurgias e reclamações da área assistencial
		Ensino	A gente tem duas entregas de sucesso. Não adianta entregar o paciente com sucesso com estudante mal formado e vice versa
	<b>Clã</b>	Assistência ao paciente	Para os gestores dos dois hospitais, a boa assistência era e continua sendo um forte critério de sucesso.
		Reconhecimento externo	Os entrevistados apontam que o “sucesso” tem sido mais contabilizado e visto depois da EBSEH
	<b>Mercado</b>	Satisfação do usuário	Sucesso é saber que o paciente veio aqui, que ele foi atendido, que ele conseguiu ser atendido, quando ele sair fazendo um elogio na ouvidoria
		Cumprimento de metas e indicadores	As metas descem pras divisões, setores, unidades, há preocupação com metas, reduzir lides trabalhistas que há bastante por ‘ene’ assuntos, preocupação com segurança do empregado. É muita coisa acontecendo que antes não tinha.
	<b>Inovativa</b>	Segurança do paciente	O teor dos relatos indicou que há uma busca constante em inovação nestes protocolos e procedimentos, buscando o que há de melhor na área. A MEAC passou a fazer parte da rede sentinela, que trabalha questões de segurança.
		Divulgação	É importante o reforço na imagem de excelência em seus serviços e inovação e o reconhecimento disto

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Os quadros 11 e 12 possibilitam uma visão global e resumida das categorias e suas unidades de registro. A análise qualitativa das tipologias de cultura organizacional complementa e significa os estudos da implementação da EBSEH, permitindo visualizar a transformação cultural destas culturas organizacionais em transição.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta seção do trabalho, serão sintetizadas as principais descobertas e conclusões presentes nesta pesquisa. Nela constam a apresentação conclusiva dos objetivos da pesquisa, assim como as limitações e recomendações propostas para estudos futuros.

Esta pesquisa objetivou caracterizar a cultura organizacional do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, formado pelo Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) após sua adesão à EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Foi utilizado o modelo *Competing Values Framework* (CVM), de Cameron e Quinn (2011), que estabelece quatro tipologias de cultura organizacional: hierárquica, clã, inovativa e de mercado.

Para este trabalho, foram feitas abordagens quantitativa e qualitativa. Esta pesquisa foi caracterizada como descritiva, com natureza aplicada e utilizando a estratégia de estudo de caso. A abordagem quantitativa visou medir as tipologias culturais atuais do Complexo Hospitalar na visão da força de trabalho – servidores da UFC e empregados da EBSEH – fazendo uso de *surveys*. A abordagem qualitativa objetivou reconstituir o processo de adesão do Complexo à EBSEH e colher as diferenças culturais entre antes e depois desta adesão, utilizando análise documental e entrevistas, em que gestores do HUWC, da MEAC e da EBSEH (atividades que envolviam os dois hospitais) se disponibilizaram, bem como dois integrantes do Sindicato de servidores da UFC – SINTUFCE. Foram realizadas 21 entrevistas.

**O primeiro objetivo específico** – examinar como se deu o processo de adesão do Complexo Hospitalar da UFC à EBSEH sob o prisma da cultura organizacional – partia do pressuposto que este processo de adesão ocorreu de forma rápida e drástica, causando uma ruptura na tipologia cultural dominante. O pressuposto foi parcialmente confirmado: de fato, a adesão foi rápida e drástica, mas não houve ruptura na tipologia cultural dominante – há, na verdade, uma transição cultural em curso, com alcance limitado da mudança cultural imposta pela EBSEH principalmente em virtude da distância geográfica, permitindo relativa autonomia aos hospitais, evidenciando-se na gestão da área assistencial. A investigação foi realizada através de uma entrevista com sete perguntas. As perguntas foram agrupadas em quatro categorias de análise, que serão expostas abaixo.

A primeira categoria de análise, *A implantação da EBSEH no Complexo Hospitalar da UFC*, apontou que a realidade enfrentada por HUWC e MEAC de sucateamento, falta de financiamento e de perspectivas de solução de seus problemas, com corpo gestor e funcional trabalhando de forma imediatista e sem planejamento coordenado e estruturado era comum



aos demais hospitais universitários do país. Com a criação da EBSEH, gerou-se temor junto aos servidores, em função de desinformação. Alguns gestores sentiram alívio – o Reitor da época esforçou-se para que a UFC assinasse o contrato de gestão com a EBSEH. Em paralelo à criação da EBSEH, um estudo encomendado pela Reitoria à FGV propôs a criação de um Complexo Hospitalar com administração unificada para os hospitais – o contrato de gestão foi assinado já com o Complexo Hospitalar em funcionamento. O dimensionamento de pessoal foi inadequado e ainda sofreu cortes do MPOG, o que geraria atrito entre os hospitais no futuro. A saída dos empregados da SAMEAC por um lado era compreendida como necessária para a chegada de novos empregados concursados, mas por outro lado, gerou revolta nos servidores. O Sindicato sempre se manteve contra a adesão à EBSEH. Em 2014 foi realizado concurso para 1920 vagas no Complexo Hospitalar e não houve estratégia delineada para integração dos novos empregados, embora os relatos indiquem um cuidado maior por parte da MEAC.

A segunda categoria de análise, *A adaptação cultural dos servidores da UFC e empregados da EBSEH* apontou que esta adaptação não foi fácil para nenhum dos vínculos. Os servidores da UFC ficaram à mercê de boatos, como privatização dos hospitais, demissões e cessão dos servidores à nova empresa e isso fomentava medo e resistência, além de provocar choques entre eles e os novos empregados da EBSEH – estes enfrentaram resistência não só dos servidores, mas também dos empregados da SAMEAC, que perderiam seus empregos para que os concursados entrassem. Os empregados da EBSEH foram convocados e distribuídos entre os setores dos dois hospitais mediante, principalmente, formação e experiências profissionais. Cada hospital integrava os novatos de maneira distinta – de forma mais estruturada na MEAC. A infraestrutura física sucateada assustou alguns empregados – o próprio fato de estar em hospitais assustou muitos, que eram “concurseiros” e não imaginavam como era trabalhar em hospitais, além de profissionais de saúde que não possuíam experiência em hospitais de grande porte.

A postura da Reitoria no processo foi criticada pelos gestores – os servidores se sentiram abandonados pela universidade e determinadas Pró-Reitorias da UFC chegaram a cortar vínculos com os hospitais. A adaptação dos servidores foi difícil no começo em função do novo ritmo de trabalho, com normativas e controles impostos pela EBSEH – muitos servidores se aposentaram neste tempo ou pediram remoção para a Reitoria, no caso da área administrativa. Os gestores apontaram que as diferenças de regras do regime jurídico único – RJU e a consolidação das leis do trabalho – CLT trouxeram dificuldades no dia a dia, como elaboração de escalas na área assistencial, concessão de férias e outros direitos. A maior parte

dos gestores considera que os cinco anos pacificaram as relações entre servidores e empregados, que os servidores se adaptaram ao novo ritmo e houve integração entre os vínculos dentro dos próprios setores, com focos de resistência reduzidos e localizados.

A terceira categoria de análise, *A consolidação do Complexo Hospitalar da UFC*, apresentou indicadores que a integração dos hospitais em um Complexo Hospitalar ainda não é visualizada pelos gestores – no máximo, em parte. As culturas dos hospitais são muito diferentes e isso seria reforçado por dois fatores: o primeiro considera que o excesso de especialidades do HUWC fragmenta a cultura, enquanto o fato de a MEAC possuir no máximo duas facilitaria a coesão e integração; o segundo fator aponta que a MEAC “exala vida”, tornando mais acolhedora e dinâmica, enquanto o HUWC, em função de seus pacientes crônicos, “exala morte”, tornando seu clima de trabalho mais duro. Além destes pontos, a MEAC se sentiu prejudicada na divisão de recursos financeiros e de pessoal, em virtude das carências do HUWC. Observou-se, portanto, uma mescla cultural em processo onde as culturas convivem com grau moderado de mudanças em ambas, mas apresentando dominação por parte de uma delas – o fato da Superintendência da EBSEH estar situada nas instalações do HUWC, decisão criticada pelos gestores da MEAC, reforça este diagnóstico. Alguns gestores não conseguem visualizar uma integração plena dos dois hospitais em um Complexo, mas a maioria considera que, embora pequena, já existe integração – e que é um projeto de longo prazo.

A quarta categoria de análise, *As mudanças culturais provocadas pela EBSEH*, mostra que, excetuando-se os representantes do Sindicato, todos os demais entrevistados consideraram que a adesão à EBSEH foi positiva para os hospitais, em virtude do aporte de recursos físicos, financeiros e de pessoal – que provocaram expansão nos serviços oferecidos à população, além das novas ferramentas de gestão, provocando maior profissionalização. Houve dificuldades, porque a expansão de serviços trouxe uma demanda ainda maior pela população – o Sindicato considera, então, que a EBSEH não teria cumprido seus objetivos. A realização de transplantes diminuiu em função de fatores legais e os gestores consideraram que as regras da CLT trouxeram dificuldades iniciais, mas que já estão sendo absorvidas. O Sindicato teme a implantação da “dupla porta de entrada em HUs”, em que os hospitais manteriam o atendimento ao SUS, mas também atenderiam aos planos de saúde, com tratamento diferenciado.

Quando indagados se há uma nova cultura organizacional pós-EBSEH, os gestores se dividiram. A maior parte das respostas converge para uma “cultura em transição”. Do ponto de vista dos artefatos culturais, há sinais de uma nova cultura mais estruturada pelas

normas e regras exigidos por uma empresa pública, que inexistiam na administração da SAMEAC. Há um planejamento estratégico com aspectos processuais e cobranças por metas e indicadores. A criação do “núcleo interno de regulação” mudou a forma de gerenciar os leitos dos hospitais, considerados – antes da EBSEH – como patrimônio de médicos e residentes. Do ponto de vista dos valores e crenças, aponta-se que a cultura se encontra em transição. Um dos pontos citados é a mudança do eixo do foco profissional nos hospitais, que se move da supremacia médica para a valorização das equipes multiprofissionais. O Sindicato faz críticas, alegando que os hospitais estão perdendo as características de ensino e se tornando apenas assistenciais.

Do ponto de vista dos pressupostos básicos da cultura, os entrevistados ponderam que a visão de uma MEAC “acolhedora e coesa” e de um HUWC “frio e fragmentado” não sofreu mudanças. Neste caso, os achados indicam que a mudança cultural provocada pela EBSEH parece ter provocado uma pluralidade cultural, pois a distância geográfica permitiu relativa autonomia dos hospitais na área assistencial, preservando seus pressupostos mais profundos, afetando apenas os níveis mais superficiais da cultura. Além disso, a imposição cultural não pareceu ser do interesse da EBSEH – a autonomia universitária pareceu ser um fator importante neste sentido.

**Para a investigação dos demais objetivos específicos,** realizou-se abordagem mista. A pesquisa quantitativa investigou junto à força de trabalho (servidores e empregados) qual a tipologia de cultura organizacional dominante. Quando foi analisado o Complexo como um todo, os resultados indicaram predomínio da cultura clã, de forma estatisticamente significativa. Ao aprofundar a investigação, constatou-se que a cultura clã também predomina na MEAC, enquanto no HUWC esta tipologia não se diferencia estatisticamente de forma significativa da cultura hierárquica – ambas predominam neste hospital. Ao analisar as áreas de atuação, a área assistencial apresentou predomínio da cultura clã – a área administrativa indicou predomínio das culturas hierárquica e clã, sem diferenciação estatística.

**O segundo objetivo específico** analisou a tipologia hierárquica da cultura organizacional do Complexo Hospitalar da UFC. A hipótese levantada, de que a cultura hierárquica seria predominante nos hospitais, foi rejeitada porque os dados indicaram que a tipologia de cultura clã é predominante quando os hospitais são analisados em conjunto, diferindo de forma significativa estatisticamente de todas as outras. Investigou-se, também, os hospitais individualmente e o resultado se repetiu na MEAC – no HUWC não há diferença significativamente estatística entre as culturas clã e hierárquica, embora a cultura clã, na estatística descritiva, tenha surgido com escore maior. Os resultados puderam ser

comprovados nas entrevistas, em que se observou que o HUWC apresentou maior quantidade de elementos de cultura hierárquica. Destaca-se que a chegada da EBSEH trouxe maior organização e estruturação de processos com protocolos, fluxo e organogramas, com maior profissionalização. Alguns entrevistados reconhecem que o que pode ser visto como aumento da burocracia pode ser enxergado como maior estruturação e segurança, prevenindo *gaps*.

Embora não seja objeto desta pesquisa, os entrevistados, em ambos os hospitais, apontaram baixo comprometimento organizacional dos empregados da EBSEH, que era algo que não esperavam. O comprometimento organizacional calculativo foi mais acentuado no HUWC, em virtude do baixo sentimento de pertencimento característico deste hospital – isto aparentou ser minimizado na MEAC, mas nos dois hospitais foi relatado alto absenteísmo dos profissionais da EBSEH. É importante reiterar que a cultura hierárquica não favorece as relações pessoais entre os funcionários, mais orientados a normas e procedimentos.

**O terceiro objetivo específico** analisou a tipologia clã da cultura organizacional do Complexo Hospitalar da UFC. Os resultados da pesquisa quantitativa indicaram que na MEAC, a tipologia de cultura clã não apenas predomina mas também se diferencia de forma estatisticamente significativa das demais tipologias. Os resultados foram corroborados pelos relatos dos gestores dos dois hospitais, que identificaram de forma muito evidente na MEAC do que no HUWC características típicas de cultura clã, como humanização/acolhimento, integração e trabalho em equipe, valorização das decisões tomadas em colegiado – que existe no HUWC mas não é tão valorizado, além de elementos de coesão organizacional, como pertencimento e um grande “amor pela MEAC”. A hipótese levantada para este objetivo específico foi confirmada, visto que a tipologia de cultura clã predomina e difere de forma significativa estatisticamente de todas as outras tipologias entre servidores e empregados da área assistencial.

**O quarto objetivo específico** analisou a tipologia de mercado da cultura organizacional do Complexo Hospitalar da UFC. Observa-se que, antes da EBSEH, a gestão nos hospitais era focada em processos internos – hoje, o foco ganhou um olhar externo, buscando melhoria de indicadores e resultados que beneficiem o cidadão-contribuinte, corporificada em esforço e performance na busca de metas e indicadores, obedecendo a um planejamento estratégico estruturado. Como constatou-se que a cultura organizacional dos hospitais está em processo de transição, é possível observar que os pontos que indicam esta mudança cultural advêm dos aspectos da tipologia de mercado que foram introduzidos pela EBSEH.

A categoria “liderança organizacional” apresentou maior frequência de características de cultura de mercado, tais como maior profissionalismo, maior responsabilidade e cobranças. Não foram apontadas características de cultura de mercado no elemento “coesão organizacional”, o que provavelmente contribuiu para a rejeição da hipótese proposta – a tipologia de cultura de mercado é predominante nos servidores e empregados da área administrativa – os resultados apontaram para o predomínio das culturas hierárquica e clã neste segmento, em que elas não se diferenciavam significativamente entre si, mas se diferenciavam significativamente das demais (mercado e inovativa).

**O quinto objetivo específico** analisou a tipologia inovativa (ou *adhocrática*) da cultura organizacional do Complexo Hospitalar da UFC. A hipótese de que esta tipologia seria a menos recorrente nos hospitais foi parcialmente rejeitada: os dados indicaram que, na verdade, a tipologia de cultura menos recorrente é a de mercado, mas sem diferença estatisticamente significativa em relação à cultura inovativa. As entrevistas apresentaram consonância com este resultado, visto que a MEAC tem busca constante por qualidade e inovação, principalmente no que tange estar alinhada com os protocolos mais modernos de segurança do paciente – e ganhando prêmios por isso.

Adicionalmente, foi investigado se servidores da UFC e empregados da EBSERH possuíam a mesma percepção de cultura organizacional. Os resultados apontaram que, em ambos os vínculos, a tipologia de cultura clã alcançou maior escore, se diferenciando significativamente das culturas de mercado e inovativa, mas não da cultura hierárquica – esta e a cultura de clã são predominantes em ambos os vínculos.

Os resultados encontrados neste estudo possuem relevância acadêmica, endossando as pesquisas quantitativas sobre cultura organizacional em hospitais e contribuindo para o aprofundamento dos estudos sobre a importância da criação da EBSERH e seus impactos para a melhoria dos serviços oferecidos pelo SUS. O predomínio da cultura clã na MEAC e o fato da tipologia inovativa não ser observada em último lugar contrariam a literatura neste segmento, abrindo uma nova frente de estudos. Por outro lado, a literatura é reforçada ao mostrar diferenças de percepção cultural entre as áreas assistencial e administrativa, representando um desafio de gestão, pois o alinhamento destas áreas é essencial para a boa prestação de serviços ao cidadão. Já o alinhamento cultural entre servidores e empregados vai ao encontro da literatura, ao indicar que transformações culturais ocorrem com o tempo, e este alinhamento é uma etapa cumprida na transição cultural que se encontra em curso, notada pelos entrevistados.

A pesquisa enfrentou algumas limitações. O quantitativo de respostas poderia ter sido maior caso o pesquisador tivesse disponibilidade para realizar a pesquisa de forma presencial, abordando servidores e empregados em seus setores de trabalho – os gestores consideraram que 220 questionários respondidos via *google forms* foram um valor considerável frente à realidade de poucos retornos às pesquisas acadêmicas realizadas nos hospitais. A solicitação de um segundo disparo de e-mails foi vetada pelas unidades de comunicação em virtude de questões políticas internas – caso tivesse sido feito, provavelmente o retorno seria maior. Observa-se também que a dificuldade dos profissionais em responder pesquisas se dá em função do contexto de seu trabalho em saúde, sempre muito atarefado e com dificuldades de parar suas atividades para responder aos questionários.

Outra limitação observada foi o baixo número de respostas de médicos, que poderia ter contribuído melhor com os resultados – o pesquisador foi alertado não apenas pelos gestores dos hospitais, mas também pelos profissionais da Gerência de Ensino e Pesquisa que os médicos, mesmo em abordagem presencial, “estão sempre com pressa”, evitando participar de pesquisa, ainda mais na área de gestão, que em tese não geraria interesse o suficiente.

Alguns resultados encontrados podem inspirar pesquisadores a investigar outros fenômenos observados nos hospitais. Os relatos dos gestores sugeriram baixo comprometimento organizacional afetivo e alto comprometimento instrumental (MEYER; ALLEN, 1997) dos empregados da EBSEH, o que justificaria os índices altos de absenteísmo, mas provocou surpresa, em virtude de os salários pagos aos profissionais da área assistencial estarem acima da média para a realidade do estado do Ceará – o relato foi registrado, mas não era objeto desta pesquisa, sugerindo futuros estudos sobre o tema nos hospitais.

Outro achado importante que mereceria aprofundamento é uma análise mais aprofundada dos impactos da criação do Núcleo Interno de Regulação – NIR no HUWC, visto que os relatos indicaram que as decisões de internamento ou de aplicação de exames saíram das mãos de médicos e residentes para os instrumentos de regulação do SUS, provocando mudanças na cultura organizacional do hospital.

O Complexo Hospitalar da UFC, além de enfrentar as dificuldades naturais de adaptação à EBSEH comuns a todas as demais filiais, ainda enfrentou o desafio adicional de se integrar em um Complexo Hospitalar paralelamente. O pesquisador não tem conhecimento se há uma pesquisa similar em desenvolvimento nos Complexos Hospitalares da UFPR e da UFPA, se as instituições enfrentaram problemas similares aos observados no Ceará. Isto poderia gerar um estudo comparativo entre adesão de Complexos Hospitalares à EBSEH.

Sugere-se, também, o desenvolvimento de um estudo longitudinal, com a repetição desta pesquisa nos hospitais em 2024, quando a adesão à EBSEH completará dez anos. O estudo longitudinal poderia ser sistematizado a cada cinco anos, fornecendo um painel futuro de evolução das culturas organizacionais dos hospitais.

Como recomendações decorrentes da pesquisa, sugere-se que as instâncias administrativas do Complexo Hospitalar da UFC – Superintendência e divisões pertencentes à Gerência Administrativa – sejam transferidas para instalações da própria Faculdade de Medicina da UFC (ou outros prédios da universidade próximos aos hospitais) como demonstrativo de postura de neutralidade em relação aos hospitais, procurando diminuir o sentimento de desvantagem apontado pelos gestores da MEAC.

Sugerem-se também ações institucionais no HUWC junto aos líderes médicos de cada uma das especialidades médicas buscando maior alinhamento de gestão – a perspectiva de integração provavelmente não chegará ao nível observado na MEAC, mas poderá evitar que a atual perspectiva de diferenciação cultural (cada especialidade médica, de certa forma, é uma subcultura) possa evoluir para a perspectiva total de fragmentação (MARTIN; FROST, 1998).

Outra sugestão dada por esta pesquisa, a ser executada no longo prazo, está na realização de estudos institucionais para reforçar o caráter de pertencimento ao HUWC por parte da força de trabalho do HUWC, em uma tentativa de alterar o caráter de “cultura de morte”, citada pelos entrevistados, para uma cultura que poderia ser chamada de “cultura de acolhimento”.

## REFERÊNCIAS

- ALCADIPANI, R.; CRUBELLATE, J. M. Cultura organizacional: generalizações improváveis e conceituações imprecisas. **Rev. Adm. Empres.** São Paulo , v. 43, n. 2, p. 64-77, Jun. 2003.
- ALBUQUERQUE, G. O. **O debate sobre a EBSE RH em instâncias de controle social: um estudo exploratório.** 99f. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília: Brasília, 2017.
- AMORIM, B. P. R. **Privatização e mercantilização da saúde-educação: um estudo sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSE RH) no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA).** 109 f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Maranhão: São Luís, 2017.
- ANDRE, Maristela Afonso de. A efetividade dos contratos de gestão na reforma do estado. **Rev. Adm. Empres.** São Paulo , v. 39, n. 3, p. 42-52, Set. 1999.
- ARAÚJO, D. S.; SILVA, A. J. N. B.; MELO, F. E. M; MENEZES, B. S.; CABRAL, A. C. A. A produção científica brasileira em cultura organizacional: uma análise bibliométrica no período de 1995– 2016. **Revista Expressão Católica**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 4-9, sep. 2018.
- ARAUJO, P. M. C.; JESUS, R. G.; ARAUJO, B. F. von B.; CRUZ, P. B. Gestão da Cultura Organizacional do Instituto Federal do Espírito Santo: o caso do curso de Ambientação Institucional para novos servidores. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO EM TECNOLOGIA, 8., 2011, Resende. **Anais...** Resende: Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2011.
- BABIE, Earl. **Métodos de pesquisa de survey.** 3. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2005.
- BARBOSA, A. C. Cultura organizacional: um estudo sobre a aplicação do *Competing Values Framework* em pesquisas nacionais e internacionais. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.5, n.2 , p.11-43, TRI II. 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2006.
- BARROS, R. T. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: uma análise sobre sua gestão no contexto institucional do Hospital das Clínicas da UFPE.** 157 f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Pernambuco: Recife, 2014.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** 7. ed. Petrópolis: Editora vozes, 2011.
- BRAGA, G. G. A.; FERRAZ, S. F. S.; LIMA, T. C. B. Cultura organizacional em empresas industriais: um estudo nas maiores empresas de Maracanaú/CE. **Revista Eletrônica de Ciência Administrativa**, v. 13, n. 2, p. 250-266, 2014.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1988).** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 02 fev. 2018.
- \_\_\_\_\_. **Decreto-Lei 200.** Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del0200.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm)>. Acesso em: 25 abr. 2019.
- \_\_\_\_\_. **Decreto nº 1.738, de 08 de Dezembro de 1995.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1995/D1738.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1738.htm)>. Acesso em: 27 abr. 2019.



\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.082, de 27 de Janeiro de 2010.** REHUF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm)>. Acesso em: 25 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto Federal nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011.** Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares –EBSERH. Brasília, 2011a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7661.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7661.htm)>. Acesso em 21 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976.** Dispõe sobre a sociedade por ações. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6404consol.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6404consol.htm)>. Acesso em: 10/março/2019a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.** EBSEH. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm)>. Brasília, 2011b. Acesso em: 25 abr. 2019.

BRUNI, A. L. **Estatística aplicada à gestão empresarial.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

\_\_\_\_\_. **SPSS: guia prático para pesquisadores.** São Paulo: Atlas, 2012.

BRUNO, M. L. M. **Enfermagem no hospital universitário: trajetória histórico-política.** 226 f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2012.

CARMINATTI JUNIOR, A. **A gestão do HU da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal de Santa Catarina após a adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.** 301 f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2017.

CAMERON, K.S.; QUINN, R. **Diagnosing and changing organizational culture.** 3. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2011.

CERCAL, M. A. **Instrumento de avaliação da cultura organizacional.** 129 f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências sociais e humanas.** 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

COSTA, M.; PESSOA, C. Condições do ambiente sociogerencial e cultura organizacional: um estudo em um hospital da EBSEH. In: I CONGRESSO INTERNACIONAL DE DESEMPENHO DO SETOR PÚBLICO – CIDESP, 2017, Florianópolis/SC. **Anais...** Disponível em: <<http://cidesp.com.br/index.php/Icidesp/1cidesp/paper/view/63>>. Data de acesso: 26 nov. 2018.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo e quantitativo.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, S. G.; FERREIRA, M. M. F. Percepção de cultura organizacional e de gestão do conhecimento em hospitais com diferentes modelos de gestão. **Rev. Enf. Ref.** Coimbra, v. serIV, n. 5, p. 75-83, jun. 2015 .

DE DOMENICO, S. M. R.; LATORRE, S. Z.; TEIXEIRA, M. L. M A Relação entre tipos de cultura organizacional e valores organizacionais In: CONGRESSO ENANPAD, 30., 2006, Salvador/BA, **Anais...** São Paulo: ENANPAD, 2006.

DELLAGNELO, E. H. L.; SILVA, R. C. Análise de conteúdo e sua aplicação em pesquisa na administração. In: VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; ZOUAIN, Deborah Moraes (Org.). **Pesquisa qualitativa em administração: teoria e prática.** Rio de Janeiro: FGV, 2005.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1995.

DENISON, D.; ADKINS, B.; GUIDROZ, A. Managing cultural integration in cross-border mergers and acquisitions. **Advances in Global Leadership**. v6. 95-115, 2011.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito administrativo**. 30. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

DIAS, Reinaldo. **Cultura organizacional: construção, consolidação e mudanças**. São Paulo: Atlas, 2013.

EBSERH (Brasil). Ministério da Educação. **Regimento interno**. Disponível em: <[http://EBSERH.mec.gov.br/images/pdf/regimento\\_interno\\_atualizado\\_311012.pdf](http://EBSERH.mec.gov.br/images/pdf/regimento_interno_atualizado_311012.pdf)>. Acesso em: 21 fev 2018a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Nossa história: Hospital Universitário Walter Cantídio**. Disponível em: <<http://www.EBSERH.gov.br/web/huwc-UFC/nossa-historia>>. Acesso em: 20 fev 2018b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Nossa história: Maternidade Escola Assis Chateaubriand**. Disponível em: <<http://www.EBSERH.gov.br/web/meac-UFC/nossa-historia>>. Acesso em: 20 fev 2018c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Contrato Hospital Universitário Walter Cantídio**. Disponível em: <[http://www.EBSERH.gov.br/documents/15796/101024/contrato\\_huwc\\_UFC.pdf/0efdb8eb-b77d-4d53-b172-290c10439dc6](http://www.EBSERH.gov.br/documents/15796/101024/contrato_huwc_UFC.pdf/0efdb8eb-b77d-4d53-b172-290c10439dc6)>. Acesso em: 21 fev 2018d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Gestão de Pessoas: Maternidade Escola Assis Chateaubriand**. Disponível em: <<http://www2.EBSERH.gov.br/web/meac-UFC/gestao-de-pessoas>>. Acesso em: 18 mar 2019a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Sobre os hospitais universitários federais**. Disponível em: <<http://EBSERH.gov.br/hospitais-universitarios-federais>>. Acesso em: 27 abr 2019b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Rede EBSERH**. Disponível em: <<http://EBSERH.gov.br/hospitais-universitarios-federais/rede-EBSERH>>. Acesso em: 27 abr 2019c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **MEAC e HUWC-UFC - Concurso nº 06/2014**. Disponível em: <[http://www2.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/concursos-e-selecoes-homologados/regiao-nordeste/-/asset\\_publisher/qnVLFk8IIxpC/content/id/166866/2014-02-meac-e-huwc-ufc-concurso-n%C2%BA-06-2014](http://www2.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/concursos-e-selecoes-homologados/regiao-nordeste/-/asset_publisher/qnVLFk8IIxpC/content/id/166866/2014-02-meac-e-huwc-ufc-concurso-n%C2%BA-06-2014)>. Acesso em: 07 out 2019d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Hospital Universitário Walter Cantídio [Gestão – Relatório Institucional HUWC 2015-2018]**. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/214604/0/Relatorio+Institucional+HUWC+2015-2018.pdf/8f4d97b8-4cd6-4fdf-a048-92eaca9cc412>>. Acesso em: 01 nov 2019e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Maternidade Escola Assis Chateaubriand [Relatórios de Gestão]**. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/relatorio-de-gestao1>>. Acesso em: 01 nov 2019f.

FAGUNDES, F. A. M. **Diagnóstico da cultura organizacional em uma empresa de mineração no Brasil**. 131 f. Dissertação de mestrado. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2015.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

- FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. **Cultura e poder nas organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- FLAUSINO, V. S. **Cultura e poder na organização hospitalar**: as relações de poder na implantação da EBSEH em um Hospital Universitário. 137 f. Dissertação de mestrado. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2015.
- FONSECA, P. H.; LOWEN, I. M. V.; LOURENCO, M. L.; PERES, A. M. Cultura organizacional na área da saúde: um estudo bibliométrico. **Saúde debate [online]**. 2018, vol.42, n.116, pp.318-330.
- GARCIA, A. B.; MAZIERO, V. G.; ROCHA, F. L. R.; BERNARDES, A.; GABRIEL, C.. Influência da cultura organizacional na gestão participativa em organizações de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2615-2627, 2015.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.
- HALL, R. H. **Organizações**: estruturas, processos e resultados. 8. ed. São Paulo: PrenticeHall, 2004.
- JUSBRASIL. **Página 18 da Seção 2 do Diário Oficial da União (DOU) de 19 de Dezembro de 2013**. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/63221624/dou-secao-2-19-12-2013-pg-18>>. Acesso em 07 out. 2019.
- LITTIKE, D.; SODRE, F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3051-3062, Out. 2015.
- LOURENÇO, P. J. F.; CARDOSO, I. M. M. M.; MATOS, F. R. N.; NODARI, C. H. Cultura organizacional e qualidade em serviços em instituição de saúde pública portuguesa. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v. 11, n. 4, p. 120-135, 2017.
- LUEDY, A.; MENDES, V. L. P. S.; RIBEIRO JUNIOR, H. Gestão pública por resultados: contrato de gestão como indutor de melhorias em um hospital universitário. **Organ. Soc.**, Salvador, v. 19, n. 63, p. 641-659, Dec. 2012.
- MACAU, A. J. **Cultura organizacional e gestão da qualidade em um hospital universitário**. 99 f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Maria: Santa Maria, 2014.
- MAFRA, M.; MARTINS, M. G. CARMINATTI JUNIOR, A. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH): novo modelo de gestão para os hospitais universitários. . In: XV COLÓQUIO INTERNACIONAL DE GESTÃO UNIVERSITÁRIA – CIGU, 2015, Mar Del Plata – Argentina. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2016.
- MAFRA, M.; VIEIRA, S. R. M.; BROCKER, R. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH): competências e características do modelo para gestão em hospitais universitários federais. . In: XV COLÓQUIO INTERNACIONAL DE GESTÃO UNIVERSITÁRIA – CIGU, 2015, Mar Del Plata – Argentina. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2016.
- MARTIN, J; FROST, P. Jogos de guerra da cultura organizacional: a luta pelo domínio intelectual. In: CLEGG, S; C. HARDY, C; NORD, W. (Org.). **Handbook de estudos organizacionais**: modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais. Vol.1. São Paulo: Atlas, 1998, p. 219-251.

MENDES, L.; CAVEDON, N. L. As culturas organizacionais territorializadas. **Revista de Ciências da Administração**, vol. 15, núm. 35, jan.-abr., 2013, pp. 108-123.

MEYER, J. P.; ALLEN, N. J. **Commitment in the workplace: theory, research and application**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

MINTZBERG, Henry. **Safari de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre. Bookman. 2000.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. 2. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2006.

O POVO. **Maternidade-Escola Assis Chateaubriand completa 50 anos [on-line]**. Disponível em: <<https://www20.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2013/12/14/noticiasjornalcotidiano,3176753/maternidade-escola-assis-chateaubriand-completa-50-anos.shtml>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

ORLANDI, D. P. **Análise dos impactos da EBSEERH no desempenho dos hospitais universitários federais**. 92 f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Espírito Santo: Vitória, 2016.

PAIVA, L. E. B.; PIO, J. A.; FERRAZ, S. F. S. Tipologias da cultura organizacional no setor atacadista de confecção. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v. 10, n. 2, p. 141-155, 2016.

PAULA, R. B. **Desafios da gestão do HU/UFSC, após a criação da EBSEERH pelo governo federal**. 316 f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2016.

PESSOA, C. M. **Cultura organizacional e condições de trabalho: impactos da contratualização de um hospital universitário com a EBSEERH**. 80 f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Natal, 2018.

PETTIGREW, A. A Cultura das organizações é administrável. In: FLEURY, M.T.L. e FISCHER, R. M. (Org.). **Cultura e poder nas organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2007. p. 143-152.

PIKULA, D. A. Mergers & acquisitions: organizational culture & HR issues. **Current Issues series**, Queen's University. 1999.

PIRES, J. C. S.; MACEDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**. v.40, n.1, pp.81-104, 2006.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/orgaos/26443-empresa-brasileira-de-servicos-hospitalares>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

RAMOS, F.; WEHRLE, S. O. S.; WEHRLE, A. F. Cultura Organizacional: Um Estudo de Caso a partir da Perspectiva dos Gestores da Empresa EQS Engenharia. **Revista Administração em Diálogo**, v. 18, n. 2, p. 92-123, 2016.

REIS, Isabella do Couto. **Cultura organizacional e comprometimento no trabalho em hospitais públicos de Minas Gerais**. 152 f. Dissertação de mestrado. Universidade de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

RESENDE, E. G. **Memórias da administração da enfermagem de um hospital de ensino em Fortaleza-CE: (re) construção a partir da história oral**. 151 f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Ceará: Fortaleza, 2012.

- ROCHA, F. L. R.; MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO, M. C.; CARDEAL, S. F.; CAMPOS, M. C. T. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 48, n. 2, p. 308-314, Apr. 2014 .
- ROESCH, Sylvia Azevedo. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso**. 3. ed., São Paulo: Atlas, 2006.
- RUSSO, G. M.; TOMEI, P. A.; LINHARES, A. J. B.; SANTOS, A. M. Correlacionando tipos de cultura organizacional com estratégias de remuneração utilizando a tipologia de Charles Handy. **REAd. Rev. eletrôn. adm. (Porto Alegre)**. Porto Alegre, v.18, n.3, pp.651-680. Dez. 2012.
- SANDRINI, J. C.; MATUCHESKI, S. Cultura organizacional e controladoria: perfil preponderante nas empresas da grande Curitiba, na observação de alunos de pós-graduação da UFPR. In: EnANPAD, 31., 2007, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.
- SANSON, M. A. Gestão de pessoas na fusão e aquisição de empresas: uma pesquisa bibliométrica. **Pensamento & Realidade**, v. 30, n. 3, p. 56-74, 2015.
- SANTOS, N. M. B. F. **Cultura organizacional e desempenho: pesquisa, teoria e aplicação**. São Paulo: Stiliano, 2000.
- SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. San Francisco: Jossey-Bass, 1992.
- SENHORAS, E. M. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **RECIIS. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde**, v. 1, p. 45-55, 2007.
- SILVA, Airton Marques. **Metodologia da pesquisa**. Fortaleza: RDS Editora, 2009.
- SILVA, A. S.; FONSECA, A. C. P. D. A Cultura organizacional como mecanismo de controle: o caso da adoção do contrato de gestão na marinha do Brasil. **Contabilidade Vista & Revista**, v. 18, n. 3, p. 11-35, 2007.
- SILVA, J. T. M.; COUTO E MELO, J. M.; CHIANCA, T. C. M.; DIAS, A. T. Relations between actual and desired culture on health organizations: a competing values framework dimension's approach. **RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 15, n. 1, pp. 127 – 142, jan./mar. 2018.
- SILVA, L. P.; CASTRO, M. A. R.; DOS-SANTOS, M. G. Influência da Cultura Organizacional Mediada pelo Assédio Moral na Satisfação no Trabalho. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 22, n. 2, p. 249-270, abr. 2018.
- SOUZA, C. M.; CHAVES, M. R.; SILVA, A. V.; TSUKAHARA, M. P.; MÁZARO, A. L. Bibliometria em cultura organizacional: um levantamento nos eventos da ANPAD. **Perspectivas em Psicologia**, v. 19, n. 2, pp. 115-133, jul./dez. 2015.
- SOUZA, R. G. **Avaliação do Impacto da Gestão da EBSEH na Evolução do Desempenho dos Hospitais Universitários Federais**. 85 f. Dissertação de mestrado. Universidade de Fortaleza , Fortaleza, 2019.
- TANURE, B.; CANÇADO, V. L. Fusões e Aquisições: aprendendo com a experiência brasileira. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 2, abr-jun, p.10-22, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902005000200002>>. Acesso em 23 nov. 2018.
- TEIXEIRA, E. H. A (in)suficiência de recursos descentralizados pela EBSEH ao Hospital Universitário da UFJF após a adesão da gestão compartilhada. In: XV COLÓQUIO

INTERNACIONAL DE GESTÃO UNIVERSITÁRIA – CIGU, 2015, Mar Del Plata – Argentina. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/135862>>. Acesso em: 31 out. 2018.

TERRA. **Ministério da Educação lança o programa "Future-se" [on-line]**. Disponível em: <<https://www.terra.com.br/noticias/dino/ministerio-da-educacao-lanca-o-programa-future-se,78ed5ae3791e215a7f6f5fb4892e820131gpma0v.html>>. Acesso em: 06 out. 2019.

UFC. **Portal da UFC: consuni aprova contratação de estatal para gestão do complexo hospitalar da UFC**, 2013. Disponível em: <<http://www.UFC.br/noticias/noticias-de-2013/4433-consuni-aprova-contratacao-de-estatal-para-gestao-do-complexo-hospitalar-da-UFC>>. Acesso em: 20 fev 2018.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 24/ CONSUNI, de 30 de julho de 2010**. Dispõe sobre as atribuições e estrutura administrativa da Superintendência dos Hospitais Universitários da UFC e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.ufc.br/images/\\_files/a\\_universidade/consuni/resolucao\\_consuni\\_2010/resolucao24\\_consuni\\_2010.pdf](http://www.ufc.br/images/_files/a_universidade/consuni/resolucao_consuni_2010/resolucao24_consuni_2010.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2019.

UFPA. **Presidente da Ebserh vem a Belém para tratar do futuro dos Hospitais Universitários da UFPA**. Disponível em: <<https://portal.ufpa.br/index.php/ultimas-noticias2/8698-presidente-da-ebserh-vem-a-belem-para-tratar-sobre-o-futuro-dos-hospitais-universitarios-da-ufpa>>. Acesso em: 18 out 2019.

UFPR. **Coplad aprova contrato de gestão compartilhada do HC e da Maternidade Victor Ferreira do Amaral com EBSEH**. Disponível em: <<https://www.ufpr.br/portalfpr/noticias/coplad-aprova-contrato-de-gestao-compartilhada-do-hc-e-da-maternidade-victor-ferreira-do-amaral-com-EBSEH/>>. Acesso em: 11 mar 2019.

VEGRO T.C.; ROCHA F.L.R; CAMELO S.H.H.; GARCIA A.B. Cultura organizacional de um hospital privado. **Rev Gaúcha Enferm.** 2016 jun; 37(2):e49776.

VIANA, B. A.; COUTINHO, R. E. T.; BARBOSA, M. V.; MONTEIRO, A. S.; OLIVEIRA, M. M. Fusões e aquisições: os choques das culturas organizacionais distintas. In: XI SEGeT - SIMPÓSIO DE EXCELENCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 2014, Resende - RJ. **Anais...** Resende: Associação Educacional Dom Bosco, 2014. v. 11. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/1620379.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

VIEIRA, K. R. **Transformações estruturais e institucionais da gestão do HULW/UFPB com o advento da EBSEH**. 114 f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Natal, 2017.

\_\_\_\_\_. Uma revisão bibliográfica acerca da gestão de hospitais universitários federais após o advento da EBSEH. **Revista Brasileira de Administração Política**. v. 9, n.1, p. 157-178, 2016.

WAGNER III, J. A.; HOLLENBECK J. R. **Comportamento organizacional: criando vantagem competitiva**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

#### Prezado Sr. (a),

Eu, Rafael Straus Timbó Vasconcelos, Administrador da Universidade Federal do Ceará e ex-empregado público da EBSEH (anteriormente lotado na Divisão de Gestão de Pessoas do Complexo Hospitalar da UFC) e aluno do curso de Mestrado em Administração e Controladoria da FEAAC/UFC, estou desenvolvendo a dissertação de mestrado sob o título “A TIPOLOGIA DA CULTURA ORGANIZACIONAL DO COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC: UMA ANÁLISE A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DA EBSEH”, sob a orientação do Prof. Dr. Augusto César de Aquino Cabral.

Esta pesquisa tem por objetivo caracterizar a cultura organizacional do Complexo Hospitalar da UFC resultante da adesão à EBSEH, procurando reconstituir, sob o prisma da cultura organizacional, a implantação da EBSEH nos hospitais universitários UFC e identificar se as culturas organizacionais dos hospitais sofreram modificações.

O senhor(a) tem a garantia de receber esclarecimentos de quaisquer dúvidas sobre esta pesquisa, bem como ao anonimato das informações – visto que não haverá nenhuma forma de divulgação que possa identificar os entrevistados, nem maneira de prejudica-lo(a) em qualquer instância desta instituição – e a liberdade de se retirar a qualquer momento da pesquisa. Informo que devido à natureza deste trabalho, não há compensações financeiras relativas à sua participação. Ao final dos trabalhos, o senhor (a) receberá os resultados deste estudo.

Sua participação será voluntária, através de uma entrevista, com duração aproximada de meia hora, em local e horário que seja o mais conveniente para o(a) senhor(a). Com sua autorização, a entrevista utilizará um gravador para que a futura transcrição seja a mais fidedigna possível.

Os riscos inerentes à pesquisa se referem a possível constrangimento ao responder à entrevista, sendo minimizado com a realização em um local reservado. Também são relacionados ao sigilo dos seus dados, que são de propriedade única e exclusiva sua. Assim, serão minimizados com a assinatura deste termo, para utilização de tais informações em pesquisa. Com a assinatura do termo de compromisso para utilização de dados pelo pesquisador, garantindo a confidencialidade desses dados. Os registros ficarão na posse apenas deste pesquisador, visando apenas objetivos acadêmicos e históricos, visto que a pesquisa será um registro de um momento bastante relevante da história dos hospitais universitários da UFC.

Dentre os benefícios desta pesquisa, podemos citar o diagnóstico da tipologia de cultura organizacional atual no Complexo Hospitalar, que pode ser utilizado para projetos de planejamento estratégico pelo corpo gestor, assim como servir de relato histórico deste período relevante da história dos hospitais universitários.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) senhor(a) terá acesso ao pesquisador responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Eu, Rafael Straus Timbó Vasconcelos, posso ser encontrado na Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis da UFC, situada nos anexos da reitoria à Rua Paulino Nogueira 315, Bloco III, 1º andar. Para contato telefônico, há o número (85) 99671.2238. Se ainda existirem algumas considerações ou dúvidas sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUWC – Rua Capitão Francisco Pedro 1290, Rodolfo Teófilo; fone: 3366-8589 – E-mail: [cephuwc@huwc.UFC.br](mailto:cephuwc@huwc.UFC.br)

Caso o (a) senhor(a) se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do entrevistado

---

Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE B****QUESTIONÁRIO A SER ADAPTADO E APLICADO *ON-LINE* JUNTO A SERVIDORES DA UFC E EMPREGADOS DA EBSEH DO COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC****PRIMEIRA PARTE: DADOS DEMOGRÁFICOS**

---

Qual o seu vínculo com os hospitais?

 Servidor público pela UFC       Empregado público pela EBSEH

Qual o hospital onde você trabalha?

 HUWC     MEAC

Qual a sua área de trabalho?

 Área médica     Área assistencial       Área administrativa

Qual o seu cargo? \_\_\_\_\_

Seu cargo possui especialidade? \_\_\_\_\_

Qual seu sexo?

 masculino       feminino

Qual seu tempo de trabalho no Complexo Hospitalar?

 Até dois anos     De 02 a 03 anos       De 04 a 05 anos  
 De 06 a 10 anos     De 11 a 20 anos       Mais de 20 anos Aceito participar da pesquisa e concordo que minhas respostas sejam utilizadas no diagnóstico da tipologia de cultura organizacional do Complexo Hospitalar da UFC.**SEGUNDA PARTE: MODELO DE CAMERON E QUINN (2011)**

---

Para cada uma das seguintes afirmações, marque de acordo com a legenda abaixo:

NO – NUNCA OCORRE

RO – RARAMENTE OCORRE

OC – OCORRE OCASIONALMENTE

FO – FREQUENTEMENTE OCORRE

SO – SEMPRE OCORRE

Item	Questão	NO	RO	OC	FO	SO
1.	A empresa é muito familiar. As pessoas parecem partilhar muito de si mesmas.					
2.	A empresa é muito dinâmica e empreendedora. As pessoas estão dispostas a comprometer-se e assumir riscos.					
3.	A empresa é muito orientada para os resultados. Uma das maiores preocupações é concretizar o trabalho. As pessoas são competitivas e orientadas para os resultados.					
4.	A empresa é muito controlada e estruturada. As pessoas são orientadas por normas formais e estabelecidas.					
5.	Na empresa, a liderança é geralmente exemplo de apoio, aconselhamento e treino.					



6.	Na empresa, a liderança é geralmente exemplo de empreendedorismo, inovação e disposição para correr riscos.					
7.	Na empresa, a liderança é geralmente exemplo de objetividade, competitividade e orientação para os resultados.					
8.	Na empresa, a liderança é geralmente exemplo de coordenação e de uma gestão eficiente.					
9.	A empresa é caracterizada por promover o trabalho em equipe, consenso e participação.					
10.	A empresa é caracterizada por valorizar a autonomia, o risco e o espírito criativo.					
11.	A empresa é caracterizada por desenvolver a competitividade, promover os resultados e o alcance dos objetivos.					
12.	A empresa é caracterizada por garantir a harmonia, previsibilidade, segurança e estabilidade nas relações interpessoais.					
13.	O que mantém a empresa em harmonia é a lealdade e confiança mútua. O compromisso com a organização é elevado.					
14.	O que mantém a empresa em harmonia é o compromisso com a inovação e crescimento. O que importa é ser referência.					
15.	O que mantém a empresa em harmonia é o compromisso com a conquista e superação dos objetivos. Ganhar, ser energético e competitivo são temas usuais.					
16.	O que mantém a empresa em harmonia são as políticas e regras formais. A estabilidade e o equilíbrio são fundamentais.					
17.	Para a empresa é importante o desenvolvimento das pessoas. A confiança, a abertura e a participação são valorizadas.					
18.	Para a empresa é importante a aquisição de novos recursos e a criação de novos desafios. Novas experiências e a busca por novas oportunidades são valorizadas.					
19.	Para a empresa é importante a competitividade e os resultados. A ênfase está na superação dos objetivos ambiciosos e na liderança de mercado.					
20.	Na empresa é importante a permanência e a estabilidade. O controle, a eficiência e o bom funcionamento são valorizados.					
21.	Para a empresa, o sucesso está no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho em equipe, no grau de envolvimento dos seus empregados e na preocupação com as pessoas.					
22.	Para a empresa o sucesso está na exclusividade e novidade dos seus produtos e serviços. O objetivo é ser líder no produto e na inovação.					
23.	Para a empresa o sucesso está na conquista e liderança de mercado. Os pontos-chave são a liderança de mercado e vantagem competitiva.					
24.	Para a empresa o sucesso está na eficiência. Os aspectos cruciais são o respeito aos compromissos, o planejamento e o controle de custos.					

## APÊNDICE C

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA A SER APLICADO AOS GESTORES DO COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC.

#### PRIMEIRA PARTE:

##### Questões baseadas no Modelo de Cameron e Quinn (2011)

##### Elemento cultural 1: características dominantes

**Pergunta 1:** Quais termos vêm à sua mente como características do HUWC após a implantação da EBSEH? Há diferenças, comparando com a realidade de antes da implantação?

##### Elemento cultural 2: liderança organizacional

**Pergunta 2:** Em que aspectos há diferenças em características das chefias do HUWC quando se compara os dias atuais com os tempos anteriores à implantação da EBSEH?

##### Elemento cultural 3: gerenciamento de pessoas

**Pergunta 3:** Quais diferenças são possíveis apontar quanto ao comprometimento e rendimento da força de trabalho, comparando a situação dos dias atuais com a época anterior à gestão da EBSEH?

##### Elemento cultural 4: união organizacional

**Pergunta 4:** O que une as pessoas, hoje, em torno do HUWC? É diferente do que unia antes da implantação da EBSEH?

##### Elemento cultural 5: ênfase estratégica

**Pergunta 5:** Você visualiza diferenças nas formas de buscar a realização de objetivos e nos métodos utilizados após a implantação da EBSEH?

##### Elemento cultural 6: critérios de sucesso

**Pergunta 6:** Hoje, o que explica o que é considerado sucesso para o HUWC? Essas características ou parâmetros eram outros até cinco anos atrás?

#### SEGUNDA PARTE:

##### Estratégias de integração da cultura nova (EBSEH) com a cultura existente (UFC)

**Pergunta 7:** Quais as dificuldades encontradas para a aceitação da nova cultura organizacional da EBSEH pelos servidores da UFC? Como você avalia hoje?

**Pergunta 8:** Que estratégias foram utilizadas para integração dos empregados da EBSEH junto à cultura organizacional do HUWC?

**Pergunta 9:** Em que aspectos as culturas do HUWC e MEAC diferem?

**Pergunta 10:** Você vê hoje o complexo integrado?

**Pergunta 11:** Em suma, a adesão à EBSEH foi positiva ou negativa?

**Pergunta 12:** Em que aspectos é possível dizer que há uma nova cultura organizacional nos hospitais?

**Pergunta 13:** Em que pontos você considera que houve mudanças para melhor e/ou pior na cultura organizacional dos hospitais?