



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO

MARINA CAMPOS MORICI

**RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE: ENTRE A ASSISTÊNCIA E A GESTÃO**

BELO HORIZONTE

2011

MARINA CAMPOS MORICI

**RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE: ENTRE A ASSISTÊNCIA E A GESTÃO**

Dissertação apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais, CEPEAD, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de Concentração: Estudos Organizacionais e Gestão de Pessoas.

Orientador: Prof. Doutor Allan Claudius Queiroz Barbosa

BELO HORIZONTE

Faculdade de Ciências Econômicas

2011

Aos meus pais, Luís e João.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, aos meus pais, pelo apoio incondicional; ao meu irmão, pelo companheirismo; e ao João Paulo, minha dupla de vida. Agradeço também ao meu tio Edu, pelo exemplo, que, mesmo longe, me inspira a cada dia.

Em especial ao professor Allan, pelo incentivo e pela orientação em cada etapa deste processo, por me proporcionar a oportunidade de realizar intercâmbio em Portugal e por me apoiar em outra temporada, na Suíça.

Aos professores do Mestrado, por me guiarem nos caminhos que me conduziram até aqui; e aos grandes amigos que fiz nessa nova etapa da vida. Muito obrigada, “Patota”! Agradeço a Vanessa, cuja amizade levarei para sempre.

Profissionalmente, tenho muito a agradecer à Marlene Caldas, por me proporcionar minha primeira oportunidade na área hospitalar; aos diretores e assessores de diretoria do Hospital Risoleta Tolentino Neves, por acreditarem em mim e tornarem possível o sonho do Mestrado.

Aos professores do ISEG e à Filomena, os quais de forma muito doce, sempre se colocaram disponíveis nos dois lados do oceano.

Ao professor Gilles Dussault, por me abrir as portas do mundo.

Ao professor Mário Dal Poz, a quem serei eternamente grata não somente pela oportunidade de estágio na Organização Mundial de Saúde, como também pelos inúmeros ensinamentos diários, de valor inestimável para meu crescimento profissional e pessoal.

À professora Célia Pierantoni, pelos breves dias de convivência e longos períodos de inspiração.

E finalmente, um agradecimento muito especial àqueles que, gentilmente, concordaram em participar desta pesquisa, sem os quais todo trabalho seria impossível.

RESUMO

Este estudo tem por objetivo investigar as políticas e as práticas de recursos humanos desenvolvidas em hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde quanto a sua capacidade de dar respaldo às atividades assistenciais. Além disso, busca traçar uma possível diferenciação quanto à forma de estruturação das práticas e das políticas de recursos humanos em instituições hospitalares de naturezas jurídicas diversas. Para isso, partiu-se de um referencial teórico estruturado em dois eixos: o Sistema Único de Saúde e a gestão de recursos humanos e a saúde. A partir da revisão da literatura, foi possível estabelecer categorias de análise essenciais para o estudo do tema, agrupadas em oito dimensões: entrada dos trabalhadores; desempenho – emprego; desempenho – sistemas de apoio; desempenho – ambiente favorável; saída; percepção dos gestores de RH; percepção dos gestores assistenciais e formas de contratação no hospital. A coleta de dados aconteceu em quatro hospitais, tendo sido entrevistados oito profissionais da área de Recursos Humanos e sete gestores assistenciais. Completaram a coleta de dados observações e documentos institucionais. A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, os hospitais foram trabalhados individualmente; na segunda, foram estruturadas comparações entre hospitais administrados segundo as regras públicas e hospitais segundo as regras privadas. Os resultados apontam cinco pontos principais: a) existe defasagem na estruturação das políticas e das práticas de recursos humanos nos hospitais que contribuem para a efetivação do cuidado; b) a estruturação de políticas e das práticas de recursos humanos nas instituições está intimamente ligada à forma de contratação de pessoal adotada; c) o processo seletivo por concurso público é incapaz de prover pessoal de forma ágil e adequada para o trabalho assistencial; d) a fixação e a motivação dos profissionais são influenciadas pela sua forma de contratação; e e) existe mais autonomia de gestão de pessoal nos hospitais administrados segundo as regras do direito privado.

Palavras chave: Políticas e práticas de recursos humanos. Hospitais. Recursos humanos em saúde.

ABSTRACT

This study aims to investigate the capacity of policies and practices of Human Resources developed in SUS' hospitals to provide support do care activities, thus contributing the overall performance of the health system. Moreover, attempts to trace a possible difference between the structured human resources practices and policies in hospitals of different juridical nature. For this, the study was based on a theoretical framework structured around two axes: the National Health System and Human Resource Management for Health. From the literature review, it was possible to establish essential categories of analysis for the study, grouped into eight dimensions: entry; performance – job; performance – systems support; performance – enabling environment; exits; perception of human resources managers; perception of assistance managers and forms of employment in the hospital. Data collection occurred in four hospitals. Eight human resources professionals and seven assistant managers were interviewed. Data collection was completed with observations and institutional documents. Data analysis was performed in two stages, at first the hospitals were analyzed individually and in second stage compared with others, based on the rules of management (on public and private rules). The results showed five main points: a) there is a gap in framing policies and HR practices in hospitals that contribute to the effectiveness of care; b) the structuring of policies and practices of human resources in institutions is in fact closely linked to the way staff is hired; c) the public selection process is unable to provide personnel as fast and with the quality needed; d) the setting and motivation of staff are influenced by the way that they are hired; e) there is more autonomy for managing staff in hospitals run by the rules of private law.

Keywords: Policies and practices of human resources. Hospitals. Human resources in health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAP - Caixa de Aposentadorias e Pensões

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNRS - Comissão Nacional de Reforma Sanitária

CI - Comunicação Interna

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública

ODMs - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OSS - Organizações Sociais de Saúde

PID - Plano de Incentivo ao Desempenho

RH - Recursos Humanos

RJU - Regime Jurídico Único

SUS - Sistema Único de Saúde

TCU - Tribunal de Contas da União

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estrutura metodológica	13
Figura 2 - Modelo de gestão de Recursos Humanos em organizações inseridas nos sistemas de saúde.....	31
Quadro 1 - Alavancas e estratégias correspondentes.....	30
Quadro 2 - Categorias de análise.....	42
Quadro 3 - Categorias de análise e seu desdobramento em dimensões.....	43
Quadro 4 - Construção do instrumento de pesquisa a partir das categorias de análise	46
Quadro 5 - Proposta inicial de coleta de dados	47
Quadro 6 - Cargo dos profissionais entrevistados em cada hospital	53
Quadro 7 - Síntese do percurso metodológico	54
Quadro 8 - Estudo de caso HBH1	68
Quadro 9 - Estudo de caso HBH2	86
Quadro 10 - Estudo de caso HBH3	103
Quadro 11 - Estudo de caso HBH4	127
Quadro 12 - Síntese dos resultados encontrados nos hospitais	167

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 O Sistema Único de Saúde.....	13
2.1.1 Histórico e estruturação do Sistema Único de Saúde.....	13
2.1.2 Estruturação da rede e a inserção dos hospitais no Sistema Único de Saúde.....	18
2.2 A gestão de recursos humanos e a saúde.....	21
2.2.1 RH – breve reflexão para introduzir o debate sobre a saúde.....	21
2.2.2 Importância dos recursos humanos na saúde.....	24
2.2.3 Desafios da gestão de recursos humanos na saúde.....	25
2.2.4 Gestão de recursos humanos nos hospitais.....	32
2.2.5 Natureza jurídica da organização e a relação com a gestão de recursos humanos.....	34
3. METODOLOGIA.....	40
3.1 O desenho do estudo.....	40
3.2 Categorias de análise.....	41
3.3 Os hospitais estudados – percurso de escolha.....	46
3.4 Coleta de dados – fontes e instrumentos.....	49
3.5 Tratamento dos dados.....	53
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	55
4.1 Estudo de caso HBH1.....	55
4.1.1 Políticas e práticas de recursos humanos no HBH1.....	55
4.1.1.1 Recrutamento e seleção.....	55
4.1.1.2 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – emprego.....	57
4.1.1.3 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – sistema de apoio.....	58
4.1.1.4 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – ambiente favorável.....	60
4.1.1.5 Gestão da saída de trabalhadores.....	63
4.1.2 Relação das políticas e das práticas de recursos humanos com a Assistência.....	64
4.1.3 Formas de contratação de pessoal.....	65
4.2 Estudo de caso HBH2.....	69
4.2.1 Políticas e práticas de recursos humanos no HBH2.....	69
4.2.1.1 Recrutamento e seleção.....	69
4.2.1.2 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – emprego.....	71
4.2.1.3 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – sistema de apoio.....	73
4.2.1.4 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – ambiente favorável.....	75
4.2.1.5 Gestão da saída de trabalhadores.....	79
4.2.2 Relação das políticas e das práticas de recursos humanos com a Assistência.....	80
4.2.3 Formas de contratação de pessoal.....	82
4.3 Estudo de caso HBH3.....	87
4.3.1 Políticas e práticas de recursos humanos no HBH3.....	87
4.3.1.1 Recrutamento e seleção.....	87
4.3.1.2 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – emprego.....	88
4.3.1.3 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – sistema de apoio.....	91
4.3.1.4 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – ambiente favorável.....	93
4.3.1.5 Gestão da saída de trabalhadores.....	97
4.3.2 Relação das políticas e das práticas de recursos humanos com a Assistência.....	98

4.3.3 Formas de contratação de pessoal	100
4.4 Estudo de caso HBH4	104
4.4.1 Políticas e práticas de recursos humanos no HBH3	104
4.4.1.1 Recrutamento e seleção	104
4.4.1.2 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – emprego	107
4.4.1.3 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – sistema de apoio	110
4.4.1.4 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – ambiente favorável	114
4.4.1.5 Gestão da saída de trabalhadores	119
4.4.2 Relação das políticas e das práticas de recursos humanos com a Assistência	121
4.4.3 Formas de contratação de pessoal	123
4.5 Análise comparativa dos hospitais a partir da natureza jurídica institucional	128
4.5.1 Hospitais administrado segundo regras públicas	128
4.5.1.1 Políticas e práticas de recursos humanos	128
4.5.1.1.1 Recrutamento e seleção	128
4.5.1.1.2 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – emprego	130
4.5.1.1.3 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – sistema de apoio	131
4.5.1.1.4 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – ambiente favorável	132
4.5.1.1.5 Gestão da saída de trabalhadores	135
4.5.1.2 Relação das Políticas e das práticas de recursos humanos com a Assistência	136
4.5.2 Hospitais administrados segundo regras privadas	139
4.5.2.1 Políticas e práticas de recursos humanos	139
4.5.2.1.1 Recrutamento e seleção	139
4.5.2.1.2 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – emprego	140
4.5.2.1.3 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – sistema de apoio	141
4.5.2.1.4 Fatores relacionados com à melhoria do desempenho – ambiente favorável	143
4.5.2.1.5 Gestão da saída de trabalhadores	145
4.5.2.2 Relação das políticas e das práticas de recursos humanos com a Assistência	146
4.5.2.3 Formas de contratação de pessoal	147
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS – COMPARAÇÃO DAS POLÍTICAS E DAS PRÁTICAS DE RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS DE NATUREZA JURÍDICA PÚBLICA E HOSPITAIS DE NATUREZA JURÍDICA PRIVADA	149
5.1 Políticas e práticas de recursos humanos	149
5.1.1 Recrutamento e seleção	149
5.1.2 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – emprego	151
5.1.3 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – sistema de apoio	153
5.1.4 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – ambiente favorável	156
5.1.5 Gestão da saída de trabalhadores	159
5.2 Relação das políticas e das práticas de recursos humanos com a Assistência	160
5.3 Formas de contratação de pessoal	162
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
REFERÊNCIAS	173
ANEXOS	177

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho procura descrever e discutir as políticas e práticas de recursos humanos desenvolvidas em hospitais que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando sua interface com a assistência, visa analisar sua forma de administração (natureza pública ou privada).

Essa discussão vem ao encontro de um dos grandes desafios do SUS na atualidade: a gestão de recursos humanos. A área da saúde se caracteriza por uma grande demanda de mão de obra qualificada, o que ressalta cada vez mais a necessidade de políticas e práticas de gestão de recursos humanos que sejam capazes de responder a sua demanda.

No que diz respeito à forma de administração das instituições hospitalares ligadas ao SUS, existe uma ampla gama de configurações. A administração dessas instituições acontece segundo tanto as regras públicas quanto as regras privadas de gestão.

Atualmente, somam-se às formas tradicionais de gestão hospitalar novos modelos alternativos, tendo por objetivo proporcionar uma gestão mais flexível de hospitais administrados pelos entes públicos. Nestes casos, promova-se uma parceria entre o ente público e uma organização de direito privado. Com isso, a instituição hospitalar pública passa a ser administrada seguindo algumas das regras do direito privado.

Na gestão de recursos humanos dessas instituições, o maior impacto das formas alternativas é a possibilidade de contratação de funcionários segundo as regras do direito privado. Essa diferenciação das formas de contratação provavelmente influenciará as políticas e as práticas de recursos humanos adotadas nos hospitais.

A forma de contratação dos trabalhadores influencia a estruturação da gestão de recursos humanos, na medida em que define, em última instância, a capacidade de decisão a respeito dos trabalhadores. Para La Forgia e Couttolec (2009), a capacidade de decisão a respeito dos funcionários é um fator crucial para a gestão da organização hospitalar. “O atendimento hospitalar depende muito dos funcionários, a autoridade de decisão com respeito aos mesmos pode ser um fator crucial” (LA FORGIA e COUTTOLEC, 2009, p.215).

As políticas e as práticas de recursos humanos, tal como atualmente estruturadas em hospitais do SUS, respaldam o bom funcionamento da assistência e, em última instância, atendem às necessidades impostas para o bom funcionamento do sistema de saúde? Como a forma de administração (natureza jurídica) dos hospitais influencia a estruturação das práticas e das políticas de recursos humanos?

A partir deste estudo, busca-se contribuir para o entendimento da capacidade de resposta das políticas e das práticas de recursos humanos implementadas às necessidades impostas pela natureza do trabalho nos hospitais do SUS e lançar luz a respeito da questão da relação entre o modelo de contratação de pessoal e a estruturação das políticas e das práticas de recursos humanos. Esse entendimento soma-se à discussão dos aspectos relevantes ao desenvolvimento de políticas e de práticas de gestão que deem respaldo e sustentabilidade à promoção de assistência de qualidade segundo os pressupostos preconizados na criação do SUS.

Este trabalho está organizado em seis seções, incluindo esta Introdução. Na segunda, encontra-se o referencial teórico utilizado, abordando a temática do SUS (seu histórico, estruturação do sistema e da rede de atendimento e a inserção dos hospitais) e a de recursos humanos na saúde (contemplando a gestão de recursos humanos, a importância dos recursos humanos na saúde, os desafios da gestão de recursos humanos na saúde, a gestão de recursos humanos nos hospitais e a natureza jurídica das organizações, relacionando-a à gestão de recursos humanos). Na terceira, são desenhados os procedimentos metodológicos utilizados para este estudo, contemplando as categorias de análise, os hospitais estudados, os instrumentos de coleta de dados e os procedimentos de análise dos dados. Na quarta, são apresentados os resultados encontrados conforme as categorias de análise pré-determinadas. Na quinta, procede-se à análise dos resultados. Na sexta, formulam-se as considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando a necessidade de estruturar a relação entre a gestão de recursos humanos em hospitais e a lógica estruturante do SUS, o marco teórico contemplará dois eixos essenciais, que podem ser visualizados na Figura 1.

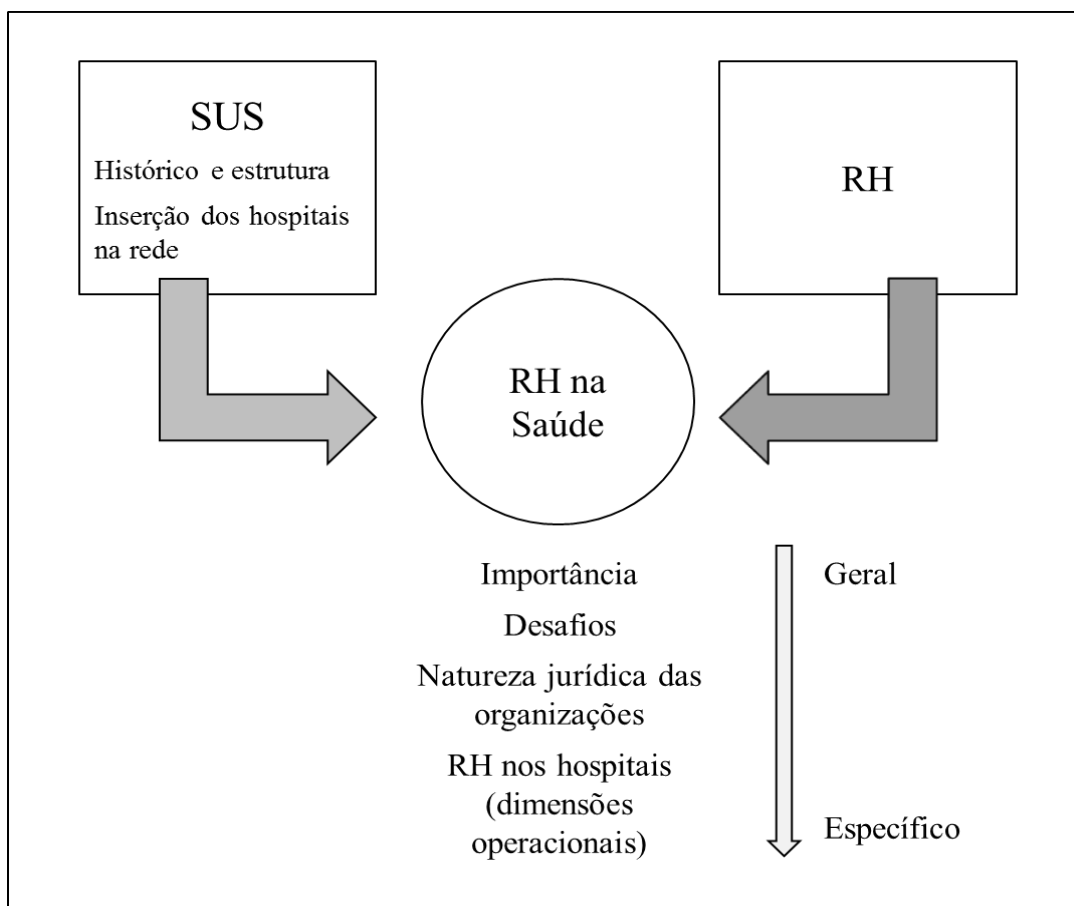


Figura 1 - Estrutura metodológica

Fonte: elaborado pela autora.

2.1 O Sistema Único de Saúde

2.1.1 Histórico e estruturação do Sistema Único de Saúde

Durante a colonização portuguesa, a medicina era exercida no Brasil por um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários, a maioria com formação europeia.

Somente a elite tinha acesso a estes serviços, ficando a maioria absoluta da população servida por curandeiros (ESCOREL e TEIXEIRA, 2007).

Com a chegada da corte portuguesa ao Brasil, em 1808, foram criadas as primeiras instâncias de saúde pública, que tinham por principal objetivo fiscalizar a prática médica. Com a independência surgem no País as primeiras faculdades de medicina e agremiações médicas (ESCOREL e TEIXEIRA, 2007).

A partir de então, segundo o CONASS (2007), cabia aos estados promover as ações de saúde, de saneamento e de educação. Escorel e Teixeira (2009) relatam que, exceto pela preocupação com as endemias, a ação do Estado em relação à saúde se restringia a medidas ordenadoras da vida urbana que visavam à manutenção de um estado geral de salubridade.

No início do século XX, a falta de um modelo sanitário para o País deixava as cidades à mercê das epidemias. Na cidade do Rio de Janeiro, estavam presentes diversas doenças graves que vitimavam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste (CONASS, 2007).

O final da década de 1920 foi um período de profundas mudanças no cenário nacional. Dentre elas, apontam-se o surgimento do Movimento de Reforma Sanitária, liderado pela nova geração de médicos higienistas, o qual alcançou importantes resultados, como a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920. Durante a Primeira República, foram estabelecidas as bases para a criação de um sistema nacional de saúde, caracterizado pela concentração e pela verticalização das ações no governo central (CONASS, 2007).

O surgimento de uma atividade estatal em relação à assistência médica, segundo Escorel e Teixeira (2009), data de 1923, quando o governo instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) voltadas para os funcionários de empresas ferroviárias.

A partir de 1930, grandes mudanças institucionais ocorreram. O primeiro governo Vargas foi reconhecido como um marco na configuração de políticas sociais no Brasil. Com relação à Previdência Social, os benefícios foram estendidos aos trabalhadores de outras categorias profissionais. Criou-se, ainda o Ministério da

Educação e Saúde Pública (MESP), ao qual cabia tudo que dizia respeito à saúde da população, tornando-se responsável pela prestação de serviço aos chamados “pré-cidadãos” (pobres, desempregados ou que exerciam atividades informais), que não estavam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas Caixas e pelos serviços previdenciários (CONASS, 2007).

A partir da promulgação da Constituição de 1946 e da redemocratização do País, segundo o CONASS (2007), a saúde pública teve sua estrutura centralizada, com múltiplos programas e serviços verticalizados, para implementar campanhas e ações sanitárias. Escorel e Teixeira (2009) constata o aumento dos gastos com assistência médico-hospitalar após a incorporação desta à legislação do trabalho e da previdência social.

Segundo o CONASS (2007), o Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar (1964 – 1984), caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. Escorel (2009) afirma que o Ministério da Saúde foi enfraquecido, normativa e financeiramente.

A saúde pública foi relegada a segundo plano, tornando-se ineficiente e conservadora. Sua atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A situação era agravada ainda pela carência de recursos e pela repressão política que atingiu também o campo da saúde, com cassações de direitos políticos, exílio, intimidações, inquéritos policial-militares, aposentadoria compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisas (CONASS, 2007).

Segundo o CONASS, 2007, na década de 1980, inicia-se um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental: a Reforma Sanitária. Gonçalves (2001) afirma que este movimento, que começou na comunidade de profissionais da saúde e de sanitaristas, contou com o apoio da sociedade brasileira. Buscava a transformação dos paradigmas do sistema de saúde, defendendo o acesso universal e equitativo a um sistema de saúde baseado na cidadania. A importância deste movimento está no fato de ser considerado responsável pela fundação da ideia do SUS.

Em 1985, com o fim do regime militar, lideranças do movimento sanitário assumem efetivamente posições em postos-chave nas instituições responsáveis pela política de saúde no País. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília, são lançados os princípios da Reforma Sanitária, aprovando-se a criação de um Sistema Único de Saúde, que se constituísse em um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à Previdência (CONASS, 2007).

Os principais desdobramentos da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram: a constituição da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a conformação da Plenária Nacional de Saúde. A primeira foi responsável por elaborar a proposta do capítulo referente à saúde para a Constituição (Escorel, 2009).

A criação do SUS foi definida a partir da promulgação da Constituição de 1988, a qual redefine o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. A saúde, a partir de então, é caracterizada como o acesso a um conjunto de fatores, tais como alimentação, moradia, emprego, lazer e educação. Em seu art. 196, a Constituição cita:

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 as origens e o processo de implantação do SUS acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O art. 197 afirma a relevância pública das ações e dos serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. O art. 198 da Constituição define as seguintes diretrizes de organização do SUS (BRASIL, 1988):

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

A celebração do SUS implica, portanto, a reafirmação desses três princípios, somados ao primeiro e básico: o da universalidade em todas as ações e serviços de saúde.

A Lei Federal 8.080/1990, que regulamenta o SUS, prevê, em seu art. 7º, como princípios do sistema, entre outros:

[...] a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e a integralidade de assistência (entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema).

As definições da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde são apenas o início da implantação do SUS. Os números obtidos e a qualidade de certos programas do SUS atestam os avanços ao longo dos anos. Em 2006, a organização do SUS como uma rede diversificada envolvia cerca de 6 mil hospitais, 26 mil equipes de saúde da família, 215 mil agentes comunitários de saúde e 13 mil equipes de saúde bucal em mais de 5 mil municípios brasileiros. Em 2003, 28,6% dos brasileiros eram usuários exclusivos do SUS, 61,5% são usuários não exclusivos e apenas 8,7% são não usuários (CONASS, 2006).

Apesar dos avanços visíveis, existem ainda muitos desafios. Explica o CONASS (2006): “O SUS não deve ser visto como um problema sem solução, mas como uma solução com problemas”. Com o objetivo de atender aos princípios propostos quando da criação do SUS e estruturar um sistema público de saúde universal, que seja capaz de prestar serviços de qualidade a toda população brasileira, estes desafios devem ser superados.

Para o CONASS (2006), estes desafios podem ser agrupados em seis grandes grupos, a saber: (a) desafio da universalização; (b) desafio do financiamento; (c) desafio do modelo institucional; (d) desafio do modelo de atenção à saúde; (e) desafio da gestão do trabalho no SUS; e (f) desafio da participação social.

A implementação adequada do sistema, particularmente no que diz respeito ao processo de descentralização e definição do papel de cada esfera de governo, ainda deve considerar o enfrentamento de pelo menos três questões gerais: as acentuadas desigualdades existentes no País; as especificidades dos problemas na área da saúde; e as características do federalismo brasileiro (CONASS, 2003).

Esses desafios são encontrados nas instituições de atendimento como um todo, dada a estrutura do sistema. A seção seguinte trata especificamente da estruturação da rede de atendimento e do papel dos hospitais no sistema de saúde.

2.1.2 Estruturação da rede e a inserção dos hospitais no Sistema Único de Saúde

A estrutura em rede do SUS pressupõe que os serviços de atendimento em saúde funcionam de forma integrada, devendo existir, segundo o CONASS (2006), “uma comunicação que coordene os fluxos de pessoas e coisas na rede e que é constituído pela atenção primária à saúde”.

A organização dos serviços na rede se dá de maneira horizontal e deve permitir a prestação de atenção de saúde contínua à população, levando-se em consideração o tempo, o lugar, o custo e a qualidade adequados. Este atendimento deve contribuir para resultados sanitários e econômicos relativos àquela população (CONASS, 2006).

Para que a atenção em rede seja possível, os atendimentos e os serviços oferecidos pelo SUS são divididos em três níveis, de acordo com o seu grau de complexidade.

A atenção básica estrutura-se como o contato preferencial com os usuários. Ou seja, é a porta de entrada no sistema. Compreende o rol de procedimentos menos densos tecnologicamente e capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade. Apesar de oferecer cuidados menos complexos, a organização, o desenvolvimento e a aplicação deste nível de atenção podem demandar estudos de alta complexidade teórica e de profundo conhecimento empírico da realidade (CONASS, 2007a).

As ações e procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar são serviços relevantes para a garantia da resolutividade e da integralidade da assistência ao cidadão. Caracterizam-se por serem mais complexos. Por esta razão, demandam grande investimento público. Segundo o CONASS (2006), a execução do recurso destinado ao SUS estava 48% comprometido com assistência hospitalar em 2005.

Em 2007, o CONASS (2007a) documenta percentual próximo, afirmando que os serviços de média e de alta complexidade agrupados consumiam em torno de 40% dos recursos da União alocados no orçamento da saúde. O grande percentual de investimentos nestes serviços e procedimentos faz com que representem um importante elenco de responsabilidades para os gestores de todas as esferas do governo.

É possível constatar a importância da gestão hospitalar no SUS, uma vez que essas instituições são responsáveis por grande parte dos atendimentos e dos serviços de média e de alta complexidade.

Os hospitais brasileiros estão submetidos a diferentes regimes administrativos e modelos de gestão. Neto, Barbosa e Santos (2009) distinguem três grandes conjuntos de hospitais segundo a propriedade de patrimônio e as normas administrativas de funcionamento. O primeiro, de caráter público e estatal, integra a administração pública. O segundo é constituído no âmbito privado, mas compõe, de forma diferenciada, interesses de caráter público. O terceiro é do âmbito privado, operado com base nas regras de mercado, podendo ou não prestar serviço para o SUS. A questão dos regimes administrativos será tratada com mais profundidade na seção **2.2.5**.

Os hospitais integrantes do sistema enfrentam desafios próprios, podendo-se destacar: subfinanciamento, baixa capacidade gerencial e ineficiência de escala. O subfinanciamento, tema largamente discutido, pode ser constatado por meio do pagamento insuficiente de alguns procedimentos, para os quais são pagos valores muito abaixo dos seus custos. Além dos desafios financeiros, o sistema funciona com baixa capacidade gerencial. Na área de Recursos Humanos, a baixa capacidade

gerencial está diretamente relacionada à dificuldade de monitoramento e de avaliação dos resultados individuais e dos gastos com pessoal (CONASS, 2006).

O desafio da eficiência é destacado por La Forgia e Couttolec (2009), os quais afirmam que os hospitais podem avançar muito no que diz respeito à utilização dos recursos disponíveis no SUS. A eficiência pode ser aumentada a partir de investimentos em instituições de maior porte. Os autores encontraram sensível aumento na eficiência dos hospitais à medida que o número de leitos cresce.

Além dos desafios próprios às instituições hospitalares, existem outros, provenientes de sua inserção no SUS. Segundo o CONASS (2009), à medida que o processo de organização do SUS avança, aumenta a capacidade do sistema de definir os serviços necessários. A ordem é invertida à medida que o hospital passa a ser responsável por “produzir” serviços compatíveis com as necessidades do sistema.

Mesmo sendo sensíveis os avanços obtidos pelo SUS no campo da atenção primária (CONASS, 2009), ainda está presente nos hospitais a sobrecarga de atendimentos, imposta pelos casos não atendidos na atenção básica. Lobato (2000) destaca que, muitas vezes, devido à falta de funcionamento pleno da atenção básica ou, mesmo, de uma estrutura mínima de operação, recai sobre os hospitais o peso das questões de saúde não resolvidas no nível primário. Os usuários tendem a procurar unidades de emergência em hospitais, o que sobrecarrega o atendimento. Com isso, problemas de saúde mais simples passam a competir com emergências reais de atenção. Esta questão onera duplamente a rede: de um lado, diminui a capacidade de atendimento hospitalar das reais demandas de média e de alta complexidade; e de outro, onera financeiramente a máquina estatal, uma vez que procedimentos realizados em serviços especializados custarão mais aos cofres públicos.

Para Elias (1999), a discussão sobre modalidades de gestão transformou-se numa das questões centrais na agenda pública brasileira, destacando-se mais do que as discussões a respeito da assistência em si. Segundo o autor, a implantação de experiências de novos modelos de gestão de serviços se intensificou a partir da segunda metade da década de 1990.

O CONASS (2009) afirma que este cenário vem estimulando gestores de todas as esferas a buscar novos caminhos para a gestão dos estabelecimentos, implantando modelos alternativos à gestão tradicional. Para Longo (2005), a maior motivação para a busca dessas formas alternativas de gestão está na possibilidade de flexibilização da gestão de recursos humanos.

Na prática, o fato de determinada instituição ser regida pelo direito privado abre a possibilidade de modelos de contratação mais flexíveis, que seguem a lógica do mercado. Esse é um dos grandes impactos dos modelos alternativos na gestão de recursos humanos. Por essa razão, o estudo da relação da natureza jurídica das instituições e das políticas e práticas de recursos humanos será enfatizado neste estudo. A seção seguinte pretende aprofundar a discussão a respeito de recursos humanos.

2.2 A gestão de recursos humanos e a saúde

2.2.1 RH – breve reflexão para introduzir o debate sobre a saúde

A diversidade e a complexidade do debate sobre recursos humanos exigem uma aproximação teórica extensa e diversificada. Barbosa (2010) afirma que:

[...] o debate sobre recursos humanos assume nos dias de hoje uma posição que mescla a necessidade de seu entendimento histórico, sua conceituação mais precisa sobre o objeto e os desdobramentos em direções nem sempre capazes de fortalecer e/ou legitimar sua posição no contexto organizacional. Nesta perspectiva, situar historicamente a discussão significa entender seu papel “operacional” nas ações organizacionais e o que isso representa em termos de impacto (p. 13).

Com base no escopo pretendido nesta dissertação, pretende-se situar a relevância da discussão, reconhecendo a sua importância para o campo da gestão de recursos humanos na saúde. Nesta perspectiva, a discussão sobre recursos humanos também

extrapola os elementos tradicionais ao analisar as relações de trabalho, as políticas e as práticas e seus desdobramentos para além dos muros das organizações.

Ao analisar a história da implantação da administração estratégica de recursos humanos, Lamcombe e Tonelli (2001) ressaltam sua peculiaridade no Brasil. No País, essa implantação se deu com atraso, em função das condições macroeconômicas vigentes, que não evidenciavam a necessidade das mudanças preconizadas. A maior preocupação da área de Recursos Humanos, recém-instalada nas empresas, estava centrada nos aspectos operacionais do trabalho.

As relações de trabalho estabelecidas, para Fischer (1987), vinculavam-se intimamente com características mais amplas da sociedade, tais como fatores sociológicos e políticos. Esse vínculo podia ser percebido na organização no processo de trabalho, na elaboração de políticas administrativas e na prática cotidiana dos agentes sociais em interação.

Nos primeiros anos da década de 1990, conforme observa Fisher (1998), as estratégias adotadas nas empresas para enfrentar os novos cenários eram tipicamente reativo-defensivas, concentradas no enxugamento e na redução de custos. Somente a partir de 1995 é que começa a surgir nova tendência nas estratégias adotadas pelas empresas brasileiras, em função do reconhecimento da importância do cliente nos ambientes competitivos.

Barbosa (2005), ao resgatar as ideias de Fischer, constata, 18 anos depois, um esvaziamento da instância relações de trabalho nas discussões sobre recursos humanos. Essa mudança acarretou a necessidade de redefinir os papéis da área.

No entanto, a capacidade de redefinição de papéis de recursos humanos na prática é limitada pelo caráter eminentemente adaptativo que esta apresentou ao longo dos anos. Essa tendência de reação às mudanças sociais ocorridas de forma adaptativa e ao desenvolvimento ou a cópia de mecanismos para a adequação dos trabalhadores ao trabalho é constatada por Barbosa (2005). Fleury e Fischer (1992) também apontam caráter eminentemente reativo das políticas de recursos humanos às forças externas e à dinâmica das relações internas da organização, além de tendência à

imitação e à reprodução de modismos, muitas vezes, inconsistentes e incoerentes com a filosofia e as diretrizes da empresa.

Albuquerque (1987) ressalta que a necessidade de se pensar em recursos humanos de forma estratégica adveio do reconhecimento da importância de se considerar o ambiente externo na formulação das estratégias e da existência de um descompasso entre as necessidades previstas para a implantação dessas estratégias e a realidade das organizações em termos de pessoal para implantá-las.

Para Lamcombe e Tonelli (2001), o papel estratégico passa a ser o de se repensar as próprias atividades de recursos humanos em termos estratégicos, de maneira a integrar os objetivos de longo prazo da organização, as variáveis relevantes do ambiente e as necessidades decorrentes em termos de pessoas.

Anthony, Perrexé e Kacmar (1996) *apud* Lamcombe e Tonelli (2001), reconhecem que as funções de recursos humanos devem ser alinhadas à estratégia organizacional e são de responsabilidade também dos gerentes de linha. Os gerentes passam a ser responsáveis pela gestão de pessoal, cabendo aos profissionais de recursos humanos o papel de prestar aconselhamento e de promover a coordenação dos esforços para que os gerentes possam desempenhar as novas tarefas. A intenção é que os gerentes se tornem cada vez mais capazes de resolver problemas relacionados ao quadro de pessoal nas empresas.

Essa tendência também foi constatada por Fischer e Albuquerque (2004). A pesquisa coordenada pelos autores aponta como elementos essenciais da configuração do formato organizacional e da função de recursos humanos a descentralização das decisões de gestão de pessoas para os gerentes da empresa e a mudança do perfil de atuação do profissional de recursos humanos para consultor interno.

Além disso, ganham grande destaque a gestão da contribuição individual dos funcionários e o desenvolvimento de pessoas. Para a gestão da contribuição dos funcionários, o grande desafio refere-se ao alinhamento das pessoas (seus desempenhos e competências) com as estratégias do negócio e os objetivos organizacionais. Portanto, fazem-se necessárias práticas de vinculação entre o desempenho e os resultados gerais, criando-se processos de gestão da compensação a

partir do desempenho dos funcionários. Quanto ao desenvolvimento de pessoas, além do investimento em educação corporativa e do treinamento, mais uma vez, é destacada a necessidade de capacitação do corpo gerencial da empresa (FISCHER e ALBUQUERQUE, 2004).

Outra constatação de Fischer e Albuquerque (2004) é a necessidade de participação do gestor de recursos humanos nas decisões estratégica da empresa, uma vez que não faz parte da realidade das empresas brasileiras dar voz a estes dirigente quando se trata de assuntos estratégicos nas empresas.

É, portanto necessária, como afirmam Fleury e Fischer (1992), a redefinição das diretrizes estratégicas dos sistemas de gestão de recursos humanos e de seus respectivos sistemas de implantação.

Os profissionais de recursos humanos devem estar no centro das decisões estratégicas. Esse posicionamento, somado ao conhecimento e à capacidade de análise, torna-os capazes de estruturar modelos de recursos humanos propositivos, e não apenas reativos às mudanças globais.

2.2.2 Importância dos recursos humanos na saúde

O Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2007) ressalta a importância dos recursos humanos nos sistemas de saúde, apontando o desenvolvimento de trabalhadores capazes, motivados e apoiados como essencial para superar gargalos que impedem o alcance dos objetivos da saúde.

O papel de destaque assumido pelos recursos humanos nesta área se deve principalmente à grande quantidade de mão de obra requerida para a execução das atividades. A assistência se organiza em torno do trabalho dos profissionais especializados. Portanto, a discussão da organização deste trabalho torna-se fundamental para o resultado final oferecido à população. Para a OMS (2007), os trabalhadores de saúde são “a personificação dos valores de um sistema”, “o elo que conecta conhecimento à ação de saúde” (OMS, 2007, p. xvii).

Para Dal Poz et al. (2002) a questão dos recursos humanos na saúde está na agenda de prioridades tanto dos países como de organismos internacionais, organizações não-governamentais, instituições acadêmicas e pesquisadores.

No caso brasileiro, a importância dos recursos humanos também vem se difundindo a partir da percepção de gestores, trabalhadores e representantes do governo de que a formação, o desempenho e a gestão de recursos humanos afetam profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (Seixas, 2002).

Para Fonseca e Seixas (2002), as políticas de recursos humanos são destacadas como prioritárias para a consecução de um SUS democrático, equitativo e eficiente. As dimensões do ideário do SUS influenciam fortemente a formulação de políticas de recursos humanos para a saúde no Brasil, levando-se em conta as questões conceituais (definição de saúde na Constituição Federal), as diretrizes (universalidade, integralidade e equidade) e a organização do sistema (pluralista, regionalizado, hierarquizado e descentralizado, com direção única em cada esfera de governo).

Uma vez explicitada a importância das políticas e práticas de recursos humanos para a construção de um sistema de saúde adequado às demandas da população, torna-se necessário discutir os desafios encontrados na área da saúde, tanto no mundo quanto no Brasil.

2.2.3 Desafios da gestão de recursos humanos na saúde

A Organização Mundial de Saúde aponta desafios mundiais na área da saúde que somente poderão ser enfrentados se levadas em conta questões de recursos humanos. São eles: atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio (ODMs) relacionados à saúde; fazer a mudança bem sucedida para paradigmas de cuidados baseados na comunidade, centrados no paciente e no tratamento de doenças crônicas; lidar com os problemas dos desastres e dos focos de doenças; e, por último, preservar os serviços de saúde em estados de conflito e pós-conflito (OMS, 2007).

Egger et al., *apud* Dal Poz (2002) também relaciona os desafios dos serviços de saúde em países em desenvolvimento à questão dos recursos humanos. Eles citam, entre outros: luta contra a redução de serviços acarretada por deficiência de pessoal (má distribuição geográfica, migração, etc.); necessidade de identificar abordagens eficazes de desenvolvimento que melhorem o desempenho dos profissionais; garantia de acesso equitativo e oportunidade de desenvolvimento na carreira para as mulheres; e melhoria na motivação e no desempenho dos profissionais por meio de incentivos financeiros e não-financeiros.

Os problemas persistentes somam-se a desafios emergentes. A combinação de ambos resulta em desafios sobrepostos, dentre os quais podem ser citados: administração e avaliação insuficientes da força de trabalho; falta de sistemas de incentivo para qualidade e produtividade; treinamento inadequado; motivação deficiente; regulamentos e regras inflexíveis e retrógradas; complexidade da coexistência de regimes de trabalho diversos para categorias ocupacionais semelhantes; problemas com mobilidade profissional; migrações; e escassez de pessoal de saúde (OPAS, 2004).

Pierantoni, Varela e França (2004) afirmam que no setor de saúde causam perplexidade a histórica negligência e, mesmo, a ausência de políticas para recursos humanos. Eles apontam como possíveis causas para esta situação: abordagens que enfatizam aspectos quantitativos da força de trabalho em detrimento de uma abordagem concentrada na motivação e no desempenho; políticas públicas centralizadas de regulação do emprego que reduzem as políticas setoriais a um papel de implementação e interpretação de diretrizes nacionais; não valorização do papel dos profissionais, questão que se agrava no caso dos médicos, que recebem uma formação com valores de autonomia; e existência de regulações profissionais próprias mais fortes que as metas políticas e operacionais que são impostas a eles pelo sistema de saúde.

Especificamente no caso brasileiro, Nogueira (2002) aponta que a maior parte dos problemas atuais parece decorrer de mudanças ocorridas ao longo da última década na economia, na administração pública e nas formas sociais de trabalho. Essas mudanças criaram realidades administrativas e desafios políticos, tais como o

trabalho flexível e informal, e a necessidade de formação de trabalhadores em níveis mais elevados e qualificados.

Os desafios de recursos humanos encontrados no sistema de saúde refletem-se nas instituições que compõem a rede. Cada instituição, no entanto, responde a estes desafios de maneira própria, de acordo com sua organização interna e a capacidade de estruturação.

A superação dos desafios relativos às questões de recursos humanos na área da saúde internacional é abordada por diversos autores. Podem ser resumidas, segundo Pierantoni, Varela e França (2004), em quatro grandes objetivos: aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais, objetivando assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa; garantir competências e habilidades chaves para a força de trabalho em saúde; aumentar o desempenho da equipe de profissionais diante de objetivos definidos; e fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de RH no setor saúde.

Os mesmos objetivos podem ser encontrados no relatório para o ano 2006 da Organização Mundial de Saúde. São apontadas estratégias de recursos humanos para lidar com os problemas mundiais de saúde, dividindo-as em três etapas: a entrada; a melhora do desempenho dos trabalhadores; e a saída (OMS, 2007).

Na fase de entrada, cabe aos sistemas de saúde preparar a força de trabalho, por meio de investimentos em educação (construção de entidades de ensino e garantia da qualidade da educação), e garantir práticas de recrutamento eficazes e éticas. Na segunda fase, que diz respeito à força de trabalho, os sistemas de saúde devem dirigir seus esforços para a melhoria do desempenho dos trabalhadores, por meio do gerenciamento do trabalho em setores tanto públicos como privados. Na terceira fase, são propostos o gerenciamento da migração e o desgaste numérico causado por esta, na tentativa de reduzir o desperdício de recursos humanos. São propostas para tanto estratégias de gerenciamento dos fluxos migratórios, a fixação de profissões de saúde com carreiras de preferência das mulheres, a segurança no ambiente de trabalho e o desenvolvimento de planos de aposentadoria (OMS, 2007).

Segundo a OMS (2007), institucionalmente, as estratégias relativas à força de trabalho devem focar em três desafios principais: melhorar o recrutamento; ajudar a força de trabalho a melhorar seu desempenho; e diminuir a rotatividade dos trabalhadores. A otimização do desempenho dos atuais trabalhadores adquire ênfase porque: a) provavelmente apresenta resultados mais rápidos do que o aumento do número de trabalhadores; b) as possibilidades de aumento do número de trabalhadores são limitadas na maioria dos casos; c) a força de trabalho com bom desempenho auxilia o recrutamento de novos trabalhadores, bem como a conservação dos existentes; e d) os governos devem assegurar a justiça e a eficiência da utilização dos recursos financeiros disponíveis (OMS, 2007).

O desempenho individual dos trabalhadores é influenciado por fatores únicos, mas, em termos de gestão, é necessário o entendimento dos determinantes gerais de desempenho. A Organização Mundial de Saúde (2007) define o bom desempenho da força de trabalho como: “boa capacidade de resposta, justa e eficiente para atingir os melhores resultados possíveis para a saúde em face dos recursos disponíveis e das circunstâncias” (OMS, 2007, p. 67). Este desempenho global é influenciado por três fatores: características da população atendida (nível de conhecimento e disponibilidade para tratamento); características próprias dos trabalhadores (histórico sociocultural, conhecimentos, experiências e motivações); e características do sistema (insumos disponíveis, organização do sistema de saúde, remuneração, supervisão e segurança pessoal no trabalho).

Para aumentar o desempenho da força de trabalho, a Organização Mundial de Saúde (2007) propõe “alavancas”, divididas em três grupos: relacionadas ao emprego; relacionadas aos sistemas de apoio necessários para a realização do trabalho; e relacionadas à criação de um ambiente de trabalho positivo.

As alavancas relacionadas ao emprego são específicas de cada ocupação, sendo elas: descrição dos postos de trabalho, apoio a normas e códigos de conduta, habilidades combinadas às tarefas e supervisão. As descrições de postos de trabalho que estabelecem claramente objetivos, responsabilidades, autoridade e linhas de responsabilidade podem ser associadas com o aumento do alcance de objetivos. O apoio a normas e códigos de conduta está relacionado com o desempenho dos trabalhadores de saúde, uma vez que são capazes de criar valores, padrões e

aspirações comuns, gerando um senso de identidade profissional valioso. A combinação das tarefas com as habilidades permite ao trabalhador desenvolver o seu potencial de trabalho nas tarefas para as quais está mais habilitado. Por último, a supervisão deve ser exercida no sentido de apoiar o trabalho, de forma educacional e consistente. Dessa forma, a supervisão ajuda a resolver problemas e pode aumentar o desempenho, a satisfação no emprego e a motivação dos trabalhadores (OMS, 2007).

As alavancas relacionadas aos sistemas de apoio ressaltam a necessidade de instrumentos para que os trabalhadores realizem o seu trabalho: remuneração, comunicação e informação, e infraestrutura e suprimentos. A remuneração influencia o comportamento dos trabalhadores de saúde, dependendo da forma como é realizada (regularidade do pagamento), do modo de pagamento (por salários fixos, por serviço ou por contrato) e da existência de outros incentivos. Além da necessidade do pagamento razoável pelo trabalho, é importante que os trabalhadores acreditem que o seu salário está compatível com suas responsabilidades e que é justo quando comparado com outros equivalentes. Quanto a comunicação e informação, as evidências mostram que a posse da informação ajuda os trabalhadores a realizarem o seu trabalho de maneira mais eficiente. Tal informação deve ser relevante para o trabalho e confiável, além de estar disponível quando necessária. Infraestrutura e suprimentos podem ser traduzidos como a existência de instalações adequadas (água limpa, iluminação adequada e climatização, por exemplo) para que o trabalho seja realizado, bem como suprimentos específicos (veículos, medicamentos e equipamentos de trabalho) (OMS, 2007).

As alavancas relacionadas com a criação de um ambiente de trabalho positivo são agrupadas em: aprendizado contínuo, gestão de equipes e responsabilidade com responsabilização. O aprendizado contínuo é importante, uma vez que os trabalhadores precisam de conhecimentos atualizados para executar o seu trabalho. A gestão de equipes, por sua vez, engloba o conjunto de incentivos não financeiros provenientes de uma boa gestão ou liderança. Uma boa gestão de equipes garante que os trabalhadores tenham bom senso de visão e missão, reconhece e valoriza-os, possibilita sua participação e encorajamento, e valoriza o trabalho em equipe e a inovação. Responsabilidade com responsabilização diz respeito aos gestores locais e aos trabalhadores de saúde. Quando aos gestores, a responsabilização está

relacionada à possibilidade de conferir a estes liberdade na alocação de fundos, possibilitando-lhes lidar rapidamente com problemas locais desconhecidos dos gestores em níveis mais altos. Com relação aos trabalhadores, estes podem ser responsabilizados por suas ações e, com isso, ter o seu desempenho impulsionado (OMS, 2007).

Portanto, cada alavanca está relacionada a uma estratégia correspondente, como resumido no Quadro 1.

Alavancas	Estratégia
Relacionadas ao emprego	
Descrição de postos de trabalho	Desenvolver descrições claras de postos de trabalho
Normas e códigos de conduta	Apoiar normas e códigos de conduta
Habilidades combinadas às tarefas	Combinar habilidades e tarefas
Supervisão	Exercitar uma supervisão que apóia
Relacionadas ao sistema de apoio	
Remuneração	Assegurar remuneração adequada
Informação e comunicação	Garantir informações e comunicação adequada
Infraestrutura e suprimentos	Melhorar a infraestrutura e os suprimentos
Ambiente de trabalho favorável	
Aprendizado contínuo	Promover o aprendizado contínuo
Gestão de equipes	Estabelecer uma gestão eficaz de equipes
Responsabilidade com responsabilização	Combinar responsabilidade e responsabilização

Quadro 1 - Alavancas e estratégias correspondentes

Adaptado do Relatório da Organização Mundial da Saúde, 2007

As alavancas propostas se estruturam como possibilidades de intervenção por parte dos gestores, em face dos desafios específicos de recursos humanos na saúde. Estes instrumentos podem ser combinados de acordo com a estrutura, a cultura e a capacidade institucional, levando-se em conta os valores e as expectativas mais amplas de resultado. É raro, portanto, o estabelecimento de uma relação direta entre uma alavanca específica e uma mudança desejada. As melhorias no desempenho e na produtividade da força de trabalho normalmente resultam da combinação interligada de intervenções (OMS, 2007).

Uma vez estabelecido o estreito vínculo entre o desempenho dos profissionais em cada uma das organizações inseridas nos sistemas de saúde e o desempenho final deste sistema, é possível transportar as alavancas e as estratégias para melhoria do desempenho, bem como a gestão dos sistemas de entrada e de saída dos trabalhadores para o nível organizacional. Dessa forma, seria função de recursos humanos nas organizações hospitalares a gestão das três etapas apontadas pela OMS (2007): a entrada de funcionários, a implementação das alavancas para melhoria do desempenho dos trabalhadores e a gestão da saída de profissionais.

As três funções de recursos humanos nas organizações estão assinaladas na Figura 2. Importante notar que essas funções objetivam a melhoria do desempenho da força de trabalho, que contribuirá, em última instância, para a melhoria do desempenho do sistema de saúde como um todo.

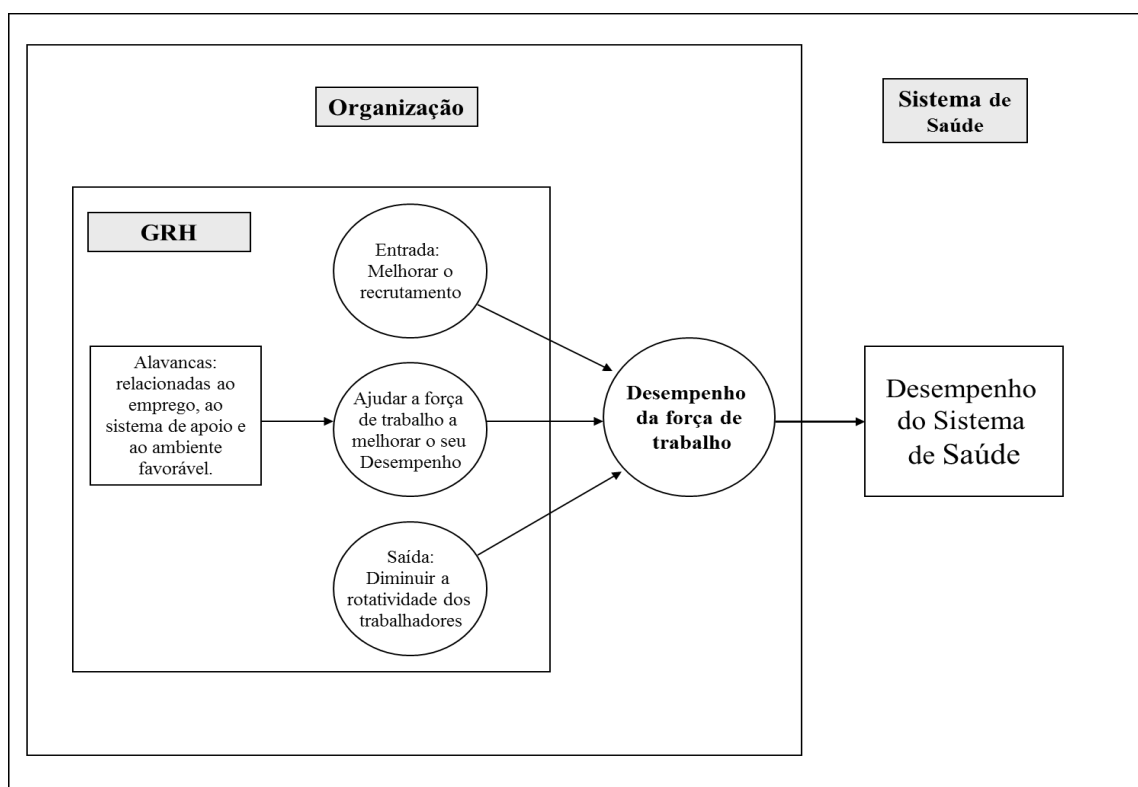


Figura 2 - Modelo de gestão de Recursos Humanos em organizações inseridas nos sistemas de saúde

Fonte: Adaptado do Relatório da Organização Mundial da Saúde, 2007

O Quadro 1 estabelece um modelo com propostas de enfrentamento das questões relativas a recursos humanos no nível institucional, com base no relatório da Organização Mundial de Saúde (2007). Este modelo será tomado como base para as investigações a respeito da gestão de Recursos Humanos nos hospitais inseridos no SUS.

Para que tais investigações sejam possíveis, torna-se essencial a definição dos conceitos pertinentes a gestão de recursos humanos nos Hospitais, que serão desenvolvidos na seguinte sessão.

2.2.4 Gestão de recursos humanos nos hospitais

A seção anterior demonstrou teoricamente como os desafios macro de recursos humanos do sistema podem ser geridos no nível institucional. Faz-se necessário agora o aprofundamento da discussão da gestão de recursos humanos nas instituições, possibilitando a definição dos conceitos necessários para as análises propostas neste estudo.

Institucionalmente, as questões relativas a recursos humanos devem ser abordadas tendo em vista os objetivos gerais da organização. Uma vez compatibilizados com os objetivos organizacionais, os objetivos de recursos humanos devem ser tomados como base para a formulação das políticas de recursos humanos. Estas serão os instrumentos por meio dos quais os objetivos se tornarão exequíveis (ALBUQUERQUE, 1987).

A formulação das políticas de recursos humanos deve, para Albuquerque (1987), levar em conta uma perspectiva de longo prazo, considerando os funcionários como pessoas, e não somente como custo organizacional. O planejamento adequado de longo prazo possibilita o controle de variáveis que influenciam os resultados organizacionais, o monitoramento dos acontecimentos externos e uma orientação mais acertada dos esforços para a consecução de objetivos.

Ulrich (1998) destaca como um dos papéis de recursos humanos a contribuição para o planejamento e para a estratégia organizacional. No entanto, ressalta que a responsabilidade de lidar com os recursos humanos nas organizações não é exclusiva dos profissionais desta área. A gestão de recursos humanos envolve uma comunidade ampla dentro da organização, constituída por aqueles indivíduos que de alguma forma acionam práticas de recursos humanos em busca de resultados. Portanto, os gerentes de linha são os principais responsáveis pelas práticas de recursos humanos, uma vez que são responsáveis tanto pelos processos quanto pelos resultados.

Posto isso, a gestão de recursos humanos será definida neste trabalho como todas as atividades relacionadas à gestão de profissionais dentro da instituição hospitalar. Dessa forma, a atividade de recursos humanos não estará restrita aos profissionais especificamente do setor de Recursos Humanos. Entende-se que este atua como centralizador das diretrizes de gestão de pessoal, não sendo, no entanto, o principal responsável pela implementação e execução diária das políticas. Os coordenadores das áreas assistenciais assumem, nesse sentido, a posição de gestores de pessoal.

Para Fleury e Fischer (1992), as políticas organizacionais são as diretrizes que orientam as técnicas e os procedimentos adotados para a execução das atividades, de tal modo que os objetivos sejam atingidos. As políticas de recursos humanos, por sua vez, expressam não só as diretrizes da empresa com referência aos processos de gestão de pessoal, mas também se configuram como elemento de mediação da relação entre o capital e o trabalho.

Neste estudo, serão consideradas políticas de recursos humanos o conjunto de critérios gerais e as formas de realizar as tarefas no contexto organizacional que têm por objetivo orientar as decisões de recursos humanos. As políticas poderão ser encontradas de forma explícita (formalizadas) ou não formalizadas. Consideram-se políticas não formalizadas as práticas realizadas de forma reiterada, regular, com um critério estável de atuação perceptível e um propósito claro (LONGO, 2005).

Por práticas de recursos humanos serão entendidas as decisões e as atividades adotadas neste campo e que com frequência suportam a aplicação das políticas de recursos humanos (LONGO, 2005).

O fato de as práticas suportarem as políticas previamente definidas nem sempre ocorre na organização. Segundo Longo (2005), em algumas ocasiões as práticas de pessoal se manifestam em direções de caráter reativo ou errático, não respondendo a padrões estabelecidos de conduta e não se identificando, portanto, com as políticas de recursos humanos. Para o autor, o alinhamento entre as práticas, as políticas e a estratégia organizacional é fundamental para que a gestão de recursos humanos possa dar contribuições significativas para o resultado organizacional. Portanto, não é a existência ou não de políticas e práticas de recursos humanos que irá determinar a contribuição para o resultado organizacional, e sim a coerência destas com a estratégia organizacional.

Por essa razão, o enfoque do estudo das políticas e das práticas de recursos humanos vai além do simples apontamento de sua existência ou não. Será importante a investigação das relações entre as políticas e as práticas, e destas com os desafios a serem enfrentados nas atividades assistenciais.

2.2.5 Natureza jurídica da organização e a relação com a gestão de recursos humanos

A necessidade destes hospitais de seguirem as regras públicas ou privadas em sua administração é definida a partir da natureza da organização responsável por sua gestão. Por essa razão, torna-se necessária a caracterização de cada um desses modelos de acordo com a sua natureza jurídica (pública ou privada), possibilitando assim, a investigação das relações entre a natureza da instituição e as questões referentes aos recursos humanos.

Segundo La Forgia e Couttolec (2009), a administração hospitalar no Brasil se dá segundo os seguintes arranjos organizacionais: administração direta, autarquias, fundações públicas, empresas públicas, serviços sociais autônomos, fundações de apoio e organizações sociais.

Para Neto, Barbosa e Santos (2009) os três primeiros arranjos organizacionais (administração direta, autarquias e fundações públicas) pertencem à administração pública e seguem o regime jurídico de direito público. Já a empresa pública, mesmo

pertencendo à administração pública, segue o regime jurídico de direito privado. As demais formas organizacionais (serviços sociais autônomos, fundações de apoio e organizações sociais) são organizadas pela sociedade civil e, portanto, seguem naturalmente o regime jurídico de direito privado.

Segundo Neto, Barbosa e Santos (2009), podem ser citados como administração direta: hospitais federais, estaduais e municipais, integrantes do Ministério da Saúde (todos os hospitais federais do Rio de Janeiro), do Ministério da Educação e ainda dos ministérios militares e das secretarias estaduais e municipais.

As autarquias, segundo Di Pietro (2004), têm capacidade de autoadministração e são criadas por lei com a finalidade de desempenhar serviço público de forma descentralizada. O controle administrativo das autarquias é exercido nos limites da lei.

As empresas públicas devem seguir o regime jurídico próprio das empresas privadas, inclusive quanto aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas e tributários. Neto, Barbosa e Santos (2009) afirmam que há somente um hospital sob a forma de empresa pública no Brasil (Hospital Universitário de Porto Alegre) e outra empresa de economia mista (Grupo Hospitalar Conceição, também em Porto Alegre). Já como Fundações Públicas existem mais.

Como serviço social autônomo existe na área hospitalar somente a Associação das Pioneiras Sociais. Trata-se de pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que visa ao interesse comum. O objetivo do serviço social autônomo associação das Pioneiras Sociais é prestar de assistência médica qualificada e gratuita, devendo atender a todos os níveis da população.

Já as fundações de apoio são entidades de direito privado, sem fins lucrativos, vinculadas às instituições federais de ensino superior, criadas por lei e mantidas pela União. Sua função é apoiar projetos de pesquisa, ensino e extensão, e de desenvolvimento institucional (BRASIL, 1994).

Organização social é uma qualificação que pode ser concedida pelo Poder Executivo a organizações de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam

voltadas para: ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura ou a saúde (BRASIL, 1998).

Dentre as organizações sociais, estão as organizações sociais de saúde (OSS), que representam um modelo de parceria adotado pelo governo do estado de São Paulo com entidades filantrópicas para a gestão de unidades de saúde, iniciado em 1998. A qualificação de organização social de saúde é feita pelo Poder Executivo a instituições filantrópicas e com experiência comprovada no gerenciamento de unidades de saúde e está regulamentada na Lei Complementar 846/98. Esta lei determina que as bases da parceria e a regulação das atividades a serem desenvolvidas nas instituições de saúde devem ser determinadas por meio de um contrato de gestão (BARATA e MENDES, 2007).

A definição da natureza jurídica dos hospitais é importante, uma vez que determina as regras de administração da instituição. Para Neto, Barbosa e Santos (2009), as organizações públicas estão submetidas ao regime administrativo exclusivamente público, com os constrangimentos e limites de autonomia impostos por diversas legislações, entre elas o Regime Jurídico Único (RJU) na área de pessoal. Já os demais entes, regidos pelo direito administrativo privado, apesar de seguirem algumas regras da administração pública, têm como regime de contratação as regras da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Com isso, possuem autonomia administrativa muito próxima à típica do setor privado.

Ferreira Júnior (2004) após comparar hospitais administrados por meio de administração direta com hospitais administrados através de parcerias com o governo de São Paulo (organizações sociais de saúde), constatou que para os gestores dos dois tipos de instituição a área de maior dificuldade é a de gestão de pessoal. As dificuldades relacionadas à gestão de recursos humanos, de acordo com os entrevistados, estariam relacionadas diretamente à necessidade de agilidade na gestão em instituições hospitalares, devido à grande multidisciplinaridade de profissionais e à complexidade dos processos desenvolvidos nesse tipo de organização. O autor conclui que a diferenciação entre as formas de lidar com as questões de Recursos Humanos entre os dois tipos de organização está nos limites institucionais dos hospitais, definidos pelo arcabouço jurídico-legal ao qual estão submetidos e,

também, no caso específico das organizações sociais de saúde, pela cultura organizacional das entidades gestoras.

Para Neto, Barbosa e Santos (2009), na natureza organizacional hospitalar as exigências de autonomia para os dirigentes são reconhecidas como condição que possibilita padrões superiores de eficiência e qualidade. No começo dos anos 2000, diversos estudos relataram que em hospitais com desempenhos superiores quase sempre é identificada alguma característica que lhes permite alcançar maior grau de autonomia.

Mesmo existindo a definição legal de pelo RJU (público) e pela CLT (privado), no âmbito do SUS, atualmente, segundo Nogueira (2003), as modalidades de contratação de pessoal vêm se multiplicando e se diversificando, crescendo as formas de contratação temporária e precária.

A adoção das normas do Regime Jurídico Único (RJU) nas instituições públicas ocorreu no início da década de 1990, como forma de ajuste ao que estabelecia a nova Constituição. Foram transformados em estatutários funcionários celetistas, bem como os que estavam havia mais de cinco anos em outras condições de vínculo de caráter precário. O RJU passou a ser o marco legal que desde então rege a vida funcional dos servidores federais. No entanto, persiste uma proporção razoável de médicos e outros profissionais de saúde contratados por regime Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) na administração pública estadual e municipal (NOGUEIRA, 2003).

O emprego público foi introduzido na gestão de pessoal da administração pública em decorrência das revisões constitucionais associadas às iniciativas da Reforma Administrativa do Estado. O emprego público compõe parte das medidas de flexibilização do trabalho, com o propósito de ajustar a economia e a administração pública a requisitos de eficiência e controle de gastos. É, então, reintroduzida a CLT como regime de trabalho alternativo no âmbito do serviço público. De modo geral, o emprego público parece uma alternativa mais “flexível” de regime de trabalho, o que faz com que muitas das características de remuneração e incentivos possam ser prescritas e adaptadas a cada função ou local de exercício do emprego (NOGUEIRA, 2003).

No entanto, o emprego público foi contestado e considerado inconstitucional. Os trabalhadores contratados desta forma foram mantidos, mas esta não é mais uma forma de contratação possível para novos contratos.

Existe ainda a terceirização de serviços técnico-profissionais, em instituições tanto públicas quanto privadas. A terceirização de serviços caracteriza-se, de modo geral, por envolver a mediação feita por empresas privadas, organizações não governamentais e cooperativas, que contam, em comparação com a administração pública, com maior liberdade para contratar e fixar níveis de remuneração (NOGUEIRA, 2003).

Soma-se à terceirização de serviços a precarização dos contratos, expressão que tem sido usada para denotar um déficit de observância de direitos trabalhistas e sociais em situações de emprego mantidas pela administração pública. Este tipo de vinculação dá origem a uma sensação de insegurança e escassa valorização por parte dos trabalhadores, mesmo em circunstâncias em que estes reconhecem ser razoável ou adequado o valor que lhes é pago. No entanto, esta forma de contratação torna-se uma opção por parte dos dirigentes, em busca de contornar questões legais e administrativas para que seja possível a viabilização da produção de serviços de saúde (NOGUEIRA, 2003).

O Governo Federal e os governos estaduais têm tentado controlar a contratação de pessoal por intermédio de empresas terceiras (cooperativas, fundações de apoio, etc.) a partir do estabelecimento de normas e decisões do Tribunal de Contas da União (TCU). Os hospitais, que haviam passado a depender de tais artifícios administrativos sofrem estrangulamentos importantes, inclusive comprometendo serviços (NETO, BARBOSA e SANTOS, 2009).

De forma geral, a discussão teórica buscou resgatar temas relevantes para este estudo. Inicialmente, o sistema no qual os hospitais estudados estão inseridos foi focado. Em seguida, temas atuais relevantes à área de Recursos Humanos foram abordados, concedendo espaço para a discussão da questão dos recursos humanos na saúde. A partir de então, a discussão foi se tornando mais específica até que o contexto dos recursos humanos nas organizações hospitalares foi trabalhado.

A próxima seção é dedicada ao detalhamento dos procedimentos metodológicos utilizados.

3. METODOLOGIA

3.1 O desenho do estudo

O estudo da gestão de recursos humanos na área da saúde sugere que pesquisas qualitativas de caráter descritivo são adequadas, uma vez que, segundo Neves (1996), estas são essenciais quando se pretende compreender um fenômeno complexo em sua totalidade. Minayo et al. (1999) afirmam que o objeto das Ciências Sociais é, essencialmente, qualitativo, devido ao próprio dinamismo da realidade social. A realidade é mais complexa que qualquer teoria, pensamento ou discurso elaborado a seu respeito. Por essa razão, atribui-se importância aos instrumentos e às teorias capazes de fazer a aproximação entre a realidade e a ciência.

Segundo Selltiz, Wrightman e Cook (1978), fenômenos da natureza dos aqui tratados devem ser estudados com base em sua ocorrência na vida real, usando-se técnicas que possibilitem estabelecer as relações entre as variáveis. Esta técnica de pesquisa não exige, no entanto, o pesquisador de usar técnicas científicas. Neves (1996) também lembra que mesmo os estudos qualitativos sendo desenvolvidos normalmente no local onde os dados se encontram o pesquisador deve se preocupar em empregar a lógica do empirismo científico.

Por essas razões, a metodologia qualitativa foi escolhida neste estudo, entendendo-se tratar da melhor forma de buscar a compreensão das relações estabelecidas entre as políticas e as práticas de recursos humanos presentes em hospitais no SUS, a capacidade de resposta destas políticas e práticas às demandas de assistência hospitalar e às possíveis diferenças entre políticas e práticas de recursos humanos desenvolvidas em hospitais com diferentes naturezas jurídicas.

O estudo se caracteriza como descritivo. Segundo Seltiz et al. (2002), estes estudos podem ser usados com a intenção de descobrir ou testar se determinadas variáveis estão associadas. Para Gil (1987), as pesquisas descritivas têm o objetivo de descrever características de determinado fenômeno ou de estabelecer relações entre as variáveis. No caso deste estudo, em um primeiro momento, foram executadas as atividades de descrição dos fenômenos e de relação entre as variáveis estudadas em

cada uma das organizações hospitalares. No segundo momento da pesquisa, buscou-se estabelecer relações entre as realidades presentes em cada uma das organizações e, posteriormente, entre as características peculiares a cada um dos grupos de hospitais estruturados.

Uma vez que os estudos descritivos pressupõem o conhecimento prévio do problema a ser investigado, foi realizado previamente à pesquisa de campo extenso levantamento da bibliografia existente. Além do conhecimento prévio, Triviños (2007) lembra que para que o trabalho tenha certo grau de validade científica é necessária uma precisa delimitação de técnicas, métodos e teorias que orientarão a coleta e a interpretação dos dados.

Para garantir tal validade científica, foi utilizado como metodologia de investigação o estudo de múltiplos casos. Segundo Yin (2005), o estudo de caso é uma estratégia adequada para examinar acontecimentos contemporâneos em seu contexto real, em situações em que os limites dos fenômenos de interesse não estão claramente definidos, quando o contexto é altamente pertinente às questões de estudo e em situações em que comportamentos relevantes não podem ser manipulados. Este é o caso das variáveis a serem trabalhadas.

Objetivando a consistência das análises, foram investigados múltiplos casos, divididos em grupos a serem comparados. Para Triviños (2007), um aspecto interessante do estudo de caso é a possibilidade de comparação entre dois ou mais enfoques específicos, o que enriquece a pesquisa qualitativa.

3.2 Categorias de análise

Visando estruturar a coleta de dados conforme o esboçado teoricamente, a definição de categorias de análise mostrou-se essencial para alcançar os objetivos específicos previamente estabelecidos neste estudo. O Quadro 2 identifica as categorias escolhidas.

Categoria de análise	Justificativa da escolha
Políticas e práticas de recursos humanos (para gestão da entrada, do desempenho e da saída de pessoal) nos hospitais.	Investigar de que forma as políticas e práticas de recursos humanos estão estruturadas em instituições hospitalares inseridas no SUS.
Contribuições e/ou entraves provenientes da forma de organização da gestão de pessoal para a assistência.	Estabelecer as relações existentes entre as políticas e práticas de recursos humanos e as atividades assistenciais, delimitando as contribuições e/ou entraves provenientes da forma de organização da gestão de pessoal.
Contribuições e/ou entraves provenientes da forma de administração das instituições hospitalares.	Delimitar as diferenças entre as contribuições e/ou entraves das políticas e práticas de recursos humanos na assistência em hospitais administrados por instituições de diferentes naturezas jurídicas.

Quadro 2 - Categorias de análise

Fonte: elaborado pela autora.

As categorias de análise foram divididas em dimensões. As primeiras dimensões (recrutamento, desempenho e saída) foram desenvolvidas a partir do relatório da Organização Mundial de Saúde (2007). Para a estruturação das demais, foram considerados os outros objetivos deste estudo.

As dimensões, por sua vez, deram origem às subcategorias de análise. Da mesma forma, para este desdobramento foram utilizadas as definições do relatório da Organização Mundial de Saúde (2007) e levados em consideração os objetivos do estudo. O Quadro 3 apresenta este detalhamento e a origem dos dados de cada uma delas.

Categorias de análise	Dimensões	Dados a serem colhidos
Políticas e práticas de recursos humanos	Entrada	Processo de recrutamento
		Processo de seleção
	Desempenho (emprego)	Existência de descrição de postos de trabalho
		Existência, clareza e divulgação de normas e códigos de conduta
		Gestão de habilidades combinadas às tarefas
		Supervisão
	Desempenho (sistema de apoio)	Remuneração em relação ao mercado (percepção dos gestores)
		Canais formais e informais de comunicação
		Infraestrutura e suprimentos gerais do hospital
	Desempenho (ambiente favorável)	Aprendizado contínuo (programas e práticas)
		Gestão de equipes
	Responsabilidade com responsabilização	
Saída	Gestão da rotatividade	
Relação de políticas e práticas de recursos humanos com a assistência	Percepção dos gestores de RH da relação	Percepção dos gestores de RH da relação
	Percepção dos gestores da assistência sobre a relação	Percepção dos gestores da assistência sobre a relação
Formas de vinculação de pessoal	Forma de vinculação predominante no hospital	Número de funcionários com cada tipo de vinculação
		Existência de gestão diferenciada dos diversos grupos de vinculação em um mesmo hospital

Quadro 3 - Categorias de análise e seu desdobramento em dimensões

Fonte: Elaborado pela autora.

Os roteiros utilizados para as entrevistas (tanto dos gestores de RH quanto dos gestores assistenciais) foram construídos a partir destas definições como mostra o Quadro 4.

(continua)

Categorias de análise	Dimensões	Dados a serem colhidos	Informante	RH	Gestores
Políticas e práticas de recursos humanos	Entrada	Processo de recrutamento	RH/gestores	Descreva o processo de recrutamento e seleção da instituição.	
				Quais são as regras que regem o processo de recrutamento e seleção na instituição?	
		Processo de seleção	RH/gestores	Quem são os responsáveis pelo recrutamento e seleção de funcionários? Como se dá a participação de cada responsável?	
				O processo de seleção, tal como estruturado atualmente, dá suporte adequado às atividades assistenciais?	
	Desempenho (emprego)	Existência de descrição de postos de trabalho	RH/gestores	Existe descrição dos postos de trabalho? Para quais postos?	
				Existe divulgação da descrição dos postos de trabalho para os funcionários? Como é feita?	
		Existência, clareza e divulgação de normas e códigos de conduta	RH/gestores	Existem códigos de conduta formalizados?	
				Como foram desenvolvidos os códigos de conduta?	
				Os códigos de conduta são claros e acessíveis aos funcionários?	
		Gestão de habilidades combinadas às tarefas	RH/gestores	Existe gestão de habilidades combinadas às tarefas? De que forma ela se dá?	Existem trabalhadores realizando tarefas para as quais não estão habilitados?
				Existe monitoramento de quantitativo de trabalhadores se acordo com as tarefas a serem realizadas?	Existem trabalhadores realizando tarefas indevidas por falta de outros profissionais mais especializados para realiza-las?
		Supervisão	RH/gestores	Como se dá a supervisão dos trabalhadores?	
	Desempenho (sistema de apoio)	Remuneração em relação ao mercado (percepção dos gestores)	RH/gestores	Como são definidas as remunerações dos funcionários?	
				Como você percebe as remunerações do hospital em relação ao mercado?	
				Como você percebe a satisfação dos funcionários com a remuneração recebida no hospital?	
		Disponibilidade de informação necessária para o trabalho	RH/gestores	Quais são os canais de comunicação formal e informal da organização em relação às demandas dos trabalhadores?	
				Na sua percepção, as informações necessárias para a realização do trabalho estão disponíveis a todos os trabalhadores?	
	Infraestrutura e suprimentos gerais	RH/Gestores	A infraestrutura do hospital possibilita a adequada assistência ao usuário?		

Categories de análise	Dimensões	Dados a serem colhidos	Informante	RH	Gestores	
	Desempenho (ambiente favorável)	do hospital		Estão disponíveis aos profissionais os suprimentos necessários para o trabalho assistencial?		
		Aprendizado contínuo (programas e práticas)	RH/gestores	Existem programas e práticas de aprendizado contínuo?		
				Como são formulados os programas de aprendizado contínuo?		
				Quem são os envolvidos no aprendizado contínuo?		
				Existe monitoramento dos resultados dos programas de aprendizado contínuo?		
		Gestão de equipes	RH/gestores	Os trabalhadores conhecem os objetivos do seu trabalho? Eles conhecem a visão e os objetivos do hospital?		
				Quais são os prêmios e punições aplicados aos trabalhadores? Qual é a percepção dos mesmos a respeito destes prêmios e punições?		
				O trabalho em equipe é valorizado? De que forma?		
		Responsabilidade com responsabilização	RH/gestores	Existem formas de participação dos trabalhadores na gestão do hospital? Quais?		
				Os gestores do hospital têm autonomia definir a alocação dos recursos? De que forma essa decisão se dá?		
				Existem formas de participação dos trabalhadores na gestão do hospital? Quais?		
				Os trabalhadores são responsabilizados individualmente pelo resultado do seu trabalho?		
		Saída: gestão da rotatividade dos trabalhadores	Gestão da rotatividade	RH/gestores	Existe acompanhamento da rotatividade de funcionários? De que forma é realizado?	
					Existem programas específicos para a gestão da rotatividade de funcionários?	
					A rotatividade de funcionários afeta o atendimento assistencial ao usuário?	
Relação das políticas e práticas de recursos humanos com a assistência	Percepção dos gestores de RH da relação	Percepção dos gestores de RH da relação	RH/gestores	De que maneira as políticas e práticas de recursos humanos existentes respaldam o bom funcionamento da assistência? No geral, as práticas têm coincidido com as políticas de recursos humanos desenvolvidas no hospital?		
	Percepção dos gestores da assistência sobre a relação	Percepção dos gestores da assistência sobre a relação		Quais são as contribuições das políticas e práticas de recursos humanos tal como estruturadas?		
				Quais são os entraves para a assistência provenientes das políticas e práticas de recursos humanos?		
Regime jurídico e formas de vinculação	Regime jurídico e formas de vinculação	Regime jurídico a partir do qual o hospital é administrado.	RH/gestores			

Categorias de análise	Dimensões	Dados a serem colhidos	Informante	RH	Gestores
de pessoal	de pessoal	Número de funcionários com cada modelo de vinculação	RH	Quantos funcionários existem com cada modelo de vinculação?	
		Existência de gestão diferenciada dos diversos modelos de vinculação em um mesmo hospital	RH/gestores	Existem diferenças na gestão de RH dos funcionários com diferentes modelos de vinculação?	

Quadro 4 - Construção do instrumento de pesquisa a partir das categorias de análise

Fonte: Elaborado pela autora.

De forma geral, as categorias refletem o referencial teórico adotado, tanto nas dimensões jurídico-normativas quanto naquelas associadas a recursos humanos especificamente e na área hospitalar.

3.3 Os hospitais estudados – percurso de escolha

Considerando a demarcação metodológica adotada e o espaço hospitalar como local de coleta de dados e de aprofundamento das dimensões construídas no referencial teórico, a escolha dos casos a serem estudados – isto é, dos hospitais que atendem ao SUS – deu-se de forma intencional, procurando identificar aqueles com práticas e políticas de recursos humanos bem estruturadas, reconhecidas e claramente associadas ao modelo de assistência.

Optou-se inicialmente por procurar estudar hospitais localizados no estado de São Paulo, pelas seguintes razões: a) as instituições hospitalares em São Paulo têm merecido destaque em vários estudos; b) a delimitação territorial do estado possibilitaria trabalhar realidades mais próximas, em face daquelas encontradas em nível nacional; e c) o estado de São Paulo possui modelos de gestão próprios, que poderiam fazer parte dos casos estudados.

Para Malik (2001), os hospitais paulistas, independente da natureza jurídica, destacam-se pelo grande interesse no aprimoramento de seu quadro de pessoal, com base na promoção de cursos e seminários, observando-se grande concentração de recursos financeiros, materiais e tecnológicos em sua área de Recursos Humanos.

Segundo o site do CNES (2010), a rede hospitalar de São Paulo é composta por 756 hospitais gerais e 188 hospitais especializados, totalizando 944 instituições hospitalares. Neste universo, buscou-se compor os grupos de análise. Para essa escolha, três critérios foram utilizados: a qualidade reconhecida da assistência prestada; o grande porte; e a natureza jurídica da instituição (relacionada ao modelo organizacional adotado).

Foram inicialmente selecionados sete hospitais para fazer parte do estudo. Entre 21 de junho e 23 de julho de 2010, foram feitos contatos com as instituições para convidá-las a participar do estudo e em caso de aceite, agendar visita para a coleta de dados. No entanto, este processo não se efetivou em nenhuma das sete instituições convidadas. O Quadro 5 descreve o resultado do contato a cada uma das instituições:

Instituições	Resultado do Contato
Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto	O trâmite burocrático para o aceite de participar da pesquisa inviabilizou a inclusão do hospital na amostra.
Hospital das Clínicas da Unicamp	Não aceitou participar da pesquisa.
Hospital das Clínicas de Botucatu	O trâmite burocrático para o aceite de participar da pesquisa inviabilizou a inclusão do hospital na amostra.
Instituto do Coração	Não houve resposta até a referida data.
Hospital Estadual de Bauru	Aceitaram participar da pesquisa, mas não tinham disponibilidade de receber a visita de coleta de dados em tempo hábil.
Hospital Estadual Mario Covas	Não aceitaram participar da pesquisa em tempo hábil.
Hospital Estadual de Diadema	Aceitaram participar da pesquisa e agendaram a visita de coleta de dados. No entanto, no momento da visita foi informado que não seria possível a coleta de dados tal como agendado.

Quadro 5 - Proposta inicial de coleta de dados

Fonte: Elaborado pela autora.

O resultado dos contatos realizados foram, como demonstra o Quadro 5, insatisfatórios para o prosseguimento do estudo dos casos inicialmente selecionados. O que se constatou na maioria das instituições foi a imposição de complexos trâmites administrativos ou a indisponibilidade para o fornecimento dos dados necessários à pesquisa.

Em função da recusa e de não se obter o número desejado de hospitais para o estudo no primeiro momento, foi necessário alterar a delimitação territorial. Para tanto, os mesmos critérios inicialmente destacados como relevantes foram utilizados: localização comum, qualidade reconhecida da assistência e natureza jurídica da instituição.¹ Essa mudança não comprometeu o rigor metodológico da coleta de dados. Os procedimentos de pesquisa inicialmente delimitados foram rigorosamente aplicados, buscando assegurar a qualidade dos dados colhidos.

A delimitação territorial passou a ser a cidade de Belo Horizonte. A cidade conta com uma rede de saúde articulada, na qual existem esforços integrados para que as ações de saúde potencializem o cuidado aos pacientes. Desde a década de 1990 a Secretaria Municipal já havia assumido toda a gestão dos serviços de saúde no seu território (MAGALHÃES JÚNIOR, 2010).

Segundo Magalhães Júnior (2010), a experiência de estruturação a rede de saúde de Belo Horizonte é reconhecida por diversos estudos científicos como a maior e mais densa experiência moderna brasileira de atenção primária com base em todo o sistema municipal de saúde. A organização do sistema municipal de saúde passou ao longo dos últimos anos pela reorganização da atenção primária e das redes de suporte e por ações articuladas de saúde coletiva.

¹ A intencionalidade procurou assegurar a existência de pelo menos dois hospitais administrados segundo as regras do direito público e do direito privado, visando à possibilidade de comparação prévia entre as duas instituições que possuem modelos similares (comparação no mesmo grupo), antes que fosse realizada a comparação entre dois grupos distintos. Para os objetivos deste estudo, não se acredita ser essencial a representação de cada um dos modelos de gestão uma vez que alguns deles são pouco representativos em termos globais. Segundo La Forgia e Couttolenc (2008), por exemplo, apenas seis hospitais em todo Brasil são administrados sob a forma de Serviços Sociais Autônomos. Dessa forma, os grupos de comparação serão formados de acordo com a natureza jurídica da instituição, que é, em última instância, o fator determinante da forma de contratação de funcionários e, por esta razão, influenciador da definição de políticas e das práticas de recursos humanos.

O município de Belo Horizonte conta, desde o advento da gestão plena em 1994, com uma série de instrumentos para a gestão do sistema municipal de saúde, regulando todos os serviços públicos e privados contratados pelo SUS. Com isso, foi possível reorganizar o sistema, a partir do desenvolvimento de controles e avaliações, objetivando a coibição de fraudes, o redimensionamento de recursos do teto financeiro municipal de um setor para o outro, o investimento vigoroso na rede própria de serviços, o investimento em tecnologias, a implantação de novas modalidades assistenciais e a participação da população na gestão do sistema (MAGALHÃES JÚNIOR, 2010).

O alto grau de desenvolvimento da rede de saúde municipal torna-se um atrativo para a realização do estudo no município de Belo Horizonte. No que diz respeito às instituições hospitalares, o município conta 89 hospitais (públicos e privados), sendo destes 37 hospitais gerais, 39 hospitais especializados, 1 pronto-socorro geral e 2 pronto-socorros especializados. (CNES, 2011)

A lista dos hospitais a serem convidados a participar do estudo foi definida após consulta à Subsecretária de Saúde do Município. Dos cinco hospitais convidados a participar do estudo, quatro responderam afirmativamente em menos de uma semana. Os casos estudados se resumem da seguinte forma: dois hospitais administrados segundo as regras do direito público (uma autarquia federal e uma autarquia municipal) e dois hospitais administrados segundo as regras do direito privado (uma fundação privada e um contrato de gestão entre o estado de Minas Gerais e uma fundação privada).

A partir desse reordenamento da escolha dos locais de coleta de dados, esta ocorreu entre 29 de julho e 01 de setembro de 2010. Foram realizadas de uma a quatro visitas a cada um dos locais, segundo a necessidade em obter dados para o estudo.

3.4 Coleta de dados – fontes e instrumentos

A metodologia de coleta de dados visou atuar de maneira a possibilitar o entendimento da estrutura de funcionamento da área de Recursos Humanos inserida

na lógica da gestão de cada hospital estudado, bem como a sua relação com as atividades assistenciais.

Os estudos de caso foram realizados mantendo-se os mesmos critérios em todas as instituições selecionadas, sendo colhidos dados por meio de: entrevistas, observação direta e análise de documentos institucionais disponibilizados. A utilização de diferentes fontes de dados pretende aumentar a confiabilidade das informações colhidas, uma vez que permite a confrontação de dados contrastantes.

As entrevistas foram conduzidas de forma semiestruturada, tendo como norteador o roteiro elaborado a partir das categorias de análise relevantes para a investigação dos fenômenos e das relações de interesse. O detalhamento da construção do roteiro a partir das categorias de análise se encontra na próxima seção. O roteiro foi utilizado em todas as ocasiões. Mas, assim como proposto por Treinões (2007), existiu a abertura, por se tratarem de entrevistas semiestruturadas, para que surgissem novas interrogativas à medida que as respostas dos informantes foram sendo recebidas. Devido a essa abertura, foi possível o surgimento de questões importantes relacionadas com o tema que inicialmente não haviam sido levantadas na pesquisa bibliográfica.

A estratégia da entrevista se mostrou adequada por permitir uma amostragem satisfatória dos sujeitos respondentes, buscando os atores importantes na compreensão do fenômeno a ser estudado. Outra vantagem está no contato pessoal estabelecido, que garantiu a possibilidade de esclarecimento de eventuais mal-entendidos no roteiro. Por fim, a entrevista apresentou grande potencial de esclarecer relações entre causa e efeito, e articular informações que são complexas, as quais, por essa razão, dificilmente seriam entendidas a partir de outro método de pesquisa (SELLTIZ, WRIGHTRMAN e COOK, 1978).

Com a intenção de colher informações e percepções tanto de profissionais ligados à área de Recursos Humanos quanto da área da Assistência, as entrevistas foram realizadas em todos os casos com representantes dos dois grupos: profissionais de recursos humanos e gestores assistenciais.

Na área de Recursos Humanos, foi priorizada a coleta de dados com o responsável geral, sendo que a entrevista com analistas e ou outros profissionais da área teve por objetivo complementar as informações recebidas. Foram colhidos dados a respeito das políticas e das práticas de recursos humanos, buscando informações sobre a estruturação formal de políticas, bem como das ações de gerenciamento de pessoal correntes na organização. Também foi investigada a percepção da relação das políticas e das práticas de recursos humanos com as atividades assistenciais.

A entrevista com os gestores das áreas assistenciais apoiaram-se em roteiro similar, enfocando as mesmas questões de gestão de recursos humanos. Foram também colhidos dados a respeito da percepção destes gestores acerca da adequação das práticas e das políticas de recursos humanos desenvolvidas às necessidades diárias da assistência, explorando-se as contribuições ou entraves causados pelas políticas e pelas práticas tal como estruturadas. Para tanto, foram entrevistados os responsáveis pela gestão de trabalhadores na área assistencial, dando-se especial ênfase a gestores das áreas médicas e de enfermagem, por se tratar do maior contingente de trabalhadores na área hospitalar.

Além das entrevistas, a observação direta tornou-se um importante método de coleta de dados, na medida em que, segundo Seltiz et al. (2002), possibilita o registro do comportamento na ocasião em que ele ocorre. Esse registro direto dos acontecimentos pode ser utilizado em certas situações como forma de verificação das informações colhidas nas entrevistas.

A análise de documentos pertencentes às organizações estudadas completou a coleta de dados. Documentos impressos e informações disponibilizadas nos veículos institucionais são fontes ricas de dados a respeito de características organizacionais, desde que considerados os possíveis vieses presentes nos registros produzidos por cada um dos hospitais (YIN, 2005).

No HBH1² foram realizadas quatro entrevistas, em dias diferentes. Por ser responsável especificamente pela área de treinamentos, a analista de recursos humanos entrevistada não se sentiu apta a responder às questões que fugissem do seu trabalho diário, afirmando que apenas a gerente de recursos humanos tem uma visão global das atividades do setor.

No HBH2, foram realizadas as quatro entrevistas inicialmente propostas. Os entrevistados demonstraram diferentes graus de interesse sobre a organização e as questões institucionais. Todos eles possuem vínculo público e estão no quadro do hospital há mais de 25 anos, demonstrando conhecer bem a realidade institucional.

A diretoria do HBH3 concordou em participar deste estudo prontamente. No entanto, foram necessárias algumas semanas até que fosse possível a marcação da coleta de dados. Os dados aqui analisados foram colhidos a partir de uma visita à instituição. Anteriormente à visita, havia sido informado que não seria possível a entrevista com o coordenador médico, uma vez que todos os médicos são contratados como autônomos.

No HBH4, os dados foram obtidos em três visitas. Os profissionais se mostraram muito disponíveis em colaborar com a pesquisa.

O Quadro 6 resume os entrevistados por hospital, bem como o cargo ocupado na organização.

² O nome dos hospitais foi omitido para preservar a identidade das instituições, assegurar a privacidade dos entrevistados e garantir uma coleta de dados o mais imparcial possível. Neste sentido, as instituições foram denominadas HBH1, HBH2, HBH3 e HBH4.

	RH		Gestores	
Hospital	Gerente de RH	Analista de RH	Coordenador de Enfermagem	Coordenador médico
HBH1	Gerente de RH	Analista de RH	Coordenadora de especialidade e ensino em enfermagem	Gerente da Unidade de Emergência
HBH2	Vice-diretor de RH	Analista de RH	Vice-diretora técnica de enfermagem	Coordenador da Clínica Médica
HBH3	Gerente de RH	Analista de RH	Gerente técnico-assistencial	Não foi possível a entrevista
HBH4	Assessora de RH	Analista de RH	Coordenadora de enfermagem da linha de cuidado clínico	Coordenadora médica do pronto-socorro

Quadro 6 - Cargo dos profissionais entrevistados em cada hospital

Fonte: Elaborado pela autora.

Foram realizadas, portanto, quinze entrevistas nos quatro hospitais. Como definido anteriormente, as entrevistas com os profissionais que ocupam os cargos explicitados no Quadro 6 são essenciais para fornecer as informações necessárias ao estudo, pela posição em que se encontram nas organizações e pelo volume de conteúdo e informações que detêm.

3.5 Tratamento dos dados

O tratamento dos dados foi realizado tomando-se por base as categorias de análise descritas. Para tanto, utilizou-se o software NVivo9, que permitiu que fossem compiladas as transcrições de cada uma das entrevistas, os documentos disponibilizados pelas instituições e as observações de campo. O software foi utilizado em todas as etapas da análise, possibilitando a estruturação de cada um dos estudos de caso, bem como a comparação entre as instituições.

A metodologia de análise de dados inicialmente proposta foi obedecida sem alterações. Na primeira etapa, o estudo de caso de cada um dos hospitais pesquisados foi realizado, buscando compreender a relação das políticas e das práticas de recursos humanos com a atividade assistencial em cada uma das realidades institucionais.

Em um segundo momento, os estudos de caso resultantes da primeira fase foram divididos em dois grupos, segundo a forma de administração das instituições, contendo, portanto, cada grupo dois hospitais. Nestes grupos, os hospitais foram comparados entre si, com o objetivo de delimitar as características de interação entre as políticas e as práticas de recursos humanos e o trabalho assistencial similares e relacionadas à forma de gestão das organizações.

Posteriormente, procedeu-se à comparação da estruturação das políticas e das práticas de recursos humanos e sua relação com a assistência nos dois grupos de hospitais (administrados segundo regras da administração pública e segundo regras da administração privada). A análise dos dados contemplou, dessa forma, os objetivos propostos para este estudo.

O Quadro 7 sistematiza todo o percurso metodológico trilhado, bem como os informantes e as fontes de informação utilizadas.

Natureza da Pesquisa	Universo da Pesquisa	Hospitais estudados	Coleta de Dados	Grupo de Referência (Informantes e Fontes)
Descritiva qualitativa	Hospitais de Belo Horizonte	HBH1 HBH2 HBH3 HBH4	Entrevistas Observações Documentos disponibilizados	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhadores dos hospitais que ocupam cargos chave (na área de RH e gestores da assistência) • Documentos coletados nas visitas • Observações realizadas em visitas às instituições

Quadro 7 - Síntese do percurso metodológico

Fonte: Elaborado pela autora.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados encontrados está organizada segundo as categorias de análise previamente definidas neste trabalho. Em um primeiro momento, cada instituição pesquisada será apresentada individualmente. Esta primeira parte tem por objetivo traçar o perfil geral dos hospitais, para, em um segundo momento, a formação de dois grupos, segundo a natureza jurídica (pública ou privada) do hospital. A partir da formação dos dois grupos, os dados colhidos serão apresentados sob o prisma da natureza jurídica institucional, buscando apurar as características comuns às políticas e às práticas de recursos humanos que estejam relacionadas à forma de contratação e gestão de pessoal típicas de cada modelo administrativo.

4.1 Estudo de caso HBH1

O HBH1 é uma autarquia da prefeitura municipal de Belo Horizonte. Por esse motivo, é administrado segundo as regras públicas de gestão. Possui 413 leitos. Compreende, além de um hospital geral, um pronto-socorro de urgência e emergência.

4.1.1 Políticas e práticas de recursos humanos no HBH1

4.1.1.1 Recrutamento e seleção

A entrada de profissionais no HBH1 se dá prioritariamente por meio de concurso público, uma vez que após a Constituição de 1988 ficou instituído esta forma de ingresso nas instituições públicas. No entanto, a falta de concursos periódicos faz com que seja necessária a contratação de pessoal por meio de contratos administrativos. Com isso, paralelamente à seleção por concurso, prevê-se uma seleção realizada internamente para os profissionais a serem contratados. O concurso que dá acesso às vagas do HBH1 é realizado exclusivamente para esta instituição, externamente, por uma empresa contratada para esse fim.

A responsabilidade do setor de Recursos Humanos da instituição é promover o ingresso dos aprovados, determinando a sua área de trabalho. Para isso, os

profissionais do setor buscam conhecer cada um dos aprovados, traçando um perfil que ajudará na melhor alocação deles nas vagas disponíveis.

Nos casos em que o candidato aprovado convocado não comparece ao hospital, é necessário que o setor de Recursos Humanos tente contatá-lo por meio de telegramas e telefonemas. Esse procedimento é estabelecido em lei e deve ser seguido. Para que a convocação do candidato aprovado seja revogada, é necessário esperar vinte dias antes que outro candidato aprovado possa ser convocado. Segundo profissional do setor de Recursos Humanos, esta necessidade de seguir o prazo estabelecido gera morosidade no processo de entrada de novos funcionários.

Em 2006, foi instituída lei específica regulamentando o número de postos de trabalho no HBH1, bem como a alocação do pessoal. Nessa ocasião, também foi acordado com o Ministério Público um termo de ajuste de conduta, em que foram estabelecidas novas regras para a seleção nos casos de contratação emergencial.

Até então os psicólogos do setor de Recursos Humanos eram responsáveis pela seleção de trabalhadores a serem contratados por meio de contratos administrativos. Os currículos dos interessados eram analisados, e aqueles que demonstrassem experiência necessária eram convidados a participar de uma dinâmica de grupo. Uma vez aprovados nesta etapa, os candidatos eram submetidos a testes psicológicos e entrevistas (psicológica e técnica). Segundo a gerente de recursos humanos, esse processo era efetivo, provendo as áreas assistenciais de trabalhadores preparados para as atividades, uma vez que valorizava a experiência prévia dos candidatos.

A partir do termo de ajuste de conduta, o hospital se comprometeu a seguir as normas do processo seletivo simplificado para os casos de contratação emergencial. Nesse novo processo, as vagas existentes devem ser publicadas em um jornal específico, garantindo publicidade. O critério de entrada passou a ser o de habilitação, sendo atribuído valor aos certificados e aos diplomas do candidato. Com essa mudança, as dinâmicas e os testes psicológicos não são mais aplicados. Segundo a gerente de recursos humanos, a escolha com base no perfil, feita anteriormente, atendia mais à necessidade da assistência por profissionais experientes.

Além de contratos administrativos e de funcionários públicos, o HBH1 ainda conta com a prestação de serviços autônomos, principalmente na área médica. Esses profissionais são escolhidos com base na análise curricular, pelo gerente da unidade, dentre aqueles previamente aprovados pelos profissionais do setor de Recursos Humanos.

Além da contratação de pessoal, as vagas existentes podem ser preenchidas por meio de remanejamento interno. A mudança de setor pode ser solicitada pelo coordenador ou pelo próprio funcionário, em casos de não adaptação. Quando um funcionário apresenta grande dificuldade de adaptar-se em mais de um setor da instituição, cabe aos profissionais do setor de Recursos Humanos encontrar o local de trabalho adequado.

4.1.1.2 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – emprego

Os cargos existentes no HBH1 são determinados por lei específica, a qual contém o quantitativo total de trabalhadores, assim como sua distribuição entre os setores. Foi elaborada com base em um amplo estudo a respeito das necessidades de pessoal da época. O número de trabalhadores não pode ultrapassar o quantitativo previamente estabelecido.

Além da determinação dos cargos, a lei também contém a descrição das funções, as quais são apresentadas aos novos funcionários no ato de sua entrada e atualizadas periodicamente. No caso da enfermagem, existe ainda o detalhamento das atividades de cada profissional (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem) no regimento interno da área.

A questão da existência de códigos de conduta, fator que, segundo a OMS (2007), também tem o potencial de influenciar o desempenho dos funcionários, mostrou-se controversa no HBH1. Segundo a gerente de recursos humanos o código de ética desenvolvido pelos funcionários é disponibilizado no treinamento introdutório e no setor de Recursos Humanos, mediante consulta. No entanto, os gestores assistenciais afirmam desconhecer a existência de códigos de conduta para o trabalho específicos do hospital.

Não existe no HBH1 um processo formal de gestão de habilidades combinadas às tarefas; apenas a tentativa de delimitação do perfil dos candidatos aprovados no concurso para que sejam encaminhados para as áreas mais adequadas.

A supervisão dos trabalhadores é realizada pela referência técnica de cada área, de maneira direta. As unidades assistenciais são administradas por um gerente e um coordenador, cabendo a ambos a atividade de supervisão. Existe em alguns pontos do organograma interseção entre as chefias. Na enfermagem, os enfermeiros são responsáveis pelo trabalho dos técnicos e são, por sua vez, são coordenados pelos coordenadores de enfermagem.

4.1.1.3 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – sistema de apoio

A remuneração paga pelo HBH1 está na média do mercado, segundo a gerente de recursos humanos. Além do salário, existem abonos em alguns setores, o que torna a remuneração mais atrativa quando comparada com a de outras instituições. As refeições são servidas no hospital, para todos os trabalhadores. Não são oferecidos convênios com planos de saúde, uma vez que o hospital pertence ao SUS.

Em entrevistas de desligamento realizadas pelo setor de Recursos Humanos, não foram constatadas queixas com relação aos salários pagos. Para o gerente médico, a maior insatisfação dos funcionários prende-se à falta de reconhecimento.

Os salários são definidos com base no plano de carreira específico para a instituição, instituído por lei. Os candidatos aprovados ingressam na carreira no primeiro nível e têm a chance de progressão, enquanto os que possuem contratos administrativos continuam a receber o salário referente ao primeiro nível.

A progressão dos concursados nos quinze níveis da carreira acontece mediante avaliação de desempenho positiva e por tempo na instituição (de três em três anos). A antecipação de nível pode ocorrer caso o funcionário faça um curso relacionado à sua área de trabalho.

A avaliação de desempenho é realizada anualmente, pela chefia imediata, pelos pares e pelo próprio funcionário. Para a progressão, é necessária uma média acima de 70%, sendo que a maioria absoluta dos trabalhadores atinge este patamar. Nos poucos casos em que a avaliação é desfavorável, é oferecido um plano de desenvolvimento individual, para que o trabalhador seja capaz de melhorar na próxima avaliação. Na prática, isso significa um atraso na progressão da carreira de um ano.

A avaliação de desempenho é classificada pelos profissionais do setor de Recursos Humanos como um instrumento formal que, além de carecer de um caráter prático, não reflete o desempenho dos trabalhadores. Isso acontece porque os formulários utilizados são genéricos e não adequados à realidade hospitalar e, também porque faltam critérios por parte das chefias avaliadoras.

Não existe uma ligação direta entre o resultado das avaliações de desempenho e o desenvolvimento de atividades de capacitação. Raramente alguma questão levantada na avaliação funcional é trabalhada por meio de acompanhamento ou treinamento de pessoal.

A comunicação no HBH1 é feita por meio de vários canais, tais como intranet, quadros murais, e-mails, comunicações internas, memorandos e portarias. No entanto, o maior canal de comunicação apontado pelos entrevistados é a conversa entre os trabalhadores. Essas conversas se dão de maneira informal ou em reuniões de grupos colegiados. São discutidas nestas reuniões propostas de mudanças e eventuais demandas dos trabalhadores.

A rede de comunicação é apontada pelo gerente médico como um grande diferencial da instituição:

Acredito eu que o que faz a diferença do (HBH1) com outros hospitais, tanto públicos como privados, seja a rede de comunicação.

No entanto, para a coordenadora de enfermagem a comunicação pessoal ainda carece de melhorias na instituição:

E, por mais que a gente tente melhorar os problemas, às vezes, não passa a informação em tempo hábil, da forma correta. A gente tenta atender da melhor forma possível, mas

eu acredito que a comunicação ainda precisa melhorar muito no hospital. Às vezes, temos problemas sérios, porque, às vezes, foi um problema de comunicação entre as pessoas.

O prédio do HBH1 foi construído há quase setenta anos. Inicialmente projetado para o atendimento de uma parcela restrita da população, não se adequou ao aumento da demanda progressiva dos atendimentos. Mesmo estando em permanente reforma, existem limitações do próprio espaço físico. Na visão dos gestores assistenciais, a infraestrutura atual ainda gera dificuldades para o atendimento de maneira adequada ao usuário.

Os suprimentos se encontram à disposição dos profissionais. O HBH1 passou por uma reestruturação administrativa, que possibilitou melhor abastecimento da instituição, a partir da melhoria da gestão de compras, dos insumos e da comunicação entre o setor responsável pelas aquisições e as áreas assistenciais. As compras do hospital são realizadas mediante processo licitatório e é necessário o planejamento das aquisições a serem feitas com antecedência, pois carecem de aprovação do colegiado.

4.1.1.4 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – ambiente favorável

No HBH1, existem treinamentos técnicos e comportamentais. O setor de Recursos Humanos se responsabiliza pelos treinamentos comportamentais, enquanto os técnicos são negociados externamente ou realizados pelos profissionais dos setores assistenciais.

Os treinamentos técnicos acontecem isoladamente, sendo de responsabilidade das referências das áreas a capacitação de pessoal. Na área da Enfermagem, o processo de capacitação começou recentemente e ainda precisa ser consolidado.

O objetivo geral dos treinamentos comportamentais realizados pelos profissionais do setor de Recursos Humanos do HBH1 é proporcionar o autoconhecimento dos trabalhadores, uma vez que acredita-se que, partindo deste autoconhecimento, o funcionário melhora sua interação com colegas e usuários.

A definição das necessidades de treinamento é realizada com base em instrumento específico para este fim. A cada dois anos, os responsáveis do setor de Recursos Humanos encaminham às Coordenações o formulário, que deve ser respondido. A partir das necessidades apontadas pelas Coordenações, os profissionais do setor de Recursos Humanos montam uma agenda de capacitações a ser seguida.

Os gestores de recursos humanos acreditam que existe grande aceitação dos treinamentos realizados e que estes têm evoluído ao longo do tempo. Para a analista de recursos humanos, os processos de capacitação são vistos como uma possibilidade de sair da rotina e de aprendizado:

As pessoas estão percebendo que devem se desenvolver, se dar o tempo, que ninguém é dono de verdade nenhuma. Com isso, eu fico muito satisfeita de perceber que houve uma mudança bem significativa, bem positiva dentro do contexto. As pessoas perguntam quando é o próximo curso. Eles veem os cursos primeiro como uma forma de sair do estresse do dia a dia e, em segundo, como uma possibilidade de aprendizado, uma coisa que eles podem ouvir, se pronunciar diante de algumas situações.

Para o gerente médico, os treinamentos são importantes, pois as pessoas trabalham no seu limite físico, e oferecer oportunidades de capacitação ajuda a motivar os trabalhadores a se manterem ativos na organização.

Apesar de ser reconhecida a necessidade de avaliação do impacto dos treinamentos realizados, este processo não acontece de fato na instituição.

A percepção subjetiva dos entrevistados é de que os trabalhadores conhecem os objetivos do trabalho e o seu papel no hospital, uma vez que eles são explicitados por meio do treinamento introdutório e no contato constante com a chefia. Os objetivos do hospital também são explicitados nos treinamentos introdutórios e treinamentos para a qualidade.

A gestão de pessoal é apoiada pelos sistemas de premiação e punição. No HBH1, o sistema de premiação está ligado ao contrato de gestão, assinado anualmente, o qual estabelece metas a serem cumpridas pelas áreas da instituição. Existe uma comissão específica que avalia o cumprimento dessas metas. Ao atingir 80% do acordado, a área recebe um prêmio, previamente escolhido, por exemplo, uma geladeira ou um

forno.

Mesmo reconhecendo que existe um ganho para o setor, a coordenadora de enfermagem admite que os funcionários gostariam de receber individualmente um prêmio em dinheiro pelas metas atingidas. O gerente médico também afirma reconhecer um distanciamento entre o trabalho executado e a premiação recebida:

A gente está fazendo um trabalho pra atrelar isso, pra não ser uma meta da gerência e uma premiação que eles não sabem nem da onde veio.

Como punições, são aplicadas aquelas estabelecidas no estatuto do servidor, tais como advertências verbais e escritas. Os casos de faltas graves são encaminhados para a Corregedoria. Cada caso é investigado detalhadamente, em várias etapas, ouvindo-se o depoimento de diversas testemunhas. Por isso, este tende a ser um processo demorado. A Corregedoria pode determinar a suspensão do funcionário e, até mesmo, sua exoneração, o que já chegou a ocorrer. No entanto, uma vez exonerados, os trabalhadores ainda têm direito de entrar com processo na Justiça Comum, existindo casos de reintegração ao trabalho.

O trabalho em equipe é valorizado no HBH1, principalmente na área Assistencial. Para a coordenadora de enfermagem, o trabalho em equipe é inerente à profissão e sem ele, o cuidado ao paciente seria inviabilizado. O gerente médico afirma que a valorização do trabalho em equipe reflete-se pela exposição dos bons resultados alcançados pelas equipes nas instâncias colegiadas.

Essas instâncias colegiadas são a principal forma de participação dos trabalhadores na gestão. Existe um colegiado gestor, que se reúne uma vez por mês, e colegiados em cada uma das áreas, para a resolução de questões pertinentes. Relata o gerente médico, sobre essas reuniões:

A oportunidade da pessoa chegar lá e falar o que está emperrando o trabalho dela. É a oportunidade de ouvir os outros, de outras áreas, pois não é uma reunião específica de cada setor e de propor soluções também, e não só lamuriar. O que você propõe? É o uso da democracia. Não está desenvolvido em todo mundo, mas aqui é um lugar que a gente vê que já deu uns passinhos a mais.

Todo recurso destinado ao HBH1 foi previamente acordado com a Secretaria Municipal de Saúde, gozando a Diretoria de determinada autonomia para sua alocação. Os gestores assistenciais, por sua vez, afirmam que possuem autonomia para solicitar recursos adicionais à Diretoria, quando necessários. Para tanto, é preciso argumentar sobre sua real necessidade, criando sentimento de corresponsabilidade perante sua utilização.

4.1.1.5 Gestão da saída de trabalhadores

O controle do número de desligamentos é realizado pela gerente de recursos humanos, para fins de reposição apenas. Não existem dados consolidados a respeito das saídas. Segundo a gerente de recursos humanos, são necessários processos seletivos constantes para o suprimento de pessoal:

A gente sempre tem que estar fazendo este concurso, porque o pessoal não para, né? O pessoal vem e, por 'n' motivos, sai, arruma outro emprego melhor, motivos pessoais, sai, ou de mudança. Eles não ficam muito, né?

Quando um profissional deixa o hospital, é logo substituído, preferencialmente por alguém aprovado em concurso. No entanto, o processo de contratação desses profissionais chega a demorar cinquenta dias, devido à necessidade de seguir as regras estabelecidas em lei.

A falta de trabalhadores e o desligamento de funcionários qualificados impactam o trabalho assistencial, na opinião de todos os profissionais entrevistados.

Segundo o gerente médico, o perfil do HBH1 requer profissionais altamente produtivos. Mas, uma vez experientes e treinados, eles deixam a instituição em busca de oportunidades mais atrativas financeiramente:

Eu sinto que estamos treinando profissionais para outras instituições. [...] Porque quando ele está no auge, ele está melhor, ele é levado embora.

Essa perda de profissionais qualificados faz com que sejam necessários investimentos em treinamentos, uma vez que a contratação de profissionais com o mesmo perfil dos que saem é difícil.

Segundo a gerente de recursos humanos, a questão da fixação de profissionais no HBH1 é prejudicada pelo engessamento das regras de gestão pública, que não permitem, por exemplo, a oferta de salários diferenciados dos previamente estabelecidos.

4.1.2 Relação das políticas e das práticas de recursos humanos com a Assistência

Na percepção da gerente de recursos humanos, as práticas e as políticas estruturadas visam proporcionar aos trabalhadores condições de realizar o trabalho, e este é o principal papel do setor:

O RH sempre priorizando o desenvolvimento do servidor, o agente público. O (HBH1) procura estar sempre dispensando o que eles precisam. Valorizando o trabalhador. [...] Então, faz concurso sempre pensando no trabalhador, avaliando para ter um autodesenvolvimento. Sempre que quiser conversar, o RH está aberto a ouvir. O trabalhador não quer ficar naquela área, vai o RH procurar uma área que ele goste. Então, eu acho que a gente está sempre aberto, sempre procurando, sempre capacitando.

O lado negativo das políticas e das práticas de recursos humanos, segundo a gerente da área, é a contratação de pessoas que não têm experiência prévia na função. Além disso, o processo seletivo demora pelo menos quinze dias, o que provoca a sobrecarga das pessoas que estão na área. Ela atribui essa demora à necessidade de seguir as regras de gestão pública:

A gente publica, passa telegrama, telefonamos, e nem assim eles não vem. Às vezes, não consegue contato. Tem uns que não aparecem e tem que esperar vinte dias para poder revogar, publicar a revogação. [...] Mas, mesmo assim, tem que esperar, porque é lei. Empresa pública é diferente da privada.

A lentidão no processo de contratação de novos funcionários também é um fator apontado como negativo pelos gestores assistenciais. O processo seletivo tal como estruturado não possibilita a entrada de profissionais no tempo necessário para a continuidade do trabalho assistencial. Explica o gerente médico:

Eu diria que ele precisa ser um pouco mais ágil. Muitas vezes, eu preciso de cobrir uma vaga que apareceu de repente, que a gente não previa que ela ia acontecer.[...] Às vezes, é um problema de saúde, é uma licença sem previsão, né? Às vezes, a pessoa simplesmente deixou de comparecer, a gente não alcança... Abandonou o emprego. Nos moldes do que está sendo feito, está um pouco mais lento do que a gente desejaria.

Como contribuições das políticas e das práticas de recursos humanos tal como estruturadas, ele aponta a exigência de critérios mínimos de qualificação e de capacitação. Além disso, considera importante o trabalho de acolhimento realizado pelos profissionais do setor de Recursos Humanos, uma vez que é com eles que o novo trabalhador estabelece o primeiro contato ao chegar à instituição.

Para a coordenadora de enfermagem, o setor de Recursos Humanos desempenha bem o seu papel quando acompanha os funcionários no setor:

Então, se a gente está com um funcionário que não está prestando assistência da forma que eu preciso (a gente tem casos assim), a gente passa o caso para o psicólogo, e ele faz o acompanhamento direto...

4.1.3 Formas de contratação de pessoal

Existem no HBH1 profissionais com os seguintes tipos de vínculo: empregados públicos, estatutários, contratos administrativos e trabalhadores autônomos.

Antes da Constituição de 1988, os trabalhadores eram admitidos por meio de indicação, não existindo concurso. Depois, esta prática foi proibida. Nessa ocasião, foi realizado concurso interno, e os trabalhadores efetivados ganharam status de servidores públicos.

A forma de ingresso passou a ser o concurso público. Foram realizados concursos em 1990, 1992, 1994 e 1996. Os aprovados foram contratados de acordo com as regras da CLT (ou seja, como empregados públicos).

Em 2006, foi aprovada a lei que rege o plano de carreira do HBH1, a qual estabelece a contratação por meio do Regime Jurídico Único. Os trabalhadores contratados a partir de então foram admitidos como funcionários públicos. Para a elaboração da lei, foi realizado amplo estudo para a determinação do número adequado de profissionais para o funcionamento do hospital. O primeiro concurso desta modalidade foi realizado em 2006. Outros concursos ocorreram em 2008 e 2009.

Sempre coexistiu no HBH1 a contratação de pessoal por meio de contratos administrativos, tendo o número destes variado drasticamente ao longo do período. Existe ainda a contratação de profissionais, principalmente médicos, os quais recebem por serviço eventual prestado.

Existe ainda a contratação de empresas para o fornecimento de mão de obra, não sendo de responsabilidade do setor de Recursos Humanos a administração desses contratos.

A força total de trabalho, no momento da coleta de dados, era de 2.300 trabalhadores, sendo 1.000 estatutários, 800 empregados públicos, 200 contratados mediante contratos administrativos e 300 terceirizados.

A coexistência de diferentes formas de contratação gera algumas divergências internas entre os trabalhadores. No cotidiano, os coordenadores assistenciais afirmam que tratam os funcionários da mesma maneira, independente do vínculo, mas as diferenças são reconhecidas pela analista de recursos humanos:

Uma pessoa que é efetiva, ela se sente mais poderosa, em termos de ações, de até de provocações, de tudo... Porque ela se sente resguardada, ela se sente com estabilidade.

Quanto à administração dos recursos humanos, a gerente da área acredita que seria mais adequada ao perfil da instituição a seleção de profissionais que levasse em consideração a capacidade de trabalho e a experiência prévia na função. Para ela, o concurso público não é capaz de selecionar os profissionais mais preparados:

Estudou, passou. Quem não estuda não pass. Então, não tem experiência nenhuma. Geralmente, quem passa são as pessoas que estão saindo das faculdades ou que estão terminando de fazer os cursos técnicos.

Os coordenadores assistenciais concordam com essa afirmação ao afirmarem que o contrato administrativo possibilita maior poder de escolha por parte do hospital e, com isso, a seleção de trabalhadores mais dispostos e com maior facilidade de adequação às escalas de trabalho da instituição.

O Quadro 8 resume os resultados no HBH1.

(continua)

Categorias de análise	Dimensões	Dados colhidos	Resultado
Políticas e práticas de recursos humanos	Entrada: melhorar o recrutamento	Processo de recrutamento e seleção	A entrada no HBH1 se dá basicamente por meio de dois processos: concurso público (realizado externamente) e processo seletivo simplificado (seleção realizada pelo setor de Recursos Humanos).
	Melhorar o desempenho (emprego)	Existência de descrição de postos de trabalho	Os postos de trabalho são determinados e descritos em lei específica. São divulgados no momento da entrada no hospital.
		Existência, clareza e divulgação de normas e códigos de conduta	Segundo os profissionais do setor de Recursos Humanos existe um código de conduta desenvolvido pelos próprios funcionários, que é divulgado na entrada dos novos funcionários e encontra-se disponível no setor. No entanto, os coordenadores assistenciais afirmam desconhecer a existência de código de conduta específico para o hospital.
		Gestão de habilidades combinadas às tarefas	Não existe um programa formal; apenas a tentativa de definir o perfil dos aprovados em concurso público para o encaminhamento às áreas de trabalho.
		Supervisão	A supervisão é realizada de maneira direta, pelos coordenadores e supervisores dos setores.
	Melhorar o desempenho (sistema de apoio)	Remuneração em relação ao mercado (percepção dos gestores)	A remuneração do hospital está na média de mercado, mas existem (dependendo da lotação) abonos específicos que tornam os valores pagos mais atrativos em relação ao mercado.
		Canais formais e informais de comunicação	O hospital possui vários canais formais e informais de comunicação, sendo que se destacam as reuniões colegiadas. Essas reuniões são a oportunidade de discutir as questões pertinentes ao trabalho diário.
		Infraestrutura e suprimentos gerais do hospital	O hospital foi construído há quase setenta anos. Por essa razão, passa constantemente por reformas. As instalações melhoraram ao longo do tempo, mas a infraestrutura ainda é um fator limitador para o trabalho assistencial. No entanto, os suprimentos estão à disposição dos profissionais em número e qualidade adequados.

Categorias de análise	Dimensões	Dados colhidos	Resultado
	Melhorar o desempenho (ambiente favorável)	Aprendizado contínuo (programas e práticas)	Existem treinamentos técnicos e comportamentais. O levantamento de necessidades de treinamento é realizado segundo as demandas do setor. A avaliação do retorno dos treinamentos é falha.
		Gestão de equipes	O trabalho em equipe é valorizado no dia a dia. Os setores possuem metas a serem atingidas ao longo do ano. O resultado positivo é revertido em um prêmio para o setor. Os coordenadores assistenciais acreditam que uma recompensa individual em dinheiro seria mais motivador. Como punições, são aplicadas as presentes na lei. O processo de punição dos casos mais graves é realizado externamente e pode ser demorado.
		Responsabilidade com responsabilização	A Diretoria do hospital possui autonomia de decisão a respeito das questões pertinentes ao hospital, condicionada à negociações com a Secretaria de Saúde Municipal. Os gestores do hospital possuem certa autonomia de gestão. Os trabalhadores são responsabilizados pelo resultado de seu trabalho no cotidiano.
	Saída: gestão da rotatividade dos trabalhadores	Gestão da rotatividade	Não existe gestão da rotatividade de funcionários. A percepção geral é de que a saída de trabalhadores treinados impacta o trabalho assistencial, uma vez que não é possível a contratação de profissionais com o mesmo nível de experiência dos que saem.
Relação das políticas e das práticas de Recursos Humanos com a Assistência	Percepção dos gestores de RH da relação	Percepção dos gestores de RH da relação	A gerente de recursos humanos acredita que as políticas e as práticas contribuem na medida em que apoiam os funcionários para a execução de seu trabalho. Como ponto de entrave para a assistência, ela destaca a lentidão de reposição de pessoal.
	Percepção dos gestores da assistência sobre a relação	Percepção dos gestores da assistência sobre a relação	Como fatores que contribuem para a assistência, os gestores assistenciais destacam a exigência de critérios de qualificação para o ingresso na instituição, a recepção dos novos trabalhadores realizada pelo setor de Recursos Humanos e o acompanhamento de profissionais que estão com dificuldade nos setores.
Formas de vinculação de pessoal	Forma de vinculação predominante no hospital	Número de funcionários com cada tipo de vinculação	A força total de trabalho no momento da coleta de dados era de 2.300 trabalhadores, sendo 1.000 estatutários, 800 empregados públicos, 200 contratados por meio de contratos administrativos e 300 são terceirizados.
		Existência de gestão diferenciada dos diversos grupos de vinculação em um mesmo hospital	A coexistência de diferentes formas de contratação gera algumas divergências internas entre os trabalhadores. Os concursados gozam de estabilidade e têm a possibilidade de progressão na carreira. Para os gestores, a seleção interna dos contratos administrativos possibilita a escolha de trabalhadores mais experiente e aptos ao trabalho na área hospitalar.

Quadro 8 - Estudo de caso HBH1

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2 Estudo de caso HBH2

O HBH2 faz parte de uma Universidade Federal. Portanto, caracteriza-se como uma autarquia federal. Possui 433 leitos. É reconhecido como um hospital de ensino voltado para o desenvolvimento de tratamentos inovadores e complexos. No momento da coleta de dados, atendia o SUS e alguns convênios de saúde.

4.2.1 Políticas e práticas de recursos humanos no HBH2

4.2.1.1 Recrutamento e seleção

O HBH2 possui dois processos seletivos diferenciados para as duas formas de contratação majoritárias. Coexiste com o concurso público a seleção de trabalhadores a serem contratados segundo as regras da CLT pela Fundação de apoio da Universidade da qual faz parte.

A seleção dos estatutários se dá por meio de concurso público. Não existe um concurso específico para as vagas, uma vez que esse faz parte da Universidade. O processo de seleção por concurso segue as regras estabelecidas legalmente, garantindo a ampla possibilidade de participação, a universalidade e as chances iguais a todos os candidatos. Os aprovados no concurso são encaminhados para o setor de Recursos Humanos, que tem a função de alocá-los nas vagas disponíveis. Para isso, o perfil do profissional é traçado com base em uma entrevista.

Ao avaliar a capacidade de o concurso prover um quadro adequado para a assistência, a analista de recursos humanos afirma:

O concurso, você é obrigado a seguir rigorosamente a ordem de classificação, e nem sempre você consegue as melhores pessoas, as pessoas mais adequadas para aquelas vagas, o que numa seleção é possível fazer.

A falta de concursos periódicos para ingresso no HBH2 gera falta de pessoal. Com isso, tem crescido proporcionalmente o número de contratação pela Fundação de apoio, ao longo dos anos. Essa prática vem sendo questionada legalmente, mas é

considerada de suma importância para o funcionamento da instituição. Segundo a analista de recursos humanos:

Mas isso não é uma prática legal, mas não é uma prática imoral, vamos dizer assim. É a única forma de funcionar. O TCU (Tribunal de Contas da União) já esteve aqui mais de uma vez e questiona a Universidade e o Hospital em função disso. E já foram feitas várias respostas, mas não vem nenhuma retaliação, porque, na verdade, como que nós vamos fazer? Nós vamos fechar leitos, vamos fechar a instituição?

A seleção desses contratados é realizada internamente, pelo setor de Recursos Humanos. As vagas disponíveis são divulgadas no site do hospital e, caso seja necessário, publicadas em jornais. Os currículos recebidos são analisados. Aqueles que apresentem um perfil próximo do procurado são chamados para a primeira etapa da seleção, que é uma dinâmica de grupo. Os candidatos selecionados passam por entrevista psicológica. Uma vez aprovados, são encaminhados para a Coordenação da área. Para alguns cargos, existe uma prova técnica, para a avaliação de conhecimentos.

Mesmo existindo preocupação em manter a transparência e a imparcialidade durante as etapas do processo, a divulgação das vagas não é ampla como no concurso público. Neste processo seletivo, além da experiência dos profissionais, são valorizadas a postura pessoal, a capacidade de intervenção, a capacidade de solucionar problemas, a capacidade da convivência em equipe e uma boa saúde.

Ainda existem vínculos de autônomos, cooperados e terceirizados. Os profissionais autônomos são contratados de acordo com a necessidade da instituição. A seleção desses é realizada com base na análise de currículo, pelo chefe de serviço e posterior aval do diretor clínico.

Para a provisão de serviços médicos, é realizada uma licitação, que tem sido ganha por uma cooperativa. Com isso, grande parte dos médicos é constituída de cooperados.

Funções operacionais são preenchidas mediante a contratação de empresa de terceirização de mão de obra. Essa prática acontece devido à extinção de cargos

operacionais no quadro definido pelo governo. É de responsabilidade da empresa vencedora da licitação pública a provisão de pessoal, bem como a sua gestão.

Alguns cargos ainda são ocupados por meio de remanejamento interno. Não é possível a mudança de cargo dos concursados; apenas dos contratados pela Fundação de apoio.

4.2.1.2 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – emprego

Os postos de trabalho do HBH2 são descritos no plano de cargos e salários da Universidade. Essa descrição se refere aos funcionários públicos. Mas, como os trabalhadores ocupam os mesmos cargos independente da forma de vinculação, na prática, valem para todos.

As descrições são genéricas e não contemplam as especificidades do trabalho nos diferentes setores. O setor de Recursos Humanos vêm ao longo do tempo montando um banco de dados das descrições entregues pelas Coordenações no momento de vacâncias, com a intenção de possuir descrições mais detalhadas dos cargos. No caso específico da enfermagem, os cargos foram descritos mas ainda é necessário realizar um aprofundamento, trabalho que está sendo executado pelos enfermeiros, em parceria com setor de Recursos Humanos.

As descrições dos cargos não são divulgadas nem utilizadas para fins de gestão. Explica o coordenador médico: “Acaba que tem uma pressão para que se escreva isso, mas acaba que isso fica na gaveta”.

A conduta esperada dos trabalhadores não é especificada em um código próprio da instituição. É seguido para fim de regulamentação o Regime Jurídico Único, tanto para os funcionários públicos quanto para os celetistas. Este regimento é divulgado na entrada dos funcionários na instituição e encontra-se disponível no setor de Recursos Humanos para eventual consulta.

Os gestores assistenciais apontam outros códigos de conduta. O coordenador médico afirma que são seguidas as determinações dos conselhos específicos das profissões.

Na área de Enfermagem, existe um regimento interno, no qual estão estabelecidas as atribuições, os direitos e os deveres dos profissionais.

Para a adequação das habilidades dos profissionais às tarefas a serem executadas, não existe um programa formal; apenas a tentativa informal dos profissionais do setor de Recursos Humanos. Declara a analista de recursos humanos:

Então, quando isso chega até nós, ou quando a gente está selecionando, isso é visto o tempo todo. Isso é discutido com as Coordenações. Essa pessoa não está tendo condição de fazer isso. Então, por que você não experimenta trocar ela de setor... Ou então querer forçar a barra, colocar uma pessoa em uma atividade que não tem nada a ver com ela...

No entanto, o processo de adequação das tarefas segundo as habilidades dos trabalhadores é prejudicado pela falta de mobilidade para a mudança de cargos e funções dos profissionais concursados. Esclarece o coordenador médico:

Pessoas de uma área que estão em uma área, mas que gostariam de fazer outra função, mas que não pode porque teria que fazer outro concurso. Então, por exemplo, tem uma bióloga, que está fazendo trabalho administrativo, que queria entrar para área da biologia, mas que não pode.

A gestão do quantitativo de trabalhadores é realizada a partir da avaliação dos pedidos de reposição das Coordenações, não existindo um quadro de pessoal definido para cada área. As solicitações são analisadas detalhadamente, verificando-se a possibilidade de remanejamentos internos antes de se decidir pela contratação de um profissional. Os aumentos de quadro, quando avaliados positivamente pelo setor de Recursos Humanos, são encaminhados para a Diretoria do hospital, para autorização, uma vez que essa mudança impactará as despesas gerais da instituição.

A supervisão dos trabalhadores é realizada diretamente pelas Coordenações. O papel do setor de Recursos Humanos é o de mediar conflitos entre as partes, caso estes ocorram, como explica o vice-diretor de recursos humanos:

O RH, a participação dele é no sentido de quando há um conflito, quando há algum questionamento, alguma sobrecarga, o trabalhador vem até o setor, ou a chefia vem até o setor pra poder ajudar no equacionamento desse impasse, em termos de [...] Funciona, em linhas gerais, dessa forma.

Para o coordenador médico, a supervisão dos trabalhadores se dá por meio das reuniões do Colegiado, que acontecem quinzenalmente. Na área de Enfermagem, os enfermeiros assumem a supervisão dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

4.2.1.3 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – sistema de apoio

Os salários pagos pelo HBH2 variam de acordo com o vínculo do funcionário e são definidos por meio de negociações com os representantes das duas categorias: estatutários e celetistas.

Na avaliação dos gestores do setor de Recursos Humanos, atualmente o salário dos trabalhadores efetivos está compatível com o mercado. Por isso, a percepção é a de que os funcionários estão satisfeitos com o montante recebido. Já no caso dos contratados pela Fundação, algumas categorias têm seus salários defasados (principalmente no nível superior), o que dificulta a atração e retenção de profissionais capacitados para o trabalho.

Os valores dos salários recebidos são comparados internamente pelos trabalhadores, gerando insatisfação por parte dos celetistas e dos terceirizados. Para o coordenador médico, a vinculação dos profissionais ao hospital é baseada em outros fatores não financeiros:

A vinculação com a instituição é geralmente por outros ganhos: de estar próximo à área de pesquisa, a área de ensino, o recurso humano que tem na instituição... Isso acaba sendo mais sedutor que o salário.

A diferença significativa em termos salariais deve ser administrada diariamente, buscando conter os conflitos entre os trabalhadores dos diferentes vínculos. Opina a vice-diretora de enfermagem:

A gente trabalha com isso nos setores e diz: “Todo mundo sabia quando entrou quanto que ia ganhar e todo mundo tem o direito de sair, de se sentir à vontade de sair”. Porque o que nós não podemos é penalizar quem está sendo cuidado por um problema que nós não conseguimos solucionar aqui. [...] Mas não dá pra dizer que isso não gera conflito. Gera conflito, sim.

Tanto os trabalhadores estatutários quando os celetistas contam com a definição de progressão na carreira. No caso dos estatutários, a definição encontra-se no Plano de Cargos e Salários da União e acontece de acordo com a avaliação de desempenho e o tempo de serviço. A progressão dos celetistas, teoricamente, também está ligada à avaliação de desempenho periódica. No entanto, estes trabalhadores não têm o seu desempenho avaliado, e a progressão tem sido automática.

No caso dos estatutários, não é possível a mudança de cargos dentro da instituição, devendo o trabalhador permanecer no cargo para o qual foi aprovado em concurso. Já para os celetistas existe a possibilidade mudança de posição, que acontece mediante aprovação em processo seletivo interno.

A instituição possui diversos canais de comunicação, tais como a internet, a intranet e os ofícios circulares. O setor de Recursos Humanos possui murais próprios, os quais são fixadas informações importantes. Para a Enfermagem, existem canais especiais de comunicação, tais como uma página na internet e um boletim específico.

A vice-diretora de enfermagem avalia que a comunicação no hospital acontece de maneira aberta quando comparada às instituições privadas:

Pode até falar e não ser atendido no que ele quer, mas ele não vai ser perseguido porque ele falou. Porque a instituição é de ensino. Então, ela preserva muito o direito às pessoas falarem. Então, fala que o funcionário reclama demais, é claro, porque ele pode dizer que se sente incomodado. Mesmo o trabalhador trabalhando em instituição privada, ele tem problemas muito mais graves, e ele não pode falar.

As demandas dos trabalhadores, além de serem expressas pessoalmente, podem ser endereçadas ao sindicato ou diretamente discutidas com os profissionais do setor de Recursos Humanos, que tem o papel de escutar, avaliar e encaminhar as solicitações.

Os profissionais do setor de Recursos Humanos entrevistados acreditam que as informações necessárias à execução do trabalho estão disponíveis aos trabalhadores. Existe a iniciativa do hospital de registrar por escrito as rotinas, como parte do processo de acreditação do hospital, não estando ainda este processo totalmente consolidado. No entanto, para o coordenador médico as informações deveriam ser mais divulgadas e estar mais presentes no cotidiano:

Muita coisa é feita e fica guardada. Tinha que ser alguma coisa mais presente, independente das pessoas. Uma disponibilização institucional. Seja pela internet, seja impresso, seja para consulta. Fica nas pessoas. Não é alguma coisa assim... Isso, do ponto de vista institucional é muito frágil.

Quanto à infraestrutura disponível para o atendimento ao paciente, enquanto a percepção dos profissionais do setor de Recursos Humanos é de que esteja adequada, para os gestores assistenciais ela está longe de ser satisfatória. O coordenador médico aponta a fragilidade de manutenção dos equipamentos e a vice-diretora de enfermagem afirma que o mobiliário está desgastado. Para ela, equipamentos modernos convivem com a estrutura desgastada:

Então, tem cama que não tem grade mais; tem maca que não anda. Então, a depreciação natural, ela prejudicou muito esse mobiliário, e isso, muitas vezes, acarreta esforço físico para o profissional e a segurança do paciente, que tem que pôr grade, e não tem grade. Isto está ligado à falta de investimento. [...] Enquanto eu tenho um tomógrafo e não tenho uma grade pra pôr no paciente. Então, às vezes, eu tenho a alta tecnologia e não tenho o mínimo do equipamento básico.

O HBH2 disponibiliza os suprimentos necessários ao trabalho assistencial. No entanto, a percepção dos coordenadores assistenciais é de que a gestão de materiais pode melhorar, uma vez que o armazenamento, a verificação da qualidade e o acompanhamento dos prazos de validade dos medicamentos apresentam falhas, comprometendo a saúde do paciente atendido. Além disso, a falta de controle ocasiona grande desperdício.

4.2.1.4 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – ambiente favorável

No HBH2, existe uma tentativa incipiente de capacitação dos trabalhadores. Segundo o coordenador médico, muito ainda pode ser melhorado:

Porque fica uma coisa meio assim, quem quiser. Acaba que a frequência é baixa. Acho que tinha que ter uma coisa mais institucionalizada. Não sei se obrigatório, mas alguma coisa

que quem fizer tem algum ganho. Se faz, bem; se não faz, tudo bem.

A área de Enfermagem possui uma Coordenação específica dedicada à educação permanente e uma Comissão para esse fim. São desenvolvidos e aplicados diversos cursos para os trabalhadores, financiados pela Universidade e ministrados por diversos profissionais. Alguns cursos desenvolvidos tornam-se referência e absorvem alunos vindos de outras instituições.

As necessidades de treinamento geral do HBH2 são levantadas anualmente com base em documento especificamente distribuído pelo setor de Recursos Humanos. Em posse dos dados entregues pelos coordenadores, o setor faz o seu programa de capacitação anual, buscando contemplar todas as necessidades apontadas. No caso da Enfermagem, o levantamento de necessidades é específico do setor e é trabalhado pela educação continuada.

A avaliação dos treinamentos realizados deveria acontecer após dois meses do término da capacitação, por amostragem. Nessa oportunidade, o trabalhador e a sua chefia fariam uma avaliação subjetiva do impacto que a capacitação teve na atividade diária. No entanto, segundo a analista de recursos humanos, essa avaliação não está sendo realizada. Os indicadores de treinamento são produzidos, buscando informações como número de horas de capacitação e número de trabalhadores capacitados.

Mesmo reconhecendo falhas no processo de treinamento, os entrevistados acreditam que os funcionários conhecem os objetivos do próprio trabalho. Para a analista de recursos humanos, os hospitais são organizações em que os objetivos do trabalho estão claros e estabelecidos por meio do contato direto com os pacientes. Para a vice-diretora de enfermagem, a divulgação das informações a este respeito é dificultada pela falta de continuidade dos trabalhadores, uma vez que o número de desligamentos dos trabalhadores com vínculos celetistas é grande.

Quanto aos objetivos do HBH2, os entrevistados não tiveram a mesma certeza de conhecimento geral. Para os profissionais do setor de Recursos Humanos, tem sido uma política a divulgação da missão e dos valores do hospital, e as unidades têm sido orientadas a desenvolver a sua própria missão, objetivos e metas. No entanto, cabe a

cada trabalhador procurar se informar a respeito destas questões. Para o coordenador médico, essas informações deveriam estar mais disponíveis e presentes, e serem divulgada com clareza para todos. Somente para a vice-diretora de enfermagem a missão do hospital é de conhecimento de todos. No entanto, ela ressalta que isso é mais claro para os trabalhadores estatutários, que tendem a se fixar por mais tempo à organização.

No HBH2 não existe um sistema estruturado de premiação. Segundo o vice-diretor de recursos humanos, o prêmio seria a progressão anual na carreira, de acordo com a avaliação de desempenho. Existia um projeto chamado “Plano de Incentivo ao Desempenho” (PID), no qual eram traçadas metas para os setores, cujo cumprimento implicava prêmios em dinheiro aos trabalhadores. No entanto, esse sistema foi questionado legalmente e suspenso. Atualmente, estão sendo estudadas formas alternativas de funcionamento do plano de premiação, com a possibilidade de reversão em benefícios para os setores.

Para os coordenadores assistenciais, os prêmios existentes na organização relacionam-se com a carreira. O coordenador médico caracteriza como a única forma de premiação percebida a concessão de cargo gratificado àqueles que se destacam. Para a vice-diretora de enfermagem, os prêmios seriam a possibilidade de estender a carga horária em troca do complemento por meio da concessão de bolsa, da possibilidade de comparecimento às atividades externas e da mudança de setor, quando solicitada.

Já as punições aplicadas são aquelas previstas no Regime Jurídico Único. No caso dos estatutários, é aberta uma sindicância para a apuração dos fatos. Dependendo do resultado deste processo, o trabalhador é punido de acordo com a falta. Essa punição pode ser uma advertência, uma suspensão ou, nos casos mais graves, a exoneração. O coordenador médico percebe uma mudança com relação à aplicação de punições ao longo do tempo, com o aumento de processos administrativos. No entanto, ele ainda caracteriza esse processo como frágil e influenciado por questões referentes às corporações das profissões.

Para os trabalhadores celetistas, as regras de punição não estão estabelecidas. Quando acontece alguma conduta imprópria, o caso é encaminhado ao setor de Recursos Humanos, que toma medidas de acordo com a situação.

O trabalho em equipe é incentivado por meio das reuniões colegiadas. Para o vice-diretor de recursos humanos o trabalho em equipe existe e é reforçado pela descentralização da gestão nas unidades funcionais e do estabelecimento dos resultados por setor. No entanto, ele admite que, uma vez que o PID deixou de existir, a questão das metas perdeu força na instituição, fragilizando o conceito de equipe. Na percepção do coordenador médico, o trabalho em equipe quase não existe na instituição, estando presente apenas o trabalho multiprofissional.

Enquanto o trabalho em equipe é uma questão controversa, o mesmo não acontece com a participação dos trabalhadores na gestão do hospital. Os entrevistados foram unânimes em afirmar que essa participação existe ativamente por meio dos Colegiados, que existem nos diferentes níveis do hospital, contando sempre com a participação de representantes dos trabalhadores. A vice-diretora de enfermagem explica:

O colegiado gestor, ele trabalha com todos os gerentes, os gerentes de cada unidade funcional, e cada unidade funcional tem o seu chamado “Colegiado Interno”, onde está prevista a participação não só dos trabalhadores, mas também de representantes dos trabalhadores. Dependendo da composição, uma unidade assistencial, você tem um representante dos técnicos de enfermagem, dos técnicos de farmácia, procurando ter essa representatividade por níveis de inserção: superior, médio. Esta é a regra: que o Colegiado tenha essa representatividade. Então, cada unidade tem o seu Colegiado, onde essa composição é garantida.

A autonomia das Coordenações do HBH2 é restrita, existindo apenas algumas possibilidades de negociações. O coordenador médico afirma não ter nenhuma participação na gestão.

A responsabilização individual dos trabalhadores acontece de maneira informal. Para a analista de recursos humanos, a responsabilização acontece nos casos em que os resultados apresentados não estão de acordo com o esperado, por meio de encaminhamentos de relatório para a sindicância ou de conversas (realizadas pelos

próprios coordenadores ou pelos profissionais do setor de Recursos Humanos).

4.2.1.5 Gestão da saída de trabalhadores

O número de trabalhadores que deixam o HBH2 é acompanhado pelo setor de Recursos Humanos com base nos indicadores de rotatividade. A avaliação qualitativa é feita por meio da tabulação das entrevistas de desligamento, realizadas com todos os profissionais que saem. No entanto, estes dados produzidos não são divulgados rotineiramente para as coordenações; apenas quando são apuradas informações críticas e se fazem necessárias medidas corretivas.

A percepção subjetiva dos profissionais do setor de Recursos Humanos é de que a rotatividade seja significativamente maior entre trabalhadores celetistas, em comparação com os estatutários. Os desligamentos de estatutários por parte da instituição são muito raros, uma vez que só podem ser determinados mediante processo administrativo, com amplo direito de defesa ao trabalhador. Segundo o vice-diretor de recursos humanos, este desligamento só é possível em casos excepcionais.

A saída de profissionais afeta o bom andamento da assistência para todos os entrevistados. Os gestores de recursos humanos percebem que os trabalhadores que saem são substituídos por outros que irão necessitar de treinamento. Para o coordenador médico, o impacto da saída de profissionais é agravado pela fragilidade que o hospital tem na gestão:

Porque se o hospital tem isso institucionalizado, muda um funcionário, mas o outro que entra tem como rapidamente adquirir conhecimento. E aqui não tem isso. Então, ele já troca e já entra na assistência, quebrando a cabeça, entendeu? Ele não tem como ser preparado rapidamente para a função. Isso afeta. Esse é um dos problemas graves, porque roda muito.

A vice-diretora de enfermagem percebe que a rotatividade de profissionais afeta o trabalho da área, uma vez que é preciso que os funcionários da instituição trabalhem

horas a mais para compensar as ausências, gerando sobrecarga de trabalho. Com isso, o adoecimento de trabalhadores é ampliado.

4.2.2 Relação das políticas e das práticas de recursos humanos com a Assistência

O vice-diretor de recursos humanos acredita que as políticas e as práticas de recursos humanos contribuem para o bom funcionamento da assistência, uma vez que buscam atender às necessidades dos trabalhadores:

Na medida em que ele tem as necessidades atendidas, os programas de qualidade do trabalho, programa de inserção do trabalhador, de capacitação. Tudo isso, na verdade, tem uma finalidade última, que é justamente o cumprimento dos objetivos da instituição, das metas, dos compromissos do hospital. O que a gente busca é isso com as práticas de RH que estão estabelecidas.

Da mesma forma, ele aponta como falha os momentos em que as políticas e as práticas de recursos humanos não são capazes de atender às necessidades pessoais, gerando conflito:

Então, às vezes, quando há esse conflito entre interesse individual e interesse institucional, a gente costuma ter problemas, conflitos. Você tem conflitos com o trabalhador e tem um conflito interno de você pender para um lado. Uma pessoa não quer trabalhar em determinado setor, não está se dando bem com o chefe, há um conflito, ou um gerente que não está sendo bem aceito pelos seus subordinados. Aí você tem que estar medindo isso aí, colocar uns valores para tomar uma decisão. Com isso, você acaba prejudicando uma pessoa ou outra, porque ela tem outros interesses.

Para ele, o grande desafio hoje é medir o impacto das práticas e das políticas de recursos humanos no trabalho assistencial. A analista de recursos humanos afirma que a contribuição está nas atividades de alocação de pessoal, de capacitação e de remanejamento de trabalhadores não adaptados nas áreas. Essas atividades contribuiriam para o funcionamento da assistência.

Os profissionais do setor de Recursos Humanos apontam ainda como entrave para a assistência a incapacidade de reposição de pessoal com a agilidade necessária ao bom funcionamento do hospital.

Para o coordenador médico, o setor de Recursos Humanos respalda o bom funcionamento da assistência quando trabalha com os dados a respeito do absenteísmo dos funcionários e das patologias inerentes às funções. No entanto, isso ainda é realizado de forma precária, e os trabalhadores deveriam ser mais bem cuidados:

Isso deveria ser mais cuidado: os funcionários ter mais assistência. Não têm. A assistência é muito precária. Basicamente, é questão de atestado. Em resumo, é isso. Programas de qualidade de saúde... Nada disso tem. Então, eu acho que precisava de crescer isso, saúde dos funcionários, para que a assistência seja melhor.

A vice-diretora de enfermagem aponta como contribuição das políticas e das práticas de recursos humanos o trabalho da educação permanente (executado internamente na enfermagem) e a existência de política de carreiras estruturada.

No entanto, ela afirma que não existe nem no hospital, nem na Universidade uma política de recursos humanos instituída. Por essa razão, o setor de Enfermagem criou as práticas e as políticas de recursos humanos próprias, visando à solução dos problemas diários. Ela gostaria que esta política fosse institucional, e não própria da Enfermagem:

Hoje, eu tenho dificuldade de ter uma política para o hospital. Isso que eu estou te contando existe para a Enfermagem, mas isso não tem que existir para Enfermagem, tem que existir para qualquer trabalhador que esteja na instituição (HBH2). Muito do que eu te falei, é o que nós fazemos para Enfermagem, porque a gente percebe que se não for feito a gente não trabalha. Então, como a gente precisa muito de trabalhar, e o nosso trabalho gera muitos conflitos, a gente fez a nossa política. Não precisa ser exatamente essa. O que a gente faz é vivência, que a gente aprendeu. Mas a política do (HBH2) deveria valer para todos. Isso nós não temos.

4.2.3 Formas de contratação de pessoal

No momento da coleta de dados, o HBH2 possuía 1.800 servidores, 1.050 celetistas (contratados por intermédio da fundação de apoio) e 500 funcionários terceirizados. Não havia números precisos a respeito dos cooperados, trabalhadores autônomos e vinculados à Universidade (residentes, bolsistas e estudantes da Universidade).

Todos os profissionais entrevistados reconhecem a existência de diferenciação entre a gestão dos profissionais com vínculos distintos, o que acarreta inúmeras dificuldades para a assistência. Para o vice-diretor de recursos humanos, enquanto os celetistas que não se adequam tendem a sair da instituição, os estatutários tendem a permanecer no hospital mesmo quando não adaptados:

Existe, como eu já falei, no caso do celetista, existe uma seleção natural, né? O trabalhador que ele de alguma forma não se adequa à instituição, ou por ele ou pela instituição, ele acaba saindo. De um jeito ou de outro, ele acaba saindo. O estatutário, não; ele pode não se adequar, estar insatisfeito, mas ele não sai. Então, você tem que lidar com essa pessoa, vamos dizer assim, desajustada. Você tem que estar lidando com ela o tempo todo.

A estabilidade dos estatutários gera diferenciação na postura dos trabalhadores, como descrito pelo vice-diretor de recursos humanos:

Por exemplo, o absenteísmo entre os estatutários é três vezes maior do que o do celetista, entendeu? Então, isso já mostra um comportamento, uma atitude que, assim, com o mesmo perfil, no mesmo setor, na mesma faixa etária, você tem um comportamento distinto. Adoece mais do que o outro. Não tem nada do aspecto sociodemográfico que justifica essa diferença de comportamento. Então, eu atribuo justamente ao regime, basicamente ao regime, entendeu, esse comportamento, porque no resto são todos iguais, a gente já fez essa distinção, esse grupo que é igual. Um está do lado do outro, um afeta mais do que o outro.

O coordenador médico concorda que a estabilidade gera nos trabalhadores estatutários falta de compromisso com a instituição. Ele percebe que as pessoas que possuem vínculos mais precários estão mais implicadas no processo da assistência. O vice-diretor de recursos humanos também ressalta o maior comprometimento dos trabalhadores celetistas, motivada, provavelmente, pelo medo de perder o emprego:

Você tem que respaldar as diferenças individuais. Você tem trabalhadores comprometidos, mais aptos, menos aptos, em qualquer uma das categorias. Mas, isolando essas variáveis todas, eu acho que você tem, pode ter, às vezes, uma, não sei, você pode ter um comprometimento maior do trabalhador celetista, né? Eu costumo dizer o seguinte, é a questão da motivação. Existe motivação para o bem e para o mal. Então, o medo de perder o emprego também é uma motivação. Essa motivação pode fazer até com que ele produza mais, renda mais, e tudo, se submeta a algumas situações em que, vamos dizer, que não são tão confortáveis, mais em função do trabalho.

No caso dos trabalhadores que são contratados por serviço, a gestão é dificultada, segundo o coordenador médico, pela fragilidade de vinculação. Segundo ele, não existem mecanismos de punição a serem aplicados nos casos de faltas. Essa situação reflete negativamente no trabalho assistencial:

Porque assim tanto o grau de responsabilidade do profissional com a instituição e da instituição com o profissional fica totalmente fragilizado, e a assistência cai. Reflete na assistência, sem dúvida. Por exemplo, você tem um plantonista do pronto-socorro, um médico, ele liga e fala que não vem... Mas, assim, ele tem o direito de fazer isso? Não tem o direito ético. Mas, assim, não tem nada que amarre. Você não pode puni-lo. O plantão vai ficar sem ele. Então, assim, esse vínculo é fundamental, não só para a assistência, mas para o profissional, para a saúde dele, a qualidade de emprego dele.

Além das questões institucionais, a vice-diretora de enfermagem aponta que a convivência de profissionais com diferentes vínculos de trabalho gera atritos na equipe que devem ser administrados pelas Coordenações. Os trabalhadores comparam os salários recebidos e acusam os colegas de trabalharem menos.

A vice-diretora de enfermagem defende o concurso público como forma de entrada no hospital e na incapacidade de realizá-lo, uma ampla divulgação do processo seletivo. Essa ampla divulgação permitiria a participação de um número maior de candidatos e uma amenização do fator pessoal na escolha.

A analista de recursos humanos tem opinião contrária. Ela acredita que a partir da seleção realizada internamente para a vinculação com base na CLT é possível a contratação de trabalhadores que estejam mais adequados ao perfil desejado, sendo

esta uma forma melhor de seleção. Segundo ela, nem sempre o concurso público garante o ingresso dos melhores profissionais, e por se tratar de um concurso genérico para a Universidade alguns profissionais designados para trabalhar no hospital não estão satisfeitos com a sua alocação:

Eu acho que o processo de seleção que a gente faz aqui ele dá mais suporte do que o concurso. O concurso dá muito problema, porque, às vezes, o funcionário não quer trabalhar no hospital. Como é um concurso da Universidade Federal, então eles vem pra cá, mas não gostam do ambiente hospitalar, por um motivo ou por outro, até por uma fantasia mesmo. Às vezes, acabam se adaptando, e não tem problema, mas, muitas vezes, eles ficam aqui o tempo todo pedindo remoção, querendo sair do hospital.

Apesar de todas essas diferenças, os gestores assistenciais afirmam que no dia a dia procuram tratar os profissionais da mesma maneira, independente do vínculo que possuem com a instituição.

O Quadro 9 resume os resultados encontrados no HBH2.

(continua)

Categorias de análise	Dimensões	Dados colhidos	Resultado
Políticas e práticas de recursos humanos	Entrada: melhorar o recrutamento	Processo de recrutamento e seleção	A entrada no HBH2 se dá basicamente por meio de dois processos: concurso público (realizado para a Universidade) e seleção realizada pelo setor de Recursos Humanos (para contratação através da fundação de apoio da Universidade).
	Melhorar o desempenho (emprego)	Existência de descrição de postos de trabalho	Os postos de trabalho do hospital são descritos no Plano de Cargos e Salários da Universidade. As descrições são genéricas, não contemplam as especificidades do trabalho nos setores, não são divulgadas e não são utilizadas para fins de gestão.
		Existência, clareza e divulgação de normas e códigos de conduta	É seguido, no caso dos servidores, o Regime Jurídico Único. Para o trabalhador celetista não existe nada escrito. Portanto, são usadas as mesmas normas. O Regime Jurídico Único é divulgado na entrada dos trabalhadores na instituição e encontra-se disponível no setor de Recursos Humanos para eventual consulta.

Categorias de análise	Dimensões	Dados colhidos	Resultado
		Gestão de habilidades combinadas às tarefas	Não existe um programa formal de adequação das habilidades dos profissionais às tarefas a serem executadas; apenas a tentativa informal dos profissionais do setor de Recursos Humanos. A gestão do quantitativo de trabalhadores é realizada a partir da avaliação dos pedidos de reposição realizados pelas Coordenações, não existindo um quadro de pessoal definido para cada área do hospital.
		Supervisão	A supervisão dos trabalhadores é realizada diretamente pelas Coordenações. O papel do setor de Recursos Humanos é mediar os conflitos entre as partes, caso estes ocorram.
Melhorar o desempenho (sistema de apoio)		Remuneração em relação ao mercado (percepção dos gestores)	Os salários pagos pelo hospital variam de acordo com o vínculo do funcionário e são definidos mediante negociações com os representantes das duas categorias. O salário dos efetivos está na média de mercado e o dos trabalhadores contratados via fundação, encontram-se defasados.
		Canais formais e informais de comunicação	A instituição possui diversos canais institucionais de comunicação, tais como a internet, a intranet e os ofícios circulares. Existem canais especiais de comunicação para a enfermagem.
		Infraestrutura e suprimentos gerais do hospital	A percepção dos profissionais do setor de Recursos Humanos é de que a infraestrutura está adequada, mas para os gestores assistenciais ela está longe de ser satisfatória. O hospital possui todos os suprimentos necessários ao trabalho assistencial, podendo, no entanto, avançar na gestão e no controle de materiais e medicamentos.
Melhorar o desempenho (ambiente favorável)		Aprendizado contínuo (programas e práticas)	Existe uma tentativa insipiente de capacitação dos trabalhadores. Na área de Enfermagem existe um plano estruturado de educação continuada. As necessidades de treinamento geral do hospital são levantadas anualmente. O retorno dos treinamentos realizados não é avaliado.
		Gestão de equipes	O trabalho em equipe é incentivado por meio das reuniões colegiadas. Os entrevistados acreditam que os trabalhadores conhecem os objetivos do próprio trabalho. Quando aos objetivos do hospital, não têm a mesma certeza do conhecimento geral. Não existe um sistema estruturado de premiação. As punições aplicadas aos trabalhadores estatutários são as previstas no Regime Jurídico Único. Para os trabalhadores celetistas, as regras de punição não estão descritas.
		Responsabilidade com responsabilização	A autonomia das Coordenações do hospital é restrita, existindo apenas algumas possibilidades de negociações. A responsabilização individual dos trabalhadores acontece de maneira informal.

Categorias de análise	Dimensões	Dados colhidos	Resultado
	Saída: gestão da rotatividade dos trabalhadores	Gestão da rotatividade	A gestão do número de trabalhadores que deixam o hospital é realizada por meio dos indicadores de rotatividade e das entrevistas de desligamento. Os dados produzidos pelos profissionais do setor de Recursos Humanos não são divulgados rotineiramente para as Coordenações. A percepção é de que a saída de trabalhadores celetistas é maior quando comparada aos desligamentos de estatutários e de que a rotatividade afeta o trabalho assistencial.
Relação das políticas e das práticas de Recursos Humanos com a Assistência	Percepção dos gestores de RH da relação	Percepção dos gestores de RH da relação	As políticas e as práticas de recursos humanos contribuem para o bom funcionamento da assistência, na medida em que busca atender as necessidades dos trabalhadores e auxiliam na alocação, capacitação e no remanejamento (conclusão) de pessoal adaptados nas áreas. O entrave seria a incapacidade de reposição de pessoal com a agilidade requerida para o bom funcionamento assistencial.
	Percepção dos gestores da assistência sobre a relação	Percepção dos gestores da Assistência sobre a relação	As contribuições estariam no trabalho com os dados de absenteísmo dos funcionários, mesmo que realizado de forma precária, na existência de política de carreiras estruturada e no trabalho da educação permanente (executado internamente na Enfermagem). Como entrave é destacado o fato de não existir nem no hospital nem na Universidade uma política de recursos humanos instituída.
Formas de vinculação de pessoal	Forma de vinculação predominante no hospital	Número de funcionários com cada tipo de vinculação	A instituição possui: 1.800 servidores, 1.050 celetistas e 500 funcionários terceirizados. Não havia números precisos a respeito dos cooperados, trabalhadores autônomos e vinculados à Universidade (residentes, bolsistas e estudantes da Universidade).
		Existência de gestão diferenciada dos diversos grupos de vinculação em um mesmo hospital	Todos os profissionais entrevistados reconhecem a existência de diferenciação entre a gestão dos profissionais com vínculos distintos, o que acarreta inúmeras dificuldades para a Assistência.

Quadro 9 - Estudo de caso HBH2

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 Estudo de caso HBH3

O HBH3 é uma particular instituição filantrópica. Trata-se de um hospital geral, que possui 233 leitos. No momento da coleta de dados, 90% de seus atendimentos eram pelo SUS. No entanto, uma das metas da instituição é de baixar esse percentual para 60% (limite mínimo que assegura que o hospital seja considerado filantrópico), visando à sustentabilidade financeira.

4.3.1 Políticas e práticas de recursos humanos no HBH3

4.3.1.1 Recrutamento e seleção

O processo seletivo no HBH3 é realizado internamente, para contratação com base em regras da CLT. O processo de recrutamento e a seleção de novos trabalhadores acontece quando existe alguma vaga em aberto, fruto de desligamento espontâneo ou por iniciativa da instituição. O processo começa oficialmente com a chegada da requisição de pessoal ao setor.

Depois de realizado o alinhamento de expectativas entre a Coordenação e o profissional do setor de Recursos Humanos quanto ao novo trabalhador, a vaga é divulgada. Os currículos recebidos são analisados e, por meio de contato telefônico, é feito o convite para a participação no processo seletivo. A primeira etapa presencial consiste em uma entrevista coletiva. Os aprovados nesta etapa passam por avaliação técnica. Se aprovados, promove-se a avaliação do perfil de competência. Os aprovados na última são encaminhados para dinâmica de grupo, entrevista individual e entrevista técnica. Quando dois candidatos apresentam desempenho similar nas etapas de seleção, o critério de desempate é a indicação por um funcionário do HBH3.

A meta do recrutamento e seleção é prover um profissional em 15 dias úteis para o trabalho no hospital. Esta meta está sendo atualmente revista, uma vez que tem sido alcançada em 90% dos casos. Existe uma proposta de que a meta seja estabelecida em 12 dias úteis.

O processo seletivo é avaliado pelos profissionais do setor de Recursos Humanos como capaz de respaldar a assistência. No entanto, ele é dificultado pela falta de opções de profissionais qualificados disponíveis no mercado. Explica a gerente de recursos humanos:

Hoje, as pessoas têm mais estudo, mas o nível emocional e comportamental está muito ruim. A maioria das escolas não estão tão preparadas. O processo é adequado, mas as pessoas que entram não são as adequadas.

Por essa razão, criou-se o projeto denominado “Comunidade”, cuja intenção é capacitar moradores do entorno do hospital para o trabalho. Declara a gerente de recursos humanos: “Ao invés de reprová-los na seleção, vamos prepará-los antes de vir para a instituição. De verdade, eu acredito que essa é a forma mais adequada”.

O processo de recrutamento e seleção acontece para todos os cargos do hospital, exceto o de médico, que se dá como trabalhador autônomos, com base na escolha pela diretora clínica (também contratada como autônoma). Portanto, o setor de Recursos Humanos não é responsável pela gestão desse quadro.

4.3.1.2 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – emprego

Todos os cargos do HBH3 foram descritos em 2007, com base em trabalho desenvolvido por uma consultoria externa. Essas descrições são revistas periodicamente. Na última revisão realizada, foi somado às descrições das atividades o perfil de competências necessário para o cargo.

A divulgação das descrições, segundo a gerente de recursos humanos, é de responsabilidade dos gestores assistenciais, cabendo ao setor de Recursos Humanos estimulá-los a fazê-lo e definir as diretrizes para tal. No entanto, a analista de recursos humanos e a gerente de enfermagem afirmaram que a divulgação acontece apenas para os líderes das áreas, não sendo repassadas as informações aos profissionais.

Não existe código de conduta formalizado para os trabalhadores do HBH3. O código que existia está sendo reformulado pelo setor Jurídico, com o objetivo de adequar-se

aos novos objetivos institucionais. Segundo as gestoras de recursos humanos, uma parte do código de conduta – o Manual de Gestão de Pessoas e Equipes – é entregue a todas as lideranças. Contém as orientações legais que dizem respeito ao Departamento Pessoal e à Medicina do Trabalho.

Para a gerente de enfermagem, a padronização das ações por meio de código de conduta faz falta nas atividades cotidianas da assistência. Como não existem regras claras, os setores punem de maneira diferenciada atitudes similares dos funcionários:

Quais são as suas medidas disciplinares? Totalmente... A forma de aplicar é a mesma, mas com critérios diferentes. Então, isso eu acho que falta ter esse alinhamento na instituição.

Está em fase final a implantação do modelo de gestão por competências no HBH3. Em todos os setores foi realizado o mapeamento das competências necessárias aos cargos existentes. Com isso, a gestão de pessoal passa a ser feita levando-se em consideração as habilidades, as atitudes e os conhecimentos dos funcionários. Esclarece a analista de recursos humanos:

O levantamento de necessidade de treinamentos, para ele pedir um determinado treinamento, ele já está inserido no contexto de fazer a gestão por competência. Ainda não existe avaliação por competências. Está sendo implantado agora, com os últimos setores que faltam. Aí já começa a avaliação de desempenho por competência.

O controle do quantitativo de pessoal é realizado de perto pelas profissionais do setor de Recursos Humanos. O dimensionamento de quadro é acompanhado pelo Departamento Pessoal. Para a gerente de recursos humanos, esta é uma grande questão de recursos humanos na instituição hoje:

Vou te falar assim que esse é o gargalo; é a pedra no caminho do RH. E tem hora que o pessoal acha que tem gente demais, e a gente sempre acha que tem gente de menos. Mas é um monitoramento assim, muito ativo aqui no hospital.

Vale ressaltar que o setor de Recursos Humanos está hierarquicamente ligado à Superintendência do hospital. Já o setor de Medicina e Segurança do Trabalho e o de Departamento Pessoal, apesar de terem tarefas ligadas ao de Recursos Humanos, não são ligados a este estruturalmente.

As decisões a respeito das mudanças no quantitativo de pessoal, quando necessário, acontecem no Colegiado Gestor, órgão do qual a gerente de recursos humanos está vinculada. Neste fórum, são decididas as melhores estratégias de cobertura de pessoal nos casos específicos de aumento de demandas de atendimentos.

A supervisão é realizada nos setores pelas pessoas que estão em posição de gerência ou de coordenação de equipe. A responsabilidade desses profissionais consiste em orientar, capacitar e supervisionar a execução das atividades, enquanto o setor de Recursos Humanos tem o papel de contribuir para o fortalecimento da gestão, mediante o acompanhamento dos coordenadores no formato de consultoria interna. Com isso, os profissionais do setor de Recursos Humanos procuram, prioritariamente, orientar os coordenadores para a gestão de pessoal, conversando diretamente com os funcionários somente quando essa primeira alternativa falha. Declara a gerente de recursos humanos:

Toda vez que um colaborador começa a ter um problema de absenteísmo ou tem algum problema, a gestora conversa com a consultora do RH ou comigo. A gente orienta. E se esse problema permanece por mais uma vez, a gente não espera a segunda; essa pessoa vai até o RH. Até quando vai ao RH, a gente acaba tendo um feedback de como foi a conversa da coordenadora com ele. Se ela não foi assertiva, a gente para o atendimento ali, para que ela conduza essa supervisão de uma forma mais proficiente. Se foi, e precisa de uma orientação mais profunda, a gente acaba fazendo. Então tem todo o fortalecimento da Coordenação, mas tem o acompanhamento da instituição também.

Na área de Enfermagem, os enfermeiros são responsáveis pela supervisão dos profissionais técnicos. Os coordenadores supervisionam os enfermeiros e são supervisionados pela coordenadora geral de enfermagem. O processo de supervisão, segundo a gerente de enfermagem, é realizado por meio de reuniões:

Então, a gente reúne sistematicamente aqui. Então, a gente desenha. Eu tanto dou as diretrizes quando a gente constrói algum plano operativo estratégico aqui: estratégico, tático para a gente ir lá e reproduzir no operacional. Os coordenadores também fazem esse trabalho com os enfermeiros. Reúne o grupo e faz uma construção conjunta. Daí para frente, ou daí pra trás, pensando no nível mais operacional, a gente tem uma relação muito tranquila, muito participativa. Mas eu não sei exatamente se eles ainda estão

no nível de proatividade, porque esse nível fica muito no reclamar, e não no construir.

4.3.1.3 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – sistema de apoio

Todos os anos o setor de Recursos Humanos realiza uma pesquisa salarial para avaliar a adequação dos salários ao mercado. A meta é que pelo menos 75% dos cargos tenham sua remuneração na média do primeiro quartil. Atualmente, esse percentual é de 76%.

Na opinião da gerente de recursos humanos, o grande problema do hospital no que diz respeito às remunerações são os cargos de enfermagem. O grande quantitativo de profissionais nesta categoria inviabiliza a adequação dos salários, que hoje estão 20% abaixo da média de mercado. A defasagem acontece pela falta de reajustes dos salários ao longo dos anos.

Essa situação dificulta a atração e a retenção de profissionais qualificados. Buscando compensar as questões salariais, o setor de Recursos Humanos se esforça para criar um ambiente de trabalho agradável. Explica a gerente de recursos humanos:

Então, a gente cria muito, ações para a gente tentar melhorar o clima interno. A gente sabe que, às vezes outras ações, um ambiente de trabalho agradável, pode fazer com que pessoas tomem uma decisão de não sair para ganhar um pouco mais, mas é difícil.

A questão da satisfação dos trabalhadores foi avaliada em pesquisa de clima organizacional. Constatou-se que o nível de insatisfação com relação aos salários encontra-se em torno de 70%. Existe ainda a queixa constante da falta de plano de saúde.

A comunicação formal do HBH3 se dá de várias formas, tais como: cartões colocados na mesa do refeitório, murais, jornal interno (informativo do hospital), internet, intranet, e-mails e reuniões periódicas. As gestoras de recursos humanos afirmam que a comunicação se dá abertamente, sendo que este setor está sempre à disposição dos funcionários.

As informações sobre a execução das atividades assistenciais estariam também disponíveis a todos os trabalhadores. Aponta a analista de recursos humanos:

A gente sempre preconiza muito o que é. Uma coisa que já possa ser divulgada e que esteja alinhada com uma questão estratégica, de cultura deve ser divulgada. Então, o nosso mural e o jornal são recheados de informações o tempo todo.

A gerente de enfermagem acredita que as demandas dos funcionários são expressas livremente nas reuniões da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). Outra forma de demandar seria a conversa direta com o coordenador.

Com relação à infraestrutura do hospital, trata-se de uma construção de 66 anos, e por isso existe espaço para melhoras. Para que essas reformas sejam possíveis, são conseguidas verbas por intermédio de vários parceiros da instituição. Explica a gerente de recursos humanos:

Então, a gente conseguiu agora uma verba de dois milhões para mudar toda a fiação do hospital. São coisas que ninguém vê, que está dentro da parede. A gente queria mudar é a entrada do hospital, criar sofás mais confortáveis para os acompanhantes, porque é coisa que as pessoas valorizam mais. Mas não tem jeito. Então, a estrutura é tão complexa que a gente está mexendo no que é básico, saneamento. Eu falaria, ela está 50% adequada e precisa ser mexida 50%.

Para a coordenadora de enfermagem, a infraestrutura possibilita o bom atendimento ao paciente, não descartando, no entanto, possibilidades de melhora. Ressalta, ainda, que o hospital conta com um bom parque tecnológico.

Segundo todos os profissionais entrevistados, os suprimentos (material médico e medicamentos) estão à disposição dos profissionais, contribuindo para um bom atendimento ao paciente. Também é preconizado o bom uso dos materiais, sendo realizados trabalhos para a conscientização, buscando evitar desperdícios.

4.3.1.4 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – ambiente favorável

O aprendizado contínuo acontece no HBH3 por meio de treinamentos promovidos pelo setor de Recursos Humanos e pela educação continuada (área ligada à Enfermagem).

As necessidades de treinamento são levantadas a partir de formulário próprio, disponível no setor de Recursos Humanos. Os coordenadores preenchem o documento e o setor de Recursos Humanos faz a qualificação das demandas. Segundo a gerente, para que um treinamento solicitado seja realizado, ele deve contribuir diretamente para o desenvolvimento de competências intimamente relacionadas ao cargo que o trabalhador ocupa. Uma vez constatada a necessidade do treinamento, avaliam-se a viabilidade financeira para tal e o retorno do investimento a ser realizado:

A gente não faz nenhum treinamento que não vai ter retorno. Antes, a gente fazia. Chamava todo mundo pra uma sala de aula, fazia aquele tanto de ação. Agora, não. Agora, tem que ser voltado para o resultado.

Caso a avaliação constate que o retorno do treinamento será maior que o investimento, o setor de Recursos Humanos trabalha a demanda internamente ou busca parceiros externos. Um dos projetos de responsabilidade do setor busca o desenvolvimento de lideranças. Seus objetivos são: apresentar o projeto de gestão de pessoal; ampliar os conceitos e ferramentas para essa gestão e desenvolver o modelo de liderança, propiciando a capacidade de autogestão, o estabelecimento e o cumprimento de metas e a identificação de melhores soluções.

A gerente de enfermagem afirma que as iniciativas de capacitação partem, na maioria das vezes, do próprio setor. A Enfermagem possui um programa de educação continuada, em que são criadas capacitações para os níveis técnico e superior. Essa capacitação acontece no momento da admissão de um novo funcionário e ao longo de sua vida funcional na instituição. Para a realização dos treinamentos, conta-se com o apoio do setor de Recursos Humanos, sempre que solicitado.

Também faz parte das atribuições dos enfermeiros promover a capacitação da equipe de enfermagem dos setores. A gerente de enfermagem resume:

Fica uma capacitação por conta da educação continuada e uma capacitação por conta do setor. É um compromisso que a gente firmou enquanto indicador também, para poder sempre estar estimulando, pra não ter essa coisa de isso é coisa lá da educação continuada.

Todos os treinamentos e capacitações realizadas no HBH3 são avaliados. A analista de recursos humanos explica que essa avaliação é muito abrangente e se dá em cinco níveis:

A gente tem a avaliação de reação, a avaliação pré-teste e pós-teste, avaliação de comportamento, dependendo do treinamento. Se você quer uma mudança imediata, você vai ver a questão da avaliação da aprendizagem e mudança de comportamento, até a gente chegar no retorno de investimento.

Quando os funcionários novos ingressam no hospital, recebem explicações sobre as tarefas, os direitos e os deveres. Por essa razão, as gestoras de recursos humanos acreditam que eles conheçam os objetivos de seu trabalho. Segundo a gerente de recursos humanos, os objetivos também foram reforçados no mapeamento de competências, quando ficaram estabelecidos o papel de cada cargo nos setores e as formas de contribuição individual. No entanto, a gerente de enfermagem não soube responder se os trabalhadores conhecem os objetivos do trabalho.

Os objetivos do HBH3 são maciçamente divulgados. Segundo a analista de recursos humanos, a pesquisa de clima apontou que a maioria dos trabalhadores conhece a missão, a visão e os valores da instituição. Para ela, na prática, o importante é que todos estejam trabalhando alinhados aos objetivos institucionais. A gerente de enfermagem acredita que as mudanças dos objetivos do hospital, mesmo tendo acontecido por meio de eventos e de um teatro corporativo, poderiam ainda ser intensificadas.

Em relação à premiação dos funcionários, não existe um programa estruturado. Segundo a gerente de recursos humanos, na medida do possível, o desempenho satisfatório em relação às metas acordadas é recompensado. Uma forma de recompensa seria o patrocínio de participação em congressos e eventos externos. Outra forma é uma homenagem realizada no hospital, com a presença das Coordenações, quando são entregues cartões em nome da Presidência. Para a equipe

operacional o reconhecimento é realizado mediante a liberação do trabalho por um dia.

A analista de recursos humanos ainda cita como formas de valorização a possibilidade de frequentar treinamentos e as festas de confraternização em datas comemorativas. Para ela, a festa de final de ano é o momento ideal para integrar e reconhecer todos os resultados gerados.

Quando os trabalhadores não faltam e nem chegam atrasados ao longo do mês, é fornecido um cartão alimentação como prêmio de assiduidade. Antigamente, os coordenadores liberavam o fornecimento do cartão mesmo àqueles que não cumpriam os requisitos, mas essa possibilidade foi extinta, para que o cartão realmente cumpra o seu papel de motivar os trabalhadores. Quanto ao resultado desse mecanismo, a gerente de recursos humanos afirma: “A gente diminuiu muito a questão do atraso, mas da falta, não. Se a pessoa tiver que faltar, ela não vai pensar no cartão. Mas o atraso, sim, a gente diminuiu muito”.

Com relação às reações dos trabalhadores a respeito dos prêmios, a percepção é de que eles valorizam o que é concedido.

As punições aplicadas variam desde a anotação na ficha funcional até a advertência verbal, aplicada pelo coordenador. Caso o problema persista, o funcionário é chamado ao setor de Recursos Humanos, quando é aplicada uma advertência verbal, pelo profissional do setor de Recursos Humanos, e uma advertência escrita, pelo coordenador. Segundo a gerente da área, esse procedimento de advertir é evitado ao máximo, mas, dependendo do erro, principalmente em se tratando de falha assistencial, é aplicado.

A percepção é de que, na maioria das vezes, os profissionais entendem os motivos pelos quais estão sendo punidos.

A necessidade do trabalho em equipe é enfatizada por meio da definição clara dos papéis na assistência e de eventos, tais como o teatro corporativo. Destaca a analista de recursos humanos:

Aqui na instituição a gente trabalha muito diretamente essa questão de que as pessoas precisam estar integradas enquanto equipe, setor, para a geração do resultado.

O resultado dos setores é acompanhado pela metodologia denominada “painel de bordo”, que aponta o posicionamento de cada área com base nas metas previamente definidas. Com isso, o gestor acompanha o trabalho de sua equipe e tem o papel de envolver a todos na busca de resultados positivos.

Mesmo envolvidos na geração de resultados, não ocorre a participação dos trabalhadores operacionais na gestão. Essa participação é assegurada até o nível das Coordenações. Explica a gerente de enfermagem:

Então, a gente ainda não chegou nesse nível do operacional, mas é um desejo. De um modo geral, a gente pode dizer que aqui a gente tem uma gestão muito participativa, muito aberta, de liberdade de expressão, de construção mesmo, a gente vem construindo.

As decisões estratégicas do hospital passam por um grupo gestor, que conta com cinco representantes dos setores: gerente de recursos humanos, gerente de enfermagem, diretor clínico, gerente financeiro e gerente de suprimentos. Esse grupo é responsável por dar o suporte à alta administração, providenciar soluções para os problemas imediatos e apoiar as decisões. Para a gerente de recursos humanos, dessa forma, todos estão representados na gestão:

Um técnico de enfermagem não participa desse grupo gestor, mas eu tenho uma representante, que é a gerente de enfermagem, que participa e reproduz as questões, necessidades dessa equipe no grupo gestor. Aí, leva para o grupo, para a tomada de decisão.

Quanto à autonomia de gestão dos coordenadores, esta é limitada. Algumas decisões não cabem exclusivamente aos gestores das áreas e não podem ser feitas modificações que aumentem o custo dos setores.

Os trabalhadores são responsabilizados individualmente pelo resultado de seu trabalho de maneira informal. O trabalho individual é visto como necessário, pois contribui com a equipe e é importante para atingir os objetivos gerais. A analista de recursos humanos explica:

É totalmente compartilhado. E tem uma Coordenação que estão juntos e assumem tanto os erros quanto aos acertos. E, para se responsabilizar individualmente, só as questões do dia a dia. Mas na questão do resultado maior é totalmente compartilhada. O acerto é do grupo e o erro, quando acontece, a Supervisão e Coordenação está junto, de assumir e levar para uma ação corretiva.

4.3.1.5 Gestão da saída de trabalhadores

O setor de Recursos Humanos acompanha os trabalhadores que vêm apresentando dificuldades de adaptação. O desligamento é visto como o último recurso. Uma vez desligados, todos passam por entrevista no setor. A partir dos dados das entrevistas, são produzidos relatórios mensais, apontando as causas das saídas e a iniciativa (a pedido do funcionário ou da instituição), estratificados por setor. Estes relatórios são entregues às Coordenações, para que tenham conhecimento do que está acontecendo nas áreas. Para a gerente de recursos humanos, esta é a melhor forma de diagnóstico dos setores.

Não existe nenhum programa específico para a administração das saídas. No entanto, a gerente de recursos humanos aponta as ações promovidas para a melhoria do clima interno:

São feitas ações, muitas ações, mas não estão dentro de programas específicos. É, por exemplo, tanto ações de treinamentos, capacitação. Então, assim, todas as ações visam uma melhoria do clima interno e os resultados institucionais. Então, influencia no *turnover*. Mas se você pensar assim, existe algum programa de capacitação e retenção, que é o que eu acho que seria isso, não eu não tenho programa de capacitação e retenção.

A saída de pessoal tem grande impacto na assistência, na visão da gerente de enfermagem e da gerente de recursos humanos. Este impacto acontece em vários sentidos. Para a gerente de recursos humanos, com o acúmulo de profissionais inexperientes no setor a questão da liderança fica fragilizada. Isso acontece porque o coordenador precisa dedicar grande parte do seu tempo aos treinamentos assistenciais, diminuindo o tempo disponível a ser investido nas atividades de gestão. Além disso, ela ainda aponta o prejuízo na visão do cliente (que, ao ser atendido no

hospital, depara-se com profissionais recém-chegados) e a questão do desperdício (uma vez que os novatos tendem a gastar mais material).

No entanto, o principal impacto citado é a troca de profissionais já capacitados por outros que necessitam de treinamento, uma vez que, na maioria das vezes, os trabalhadores entram na instituição sem experiência e acabam adquirindo prática com o tempo. Quando saem, são repostos por pessoas inexperientes novamente. A maior perda seria, então, a do capital intelectual:

Então, tem o impacto na questão do cliente, da gestão e na questão financeira. E tem o impacto maior, que é intangível, que é o impacto intelectual. Toda vez que sai alguém, ele leva uma história da instituição. E, aí, isso pra Assistência, isso é crucial.

A gerente de enfermagem afirma que a rotatividade já foi maior, diminuindo após reajuste dos salários em 2010. Essa grande saída de trabalhadores afetava muito o trabalho assistencial, chegando a comprometer os objetivos dos setores, conforme declara:

Então, a gente... Inclusive, os nossos resultados estavam extremamente comprometidos. Porque você começa... A pessoa pode vim até com uma prática do dia a dia, né, mas, ela chega aqui, é um campo novo pra ela. E, muitas das vezes, a gente pegava a pessoa ainda sem experiência, que não é um problema, mas, a partir do momento que você não vê o retorno do investimento feito, não dava tempo.

Somente a analista de recursos humanos acredita que o trabalho desenvolvido pelo setor é capaz de impedir que a saída de profissionais tenha impacto no trabalho assistencial.

4.3.2 Relação das políticas e das práticas de recursos humanos com a Assistência

Para a analista de recursos humanos, os processos de seleção e capacitação de pessoal, tais como estruturados, dão respaldo ao bom funcionamento da Assistência.

Para a gerente de recursos humanos, a maior contribuição do seu setor é o trabalho de fortalecimento da gestão de pessoas, mediante a criação de um objetivo comum:

A grande contribuição do trabalho de RH é montar esse objetivo em comum; é criar um ambiente onde os pares conversam e é uma competição saudável. Eu acho que o grande resultado é essa abertura. É o RH de portas abertas, que não está atrás da mesa fazendo gestão de pessoas, mas está fazendo gestão de pessoas para desenvolver as lideranças. Ainda não está 100%, mas é um caminhar que a gente alavancou muito. A gente vê as pessoas mais desenvolvidas, assim, bem melhor.

No entanto, nem sempre esse processo acontece no ritmo esperado. Acrescenta a gerente de recursos humanos:

O fortalecimento da gestão ainda é algo que a gente tem trabalhado muito. Tudo que a gente pode a gente tem feito. A gente faz *workshop* em hotel fazenda... E isso é muito caro, isso é um recurso que tem sido invertido. A gente tem que comprovar, então... A expectativa do RH é que as pessoas tivessem mais alinhadas, mais fortalecidas enquanto liderança. Não estão. [...] Mas a expectativa, a nossa velocidade está maior que o nosso processo de gestão como um todo. Mas está caminhando.

Quando perguntadas a respeito dos entraves das políticas e das práticas de recursos humanos como estruturadas, as gestoras de recursos humanos afirmaram que o maior problema não se encontra no hospital, mas sim em questões do mercado de trabalho. Esclarece a analista de recursos humanos:

O mercado não nos atende na questão de profissionais qualificados. Mas, enquanto prática nossa, o mercado não está nos atendendo. Mas o que vamos fazer depois que a pessoa está aqui para que ele passe a nos atender? Então, é a gente começar a sair desse quadrado, de ver só o problema e não enxergar a solução. Então, vamos fazer o que para capacitar as pessoas? Programas para formação de pessoas da comunidade. A gente tem a expectativa que as pessoas venham trabalhar com a gente. Então, vamos capacitar a comunidade para o trabalho.

O setor de Recursos Humanos ainda deve avançar na gestão do quadro médico. A contratação como pessoa jurídica exclui a capacidade de gestão de recursos humanos sobre essa categoria, sendo esse um dos desafios do setor. Explica a gerente:

Eu queria muito que os médicos estivessem envolvidos há mais tempo. O nosso corpo clínico é humanizado. Eles têm um tratamento diferenciado, mas não estão envoltos no que é a gestão do HBH3. [...] São os médicos que fazem o hospital; eles que trazem o paciente para cá. Mas é a única categoria que eu tenho a expectativa de envolver, mas ainda não foi possível.

Na visão da gerente de enfermagem, a relação com os profissionais de recursos humanos é positiva e os processos de gestão de pessoal são realizados de forma conjunta. No entanto, essa gerente tem dificuldade de perceber a real contribuição das políticas e das práticas de recursos humanos para a Assistência:

Você pergunta e a gente para e pensa. Nesse aspecto, tem uma lacuna, esse aspecto tem uma lacuna. Na verdade, assim, se houvesse algo mais concreto, não teria tido tanto *turnover*. E, realmente, assim, a gente não conseguiu fazer. Teve que entrar no aspecto financeiro para realmente surtir esse efeito. Confesso que assim, parando e pensando, tem essa lacuna, sim.

4.3.3 Formas de contratação de pessoal

O HBH3 contava no momento da entrevista 950 trabalhadores contratados pela CLT. Destes, 860 se encontravam ativos, estando os demais licenciados. Os médicos são contratados como pessoas jurídicas e somam ao efetivo 240 profissionais. Além disso, estão fazendo residência no hospital 70 médicos, vinculados ao MEC.

A diferença entre a gestão dos celetistas e a dos contratados como pessoa jurídica prende-se à falta de gestão de recursos humanos da segunda categoria.

O Quadro 10 resume os resultados encontrados no HBH3.

(continua)

Categorias de análise	Dimensões	Dados colhidos	Resultado
Políticas e práticas de recursos humanos	Entrada: melhorar o recrutamento	Processo de recrutamento e seleção	O processo seletivo é realizado internamente, para contratação por meio das regras da CLT, de trabalho conjunto dos profissionais do setor de Recursos Humanos e das Coordenações. O processo de recrutamento e seleção de novos trabalhadores acontece quando existe alguma vaga em aberto, fruto de desligamento espontâneo ou por iniciativa da instituição.
	Melhorar o desempenho (emprego)	Existência de descrição de postos de trabalho	Todos os cargos foram descritos em 2007. Essas descrições são revistas periodicamente. Na última revisão realizada, foi somado às descrições das atividades o perfil de competências necessário para o cargo. A divulgação das descrições acontece apenas para os líderes das áreas.
		Existência, clareza e divulgação de normas e códigos de conduta	Não existe código de conduta formalizado. O código que existia está sendo reformulado pelo setor Jurídico, com o objetivo de adequar-se aos novos objetivos institucionais. Para a gerente de enfermagem, a padronização das ações por meio de código de conduta faz falta nas atividades cotidianas da assistência.
		Gestão de habilidades combinadas às tarefas	Está em fase final de implantação o modelo de gestão por competências. Em todos os setores foi realizado o mapeamento das competências necessárias aos cargos existentes. Com isso, a gestão de pessoal passa a ser feita levando-se em consideração as habilidades, as atitudes e os conhecimentos dos funcionários. O controle do quantitativo de pessoal é realizado de perto pelas profissionais do setor de Recursos Humanos, sendo este um grande desafio na instituição.
		Supervisão	A supervisão é realizada nos setores pelos gerentes e coordenadores de equipe. A responsabilidade desses profissionais é orientar, capacitar e supervisionar a execução das atividades, enquanto ao setor de Recursos Humanos cabe contribuir para o fortalecimento da gestão.
	Melhorar o desempenho (sistema de apoio)	Remuneração em relação ao mercado (percepção dos gestores)	Os salários são definidos a partir de avaliação do mercado. O grande problema são as remunerações dos cargos de enfermagem, que estão defasadas. Essa situação dificulta a atração e a retenção de profissionais qualificados. A questão da satisfação dos trabalhadores foi avaliada em pesquisa de clima organizacional, tendo-se constatado que 70% dos trabalhadores estão insatisfeitos com a sua remuneração.
		Canais formais e informais de comunicação	A comunicação formal se dá de várias formas, tais como: cartões colocados na mesa do refeitório, murais, jornal interno, internet, intranet, e-mails e reuniões periódicas. As informações para a execução das atividades assistenciais estariam disponíveis a todos os trabalhadores.

Categorias de análise	Dimensões	Dados colhidos	Resultado
	Melhorar o desempenho (ambiente favorável)	Infraestrutura e suprimentos gerais do hospital	Mesmo existindo espaço para melhoras, a infraestrutura do hospital não atrapalha o bom atendimento ao paciente. Os suprimentos (material médico e medicamentos) estão à disposição dos profissionais, contribuindo para um bom atendimento ao paciente.
		Aprendizado contínuo (programas e práticas)	O aprendizado contínuo acontece por meio de treinamentos promovidos pelo setor de Recursos Humanos e pela educação continuada (área ligada à Enfermagem). As necessidades de treinamento são levantadas a partir de formulário próprio. Uma vez constatada a necessidade do treinamento, avaliam-se a viabilidade financeira para tal e o retorno do investimento. Todos os treinamentos e capacitações realizadas no hospital têm seu retorno avaliado.
		Gestão de equipes	A necessidade do trabalho em equipe é enfatizada pela definição clara dos papéis na assistência, das metas por setores e dos eventos realizados. Os trabalhadores conhecem os objetivos do seu trabalho (explicados quando ingressam no hospital) e da instituição (são maciçamente divulgados). Não existe um programa de premiação estruturado; apenas algumas ações isoladas. As punições são aquelas definidas na CLT. Não existe a participação dos trabalhadores operacionais na gestão, a participação é assegurada até o nível das Coordenações.
		Responsabilidade com responsabilização	A autonomia de gestão dos coordenadores é limitada. Algumas decisões não cabem exclusivamente aos gestores das áreas e não podem ser feitas modificações que aumentem o custo dos setores. Os trabalhadores são responsabilizados individualmente pelo resultado de seu trabalho de maneira informal.
		Saída: gestão da rotatividade dos trabalhadores	O setor de Recursos Humanos produz relatórios a partir dos números de saídas e das entrevistas de desligamento que são entregues aos coordenadores das áreas. Não existe programa específico para a administração das saídas, mas sim a tentativa de melhoria do clima interno. A saída de pessoal impacta a assistência.
Relação das políticas e das práticas de Recursos Humanos com a Assistência	Percepção dos gestores de RH da relação	Percepção dos gestores de RH da relação	Os processos de seleção e capacitação de pessoal, tais como estruturados, dão respaldo ao bom funcionamento da Assistência. No entanto, a maior contribuição é o trabalho de fortalecimento da gestão de pessoas, mediante a criação de um objetivo comum. O maior entrave estaria no mercado de trabalho, que não fornece trabalhadores capacitados. Além disso, o setor de Recursos Humanos ainda deve avançar na gestão do quadro médico.
	Percepção dos gestores da Assistência sobre a relação	Percepção dos gestores da Assistência sobre a relação	Na visão da gerente de enfermagem, a relação com os profissionais do setor de Recursos Humanos é positiva e os processos de gestão de pessoal são realizados em conjunto com estes profissionais. No entanto, tem dificuldade de perceber a real contribuição das políticas das e práticas de recursos humanos para a Assistência.

Categorias de análise	Dimensões	Dados colhidos	Resultado
Formas de vinculação de pessoal	Forma de vinculação predominante no hospital	Número de funcionários com cada tipo de vinculação	O HBH3 contava no momento da entrevista com 950 trabalhadores contratados da CLT. Destes, 860 se encontravam ativos, estando os demais licenciados. Os médicos são contratados como pessoas jurídicas e somam ao efetivo 240 profissionais. Além disso, estão fazendo residência no hospital 70 médicos, vinculados ao MEC.
		Existência de gestão diferenciada dos diversos grupos de vinculação em um mesmo hospital	A diferença entre a gestão dos celetistas e dos contrata e a dos como pessoa jurídica prende-se a falta de gestão de recursos humanos da segunda categoria.

Quadro 10 - Estudo de caso HBH3

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 Estudo de caso HBH4

A gestão do HBH4 é fruto de uma parceria entre a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais e a Universidade Federal de Minas Gerais. O hospital possui 319 leitos e caracteriza-se por estar voltado para o atendimento de urgência e emergência, traumatológica e não traumatológica.

4.4.1 Políticas e práticas de recursos humanos no HBH4

4.4.1.1 Recrutamento e seleção

A contratação no HBH4 se dá por intermédio da Fundação de Apoio da Universidade. A vinculação de todos os funcionários com a Fundação é por meio de contratos de trabalho regidos pelas normas da CLT.

A seleção dos novos trabalhadores é realizada internamente, pelo setor de Recursos Humanos. O primeiro passo consiste no preenchimento, pela Coordenação, de formulário próprio de requisição de pessoal. Após o recebimento desse documento, os profissionais do setor de Recursos Humanos qualificam a demanda, analisando se a posição está realmente vaga. No caso dos médicos, este formulário já vem preenchido com o nome do profissional que deverá ser contratado, uma vez que para este cargo não existe processo seletivo (salvo exceções).

Os cargos existentes no HBH4 foram divididos em grupos, de acordo com sua similaridade. Para cada grupo ocupacional, foram definidas etapas diferenciadas para o processo seletivo. A primeira etapa normalmente compreende uma dinâmica de grupo (em que são discutidas questões específicas do setor) ou uma entrevista coletiva. As pessoas selecionadas nesse primeiro contato são encaminhadas para os testes psicológicos. Uma vez aprovados nessa etapa, os candidatos são encaminhados para a entrevista técnica, realizada pelo coordenador na área, com a presença do assistente de recursos humanos. A decisão final é tomada em parceria entre o setor de Recursos Humanos e o representante da área. Esclarece a assessora de recursos humanos:

Então, na verdade, a responsabilidade de decidir é do coordenador. O RH dá o suporte técnico para que ele tome a decisão. Em caso de conflitos ou impasses, é tentado chegar a um acordo, a um consenso, entre as partes, tanto o RH quando o coordenador responsável pela vaga.

Após escolhido o profissional, este vai para a etapa de exame médico. Aprovado no exame médico, ele deve providenciar os documentos pertinentes à contratação e apresentá-los antes da data de início.

A primeira regra que rege o processo seletivo é a transparência. Procura-se assegurar chances iguais a todos os candidatos que enviam seus currículos, independente de serem ou não indicações de funcionários. Explica a assessora de recursos humanos:

Transparência no processo é uma coisa que também, tanto interna quanto externamente, a gente não tem nada do que é feito que não possa ser dito e divulgado, e da forma como se dá o retorno aos candidatos, a disponibilidade de poder passar as informações que são pertinentes ao processo e tentar atender da melhor maneira possível o que a instituição precisa, o que nem sempre é fácil.

Para a coordenadora de enfermagem, as regras básicas para a seleção são: existir o interesse em trabalhar no hospital; ter disponibilidade de horário e, para alguns cargos, possuir experiência similar anterior. O processo seletivo, segundo a analista de recursos humanos, deve ser realizado com agilidade, pois a entrada de profissionais está estipulada para acontecer em duas datas específicas a cada mês.

A coordenadora de enfermagem avalia que o processo seletivo da forma como é realizado atualmente não respalda o funcionamento da assistência, pois possui um grande número de etapas que inviabilizam a entrada de profissionais com a rapidez necessária para o trabalho assistencial:

Então, assim, eu tenho um funcionário no INSS afastado há 30 dias. Mas, até eu recrutar uma pessoa pra chegar, essa pessoa estar ali na assistência, me demora um tempo, apesar de ter os prazos certos no RH. Mas aí eu já estou sem a pessoa. [...] Eu acho que não tem essa agilidade que a assistência precisa, por causa da burocracia.

A assessora de recursos humanos acredita que, apesar de existir espaço para melhoras, o processo seletivo, tal como estruturado, respalda a assistência. Em sua

percepção, seria uma grande contribuição para a instituição a seleção dos profissionais médicos, o que não acontece, salvo raras exceções.

A seleção dos médicos se dá por indicação ou por meio da procura espontânea dos profissionais pela vaga. Como a oferta de vagas é maior do que o número de profissionais disponíveis, muitas vezes, não existe a possibilidade de escolha por parte da instituição. Esclarece a coordenadora médica:

Hoje, o processo de seleção de médicos ele é basicamente por indicação, por referência ou, até mesmo, pela busca espontânea pelo emprego. Chega um médico aqui, ele traz o currículo dele. Se ele tem as aptidões mínimas necessárias, [...] ele já é um candidato se houver a vaga. No caso de médico, a gente tem uma necessidade muito maior do que a oferta. Então, muitas vezes, a gente não tem muita opção mesmo. Não tem como fazer um processo seletivo. Isso é mais complicado.

Ainda para a coordenadora médica, devido à forma em que o processo é conduzido, achar bons profissionais para o trabalho tem sido uma questão de sorte. Por essa razão, ela defende a estruturação de um processo seletivo para médicos em parceria com o setor de Recursos Humanos, com a delimitação de critérios técnicos definidos e a garantia de imparcialidade:

Mas eu acho que a gente ainda está muito incipiente nisso. Mas eu acho que é perfeitamente possível fazer um processo seletivo que tenha um critério, uma padronização da instituição. Mas eu acho que ele só funciona se o coordenador acreditar que ele é realmente eficiente e participar dele. Porque eu também não acho, né. Não adianta... Como existe a questão técnica específica que um médico necessita, então eu acho que ele precisa participar ativamente desse processo.

As falhas nas escalas dos médicos, assim como as férias destes profissionais, são cobertas por meio da contratação de profissionais autônomos para plantões específicos. Esse mecanismo é visto pela assessora de recursos humanos como uma válvula de escape, assegurando a presença de profissionais para o trabalho assistencial de forma flexível e no tempo necessário.

Não existe um programa formal de remanejamento interno, mas ele acontece em alguns casos. Segundo a analista de recursos humanos, quando existe a dificuldade

de contratar um funcionário para uma vaga em determinado setor os profissionais são remanejados internamente.

4.4.1.2 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – emprego

No HBH4, existem descrições de praticamente todos os postos de trabalho, feitas com base em uma metodologia desenvolvida em 2007. Recentemente, as descrições foram revistas, para a implantação do sistema de gestão de recursos humanos informatizado.

As descrições dos cargos são utilizadas no processo de recrutamento e seleção, no mapeamento das competências (que está começando a ser realizado), nos documentos oficiais da instituição no auxílio às Coordenações em momentos de mudanças nos setores. No entanto, elas não são divulgadas para os funcionários da instituição, mas somente quando existe a demanda.

Para as coordenadoras assistenciais, a divulgação das descrições dos cargos deve ser melhorada. Segundo a coordenadora de enfermagem, este trabalho é realizado no dia a dia e no treinamento introdutório. Porém, como o treinamento introdutório é muito abrangente, a divulgação é falha. Já para a coordenadora médica, no momento de entrada do novo trabalhador, as atividades a serem executadas são explicadas e é feita uma apresentação ao setor e às rotinas. Todavia, não existe um detalhamento formal por escrito a ser entregue aos trabalhadores:

Não existe uma apresentação formalizada dos protocolos que o hospital já tem, entendeu, de quem é que vai cobrar isso dele, de como que vai ser avaliado. Então, assim, existe mas não é documentado.

Não existe um código de conduta formalizado que seja abrangente a todos os funcionários da instituição. Está sendo preparado um manual para o funcionário, que irá conter as condutas permitidas e proibidas.

A Enfermagem possui estatuto próprio, que estabelece as regras de condutas dos profissionais da área, o qual foi desenvolvido por ser exigência legal do Conselho Nacional de Enfermagem, em 2009. No entanto, a coordenadora de enfermagem

acredita que o estatuto não abrange todas as questões relativas à conduta dos profissionais e acredita que faltam regras específicas para a gestão do quadro. Para ela, a falta de código de conduta faz com que exista uma discrepância muito grande entre as condutas dos profissionais:

Especificamente daquele momento ali em que a pessoa está prestando assistência não existe uma coisa formalizada. E não é à toa que a gente vê uma discrepância muito grande de condutas, de posturas, porque não existe uma conversa, assim, olha, que que você lida. É lógico que a gente tem determinadas situações pontuais, que, por elas terem gerado muitos problemas, a gente trabalhou [...]

Com relação à gestão das habilidades combinadas às tarefas, existe na área da Enfermagem um projeto de habilidades em função da rotina estabelecida para os profissionais. Este trabalho consiste em uma lista de tarefas que eles devem estar aptos a desempenhar. Essa lista é divulgada no treinamento no setor e tem por objetivo avaliar a habilidade do trabalhador em desempenhar todas as tarefas, monitorando seu desenvolvimento. Nas outras áreas, o processo de habilidades é acompanhado pontualmente, quando existe algum tipo de intervenção do setor de Recursos Humanos.

O monitoramento do quantitativo de pessoal do hospital é de responsabilidade do setor de Recursos Humanos e é acompanhado de perto pela a assessora da área. Segundo ela, os gastos com pessoal no momento da entrevista representavam 70% dos gastos totais da instituição. Por essa razão, existe grande necessidade de controle numérico de profissionais, uma vez que os gastos do hospital devem se manter no orçamento acordado com o Estado.

Para a implantação da metodologia de controle de quantitativo de pessoal utilizada atualmente, procedeu-se à revisão e ao redimensionamento das equipes do hospital. Nesse processo, ficou acordado com as Coordenações o quadro de cada área. A partir de então, modificações devem passar por renegociação com a Diretoria e com o setor de Recursos Humanos. Explica a assessora de recursos humanos:

A Diretoria sentou com o responsável de cada área, junto com o responsável do RH, e a gente então refez essas contas. Então, quantos você tem? Quantos por leito? Então, na Enfermagem, aqui pode melhorar, tentando olhar uma

distribuição mais é... justa possível nos setores. Então, com isso, a gente passou a ter uma referência. Não que não existia antes. Com certeza, já existia, porque as Coordenações já tinham uma referência de um quadro com o qual elas trabalhavam. Eu acho que a mudança que teve é formalizar esse acordo, quase que um contrato psicológico com as Coordenações de dizer: 'Então, nós vamos trabalhar em cima desse quadro' e a gente está em um momento, que a gente vive essa realidade, que a gente tem que realizar o nosso gasto dentro desse orçamento. E nenhuma situação diferente dessa pode ser feita que não autorizada pela Diretoria.

O controle do quadro é feito com base em investigação minuciosa da real necessidade de reposição de pessoal. Para que uma solicitação entregue ao setor de Recursos Humanos seja aprovada pela Diretoria, a Coordenação precisa anteriormente ter contado todo o seu quadro atual, levando em consideração as questões que afetam o quantitativo, tais como licenças, afastamentos e mudanças de setores. Este trabalho é realizado em parceria com os profissionais do setor de Recursos Humanos. A analista de recursos humanos descreve:

Mas a gente agora está fazendo quase que uma lista de chamada. Aí, por mês, a gente pega todo mundo que está na folha, vai ticando cada um, em qual plantão que ele está, se ele realmente vem. E, agora, a gente está fazendo esse levantamento super demorando, mas é o que está conseguindo fechar o quadro, junto com a Coordenação.

A supervisão dos trabalhadores na instituição é realizada diretamente pelos coordenadores. Na área assistencial, existem pessoas que não possuem formalmente o cargo de coordenação, mas realizam essa função. Afirma a analista de recursos humanos:

Mas exatamente como eles fazem, eu desconheço. A gente não faz esse contato direto. Eu sei que elas acompanham o ponto. Se tem algum erro que a pessoa faz, elas dão advertência, elas acompanham o período de experiência através do período de experiência. Agora ao longo do período de trabalho, a gente não tem...

A assessora de recursos humanos ressalta que existe a tentativa de estabelecer um espaço comum entre as Coordenações por meio de reuniões semanais, das quais participam a coordenação Médica e de Enfermagem. Os coordenadores participaram de um curso recentemente, no qual foram trabalhadas questões técnicas da gestão,

mas agora a percepção da assessora é de que as habilidades de gestão precisam ser trabalhadas:

Então, a gente vê que muitos deles são excelentes profissionais técnicos, mas que não tiveram na sua formação nenhuma qualificação para essa atividade. E hoje, a gente cobra muito deles postura e resposta nesse sentido. Mas a gente, por outro lado, não tem uma ação direta de qualificação.

Na área de Enfermagem, os enfermeiros realizam a supervisão dos técnicos de enfermagem e são supervisionados pelos coordenadores de enfermagem. Na área médica, a supervisão do ponto de vista assistencial é tarefa do coordenador do plantão, uma vez que ele é o chefe da equipe. Existe o acompanhamento realizado também pelo coordenador de especialidade e pela própria coordenadora médica:

Então, é uma avaliação subjetiva. Ela não é baseada em indicadores de desempenho, em quantas pessoas atendidas naquele plantão. Eu não faço isso. É como se fosse, assim, o coordenador de plantão; é a pessoa que agrupa a informação da performance durante o plantão. Então, a gente tem a informação a partir dele. E, assim, na verdade, todos os coordenadores de especialidade, e eu também, nós somos muito presentes. Então, a gente acaba acompanhando muito de perto o trabalho de cada um.

4.4.1.3 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – sistema de apoio

As remunerações no HBH4 são definidas, basicamente, buscando um alinhamento com o mercado externo e uma coerência interna. Segundo a assessora de recursos humanos, o alinhamento com o mercado externo é um desafio, uma vez que existe restrição orçamentária e a necessidade de manter os gastos em um patamar constante ao longo do tempo.

Não existe uma tabela salarial para a progressão na carreira. Os reajustes salariais são concedidos a partir de negociação com o sindicato que representa os trabalhadores.

De acordo com pesquisa realizada em 2009, os salários pagos pelo HBH4 encontram-se na média de mercado. Algumas vezes, os valores pagos são menores

que os valores de mercado, mas essa diferença não chega a comprometer a gestão de recursos humanos da instituição.

Para a coordenadora de enfermagem, enquanto o salário dos técnicos se encontra na média do mercado, o de enfermeiros está abaixo. Para ela, o que fixa estes profissionais de nível superior à instituição são as oportunidades de aprendizado e a questão do vínculo da carteira assinada (que não existe em outras instituições).

A coordenadora médica também acredita que a forma de vinculação é importante para a decisão dos profissionais de permanecerem na instituição:

A diferença aqui do hospital e que eu acho que é um ganho muito grande, é a vinculação CLT. Que cria muitas dificuldades, para médico cria, mas eu vejo que isso é um fator importante de vinculação do indivíduo aqui. 'Lá é um emprego, lá eu tenho férias, lá eu tenho benefícios que na maioria dos hospitais hoje não tem.' Então assim, existem os problemas da questão de carga horária, que é difícil às vezes adequar, mas só o fato de ter uma vinculação clara, definida e organizada como é aqui no hospital já é um diferencial. Mesmo a gente não pagando hoje um salário que é acima da média.

Historicamente o hospital criou uma política de valorização e incentivo à fixação de médicos. Possuía um salário para essa categoria atrativo em relação ao mercado. Tal política contribuiu para a fixação de profissionais no início. Mas, segundo a assessora de recursos humanos, esta diferenciação não existe mais, uma vez que as outras instituições reajustaram os seus valores ao longo dos anos.

A percepção da analista de recursos humanos, com base nas entrevistas de desligamento, é de que o descontentamento dos trabalhadores assistenciais com os benefícios é maior do que com o salário em si. Na área administrativa, o HBH4 perde profissionais para outras empresas, uma vez que os salários da área da saúde são naturalmente menores.

Quando à satisfação dos trabalhadores com o salário, a assessora de recursos humanos afirma, com base em pesquisa recente, que a metade deles afirma estar satisfeita, enquanto a outra metade está insatisfeita. A coordenadora médica acredita que os profissionais já estiveram mais satisfeitos com o salário e que essa satisfação

tem decaído ao longo dos anos. Para ela, isso está ligado não somente aos valores recebidos em si, mas também à demanda de trabalho:

Então, assim, eu sinto que o hospital agora está passando por uma fase que as pessoas estão mais insatisfeitas. E, aí, eu faço um pouco essa avaliação, porque a gente está com uma demanda muito grande. A gente está com problema de superlotação, que estão gerando uma condição de trabalho muito ruim. Então, mesmo o salário sendo um salário competitivo, mesmo a gente tendo uma vinculação estável, as pessoas elas não estão satisfeitas, porque as condições de salário e de acomodação estão ruins.

Como canais de comunicação formal da instituição são citados: quadros de aviso, envio de e-mails e intranet. Informalmente, a comunicação se dá em comunidades criadas em sites da internet e por meio de conversas entre colegas e com os superiores.

As Coordenações Assistenciais destacaram a importância da conversa diária como canal de comunicação. Segundo a coordenadora de enfermagem, essa comunicação se dá de forma natural. Explica a coordenadora médica:

Existe um acesso muito fácil de qualquer médico ou de qualquer funcionário à Coordenação, de ligar, de ir lá, porque todos são muito presentes. Então, esse canal é muito bom, sabe [...] e vice-versa também. Se a gente precisar de falar alguma coisa, existe um contato. Até mesmo aqui na Diretoria. Hoje, um médico chega aqui e se ele quiser conversar com um diretor ele consegue conversar na hora. Não existe uma distância grande, entendeu?

Tem existido um esforço de padronização dos processos e de definição da documentação necessária para o trabalho assistencial. No entanto, segundo a assessora de recursos humanos, mesmo a informação existindo pode ser mais bem utilizada:

Mas a informação existe. A gente recebe várias e várias informações. A gente percebe que existe uma má utilização daquilo, uma má interpretação. Viu, mas não entendeu, entendeu, mas fez o contrário, enfim. Aí, são situações múltiplas, que não têm como a gente saber de todas. O desafio que a gente tem hoje é melhorar a qualidade das informações e melhorar a utilização dessas informações também, porque informação existe, sim.

As Coordenações Assistenciais também acreditam na necessidade de melhorar o uso das informações para o trabalho. A coordenadora médica afirma que os procedimentos padrões não estão bem documentados e que estas definições deveriam ser criadas com base em um trabalho conjunto com os profissionais diretamente ligados à Assistência:

Nós não somos sistematizados. Então eu vejo que as coisas não acontecem por desconhecimento. Não é porque a pessoa não está fazendo simplesmente; é porque elas não existem, não existem, não são documentadas. Não houve, por exemplo, uma discussão ampliada disso. Não acho que isso tem que ser uma coisa definida por alguém, não. Acho que isso tinha que ser uma coisa amplamente discutida, inclusive junto ao corpo clínico, entendeu, pra poder, assim, entender o processo, porque não é um processo que é unilateral.

A coordenadora de enfermagem cita deficiências na disponibilização de informações a respeito da execução do trabalho:

Os protocolos existem, mas ficam dentro de uma pasta, dentro de uma sala. Não é uma coisa que é acessível para todo mundo, não. Só se o técnico tiver vontade e falar: “Enfermeiro, me dá essa pasta para dar uma olhada no protocolo?”

O trabalho dos profissionais é prejudicado pela falta de uma infraestrutura adequada aos atendimentos. No que diz respeito aos equipamentos médicos, são destacados problemas de mobiliário desgastado, demora em consertar equipamentos avariados e desgaste natural do parque tecnológico. No entanto, a coordenadora médica ressalta que existem muitos recursos no hospital que possibilitam a realização de procedimentos para os quais outros hospitais não estão preparados.

No que diz respeito à estrutura predial, os andares estão em melhores condições para o atendimento ao paciente quando comparados ao Pronto-Socorro e à Central de Tratamento Intensivo. A condição da estrutura física do Pronto-Socorro é especialmente criticada pela coordenadora médica:

É uma área que é pequena, que não comporta o número de entradas. É uma área que não tem acomodação, não tem iluminação, não tem ventilação adequada, não tem banheiro suficiente. Tem dois banheiros com chuveiro para quase 140 pessoas dentro do hospital.

A Coordenadora relaciona a falta de estrutura de atendimento com o comprometimento da assistência prestada:

Aí, eu não estou falando da questão técnica, da questão estrutural, que dificulta mesmo, que impossibilita. [...] Ele pode ter o melhor médico, a melhor enfermeira, a melhor medicação, mas não existe uma estrutura adequada para aquelas pessoas poderem trabalhar. Então, eu acho que esse é o problema.

As condições desfavoráveis de trabalho são somadas ao aumento da demanda de atendimentos que o HBH4 vem experimentando ao longo do tempo. A situação geral causa insatisfação dos profissionais. Reforça a coordenadora médica:

Então, sem dúvida, isso gera uma insatisfação. Então, eu acho que, sem dúvida, a insatisfação maior é com a condição do trabalho, porque ela piorou ao longo desses anos, porque o hospital começou a ficar muito cheio, começou a ter uma demanda de pacientes muito graves, que exigem um cuidado mais complexo. E aí, isso não pára de chegar paciente. Então, eu percebo que existe uma insatisfação não com a remuneração em si, mas uma insatisfação com a condição do trabalho. Aí, a pessoa fala: “Aqui tá pagando pouco, pra estar passando por isso, está pagando pouco”. Eu vejo muito, talvez se a gente conseguisse melhorar as condições de trabalho, as condições de estrutura para o trabalhador, talvez ele ficasse tão satisfeito quanto ele já era com o trabalho.

Apesar dos problemas de infraestrutura, a questão dos suprimentos não é um problema para o atendimento aos usuários. Todo material para a assistência está disponível aos profissionais. A assessora de recursos humanos afirma que apesar das limitações orçamentárias, todas as decisões são tomadas pela Diretoria, de forma a garantir o não comprometimento da assistência.

4.4.1.4 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – ambiente favorável

Promovem-se no HBH4 treinamentos de forma isolada. Com relação aos treinamentos técnicos, foram citados quatro movimentos internos de capacitação: treinamentos realizados pela educação continuada da Enfermagem; treinamentos

realizados pela Comissão de Controle da Infecção Hospitalar; cursos ofertados pelo setor de Recursos Humanos em parceria com escolas técnicas; e reuniões médicas.

A área de Enfermagem possui um programa de educação continuada coordenado por uma enfermeira contratada especificamente para esse fim. Cabe ao setor de Recursos Humanos apoiar essa profissional e controlar os cursos sendo realizados. A coordenadora de enfermagem afirma que a metodologia de abordagem da educação continuada foi se modificando ao longo do tempo. Inicialmente, eram realizados treinamentos gerais no auditório, que não surtiram o efeito desejado. Com isso, atualmente, existe a proposta de diluir o programa de educação continuada entre os setores, elegendo-se responsáveis em cada área.

A Comissão de Controle da Infecção Hospitalar também promove constantemente cursos de reciclagem e orientações aos trabalhadores no que diz respeito à natureza e objeto do setor, cujo objetivo é manter o pessoal capacitado e alerta a respeito das melhores maneiras de realizar os procedimentos.

O setor de Recursos Humanos é responsável pela negociação de cursos com escolas técnicas parceiras, as quais utilizam o espaço do HBH4 como campo de prática para seus estudantes e em troca fornecem vagas em cursos da instituição para funcionários do hospital. O setor de Recursos Humanos recebe a programação de cursos e inscreve os profissionais interessados nos cursos pertinentes.

A coordenadora médica destaca ainda como forma de treinamento técnico as reuniões realizadas de maneira sistemática para a discussão de casos, que acontecem em cada um dos setores. No entanto, esta é uma tentativa incipiente, que carece de entrosamento dos setores e dos profissionais de diversas áreas de conhecimento.

Os treinamentos que acontecem no HBH4 são avaliados apenas de maneira informal. A analista de recursos humanos afirma que as avaliações são realizadas pelos funcionários depois de terminada a capacitação, não existindo uma mensuração do real impacto na assistência no paciente.

A percepção geral é de que os trabalhadores conhecem os objetivos do próprio trabalho. Essa clareza se dá uma vez que existem treinamentos introdutórios, sendo facilitada pelo caráter técnico do trabalho.

Quanto aos objetivos do Hospital, somente a coordenadora de enfermagem acredita que não sejam de conhecimento dos trabalhadores. Para ela, esse conhecimento é superficial e o modelo assistencial adotado deveria ser conteúdo de treinamento para todos os profissionais. Para a coordenadora médica, os trabalhadores conhecem os objetivos do hospital, mesmo que a missão da instituição tenha se perdido um pouco ao longo dos anos, devido à grande demanda de atendimentos:

Porque, por exemplo, a gente buscou muito fazer uma proposta de modelo de cuidado mais adequado, mais próximo do usuário, mais, enfim, mais integral. Mas hoje a gente tem uma demanda tão grande de porta que, às vezes, eu paro e falo assim: “Nós estamos igual todo pronto-socorro.” [...] Então, a gente, assim, muitas vezes, a gente não consegue fazer aquilo que a gente tinha por princípio. Eu acho que a gente consegue muito, que a gente faz muita coisa diferenciada, mas poderia ser melhor, entendeu?

No HBH4 não existe definição de metas para os setores nem um programa de premiação estruturado. Declara a coordenadora médica:

Bom, na verdade, a gente não tem nenhuma política de premiação, porque a gente não trabalha com... A gente não tem a definição de metas e nem tem uma forma de reconhecimento do ponto de vista, seja assim, financeiro, seja de folga, dessas metas quando são cumpridas. Então, a gente não tem.

A assessora de recursos humanos afirma que alguns prêmios são dados isoladamente. Em sua opinião, provavelmente, os trabalhadores sentem falta de prêmios, ao mesmo tempo em que os gestores sentem falta de poder investir e estimular o bom desempenho. No entanto, para ela, isso ocorre pela falta de verba no orçamento específica para estas questões que inviabiliza esse tipo de ação.

A analista de recursos humanos lembra que na Semana da Enfermagem os funcionários receberam alguns prêmios por meio de sorteios, assim como na Semana de Prevenção de Acidentes.

Já para a coordenadora de enfermagem os cursos oferecidos pelo hospital seriam uma forma de premiação, uma vez que são fornecidos somente aos trabalhadores bem avaliados pelas Coordenações.

As punições aplicadas aos trabalhadores do hospital são aquelas previstas legalmente na CLT, variando desde advertências verbais até suspensão. Normalmente, as medidas disciplinares são aplicadas pelas Coordenações. Existe um trabalho em parceria com a Assessoria Jurídica, com a intenção de orientar às Coordenações para que tenham uma conduta que minimize o risco de posteriores ações legais.

Para a assessora de recursos humanos, quando punidos, os funcionários tendem a assumir uma posição de vítima. Esse posicionamento estaria intimamente ligado à cultura trabalhista no Brasil:

Infelizmente, pela cultura trabalhista do Brasil, pelo paternalismo que ainda existe, eu acho que isso é um componente cultural, que não é diferente aqui no HBH4, das empresas que trabalham com regime de CLT. Então, eu acho que a percepção é de querer tirar proveito, mesmo em um contexto em que a punição está sendo aplicada, de que, em última instância aquilo não é uma... não é justo para eles [...], se colocam muito no papel de vítima, da parte fraca, e aí muito por uma visão ideológica dessa relação de trabalho mesmo. Na minha visão, uma leitura muito perversa por parte do empregado, e não da instituição. Pelo contrário.

As Coordenações Assistenciais afirmam que não existem definições por escrito de como as punições devem ser utilizadas. Essa falta de formalização, para a coordenadora de enfermagem, gera insegurança no momento de punir os funcionários. Para ela, a resistência dos funcionários às punições se relaciona ao desconhecimento das regras de aplicação:

Então, eu acho que isso não está muito claro. Por isso não estar muito claro, eles não entendem muito bem as condutas. Então, eu acho que a punição é uma coisa que [...] Eles ficam perdidos. E, às vezes, quando a gente toma uma conduta, eles falam: “Mas fulano de tal falta várias vezes, mas traz atestado, sabe...” É meio uma indignação; é por não saber o que que leva a cada coisa.

O trabalho em equipe no hospital é valorizado, até mesmo pela própria estruturação do modelo assistencial. Enquanto a coordenadora de enfermagem afirma presenciar o trabalho em equipe na maioria das situações, a coordenadora médica apresenta dúvidas se ele de fato ocorre.

A gestão do hospital é colegiada, existindo a participação das Coordenações perante a Diretoria. Para a assessora de recursos humanos, a Diretoria tem um estilo de gestão aberto e disponível a receber os trabalhadores, sendo coordenadores ou não. As decisões são tomadas de forma conjunta:

A gente vê que há uma demanda enorme das Coordenações para a Diretoria, para as decisões tanto do dia a dia quando de decisões que são mais impactantes. Então, é muito difícil tomar alguma decisão sem que haja um fórum um pouco mais ampliado de discussão.

Algumas áreas do hospital também possuem um Colegiado Gestor, compostos por representantes de todas as categorias presentes na área, os quais se reúnem periodicamente. Este é o espaço prioritário de discussão das questões.

A coordenadora médica percebe a participação dos médicos na gestão por intermédio de seu representante eleito, o diretor clínico. Além disso, existe a inserção de profissionais assistenciais que não ocupam cargos de coordenação nas discussões pertinentes promovidas pela Diretoria:

Então, eu acho que isso é uma postura muito legal e muito diferente que a Diretoria tem de convidarem essas pessoas, de não se apegarem somente aos coordenadores, porque os coordenadores, muitas vezes, eles são muito ocupados, não estão na linha de frente, não estão vivenciando o que a equipe está vivenciando. E aqui acontece muito isso dessas pessoas serem chamadas.

A Diretoria do HBH4 tem liberdade para alocar dos recursos do orçamento com base em algumas regras pactuadas no convênio entre o Estado de Minas Gerais e a UFMG. Essas regras conferem certo grau de autonomia aos gestores, mas existem restrições. Internamente, os gestores assistenciais avaliam que possuem autonomia para alocar recursos, mas que também é limitada.

Os trabalhadores não são responsabilizados formalmente pelos resultados de seu trabalho. Para a assessora de recursos humanos, medir o resultado de cada profissional na assistência é uma questão complexa. Declara a analista de recursos humanos:

Responsabilizados individualmente? Eu acho difícil, porque sempre é um trabalho de grupo. Ninguém, a não ser no administrativo, ninguém faz nada sozinho, ninguém cuida de uma pessoa sozinho. Então, nem pra bem, nem pra mal.

No entanto, para a coordenadora médica, a responsabilização individual acontece nos casos em que problemas são constatados:

Então, assim, você teve algum problema. É que você vai chegar nas ações individuais daquele profissional que atendeu aquele paciente ou que participou daquele evento. E, aí, se você nota, identifica que houve alguma ação, seja ela boa, seja ela ruim, e que tem uma pessoa que foi responsável, você vai conversar com aquilo, mas não existe uma regra.

4.4.1.5 Gestão da saída de trabalhadores

O acompanhamento das saídas de profissionais é realizado com base em um instrumento específico e as oscilações no decorrer dos meses são acompanhadas em conjunto com as Coordenações.

Para a assessora de recursos humanos, o número de desligamentos está estável. Em sua percepção, este dado provavelmente é um indício de que o processo seletivo está dando mais respostas e que está acontecendo amadurecimento por parte das Coordenações. No entanto, ela destaca que o índice de profissionais que se desligam espontaneamente da instituição tem aumentado ao longo do tempo.

Não existem programas específicos de gestão das saídas de profissionais. Nos setores que apresentam grandes índices, os profissionais do setor de Recursos Humanos tentam convencer as Coordenações a não desligarem os trabalhadores. Esse trabalho é realizado por meio de conversa, na busca de alternativas a serem tentadas anteriormente à decisão do desligamento de fato. A assessora de recursos humanos explica que no limite são usados argumentos financeiros para que não aconteça grande número de demissões, mas que, muitas vezes, não é possível o controle:

São casos isolados. Mas, de grão em grão, a gente pode ir conseguindo reverter. A última coisa é quando eu falo no mês que naquele mês eu não tenho dinheiro para demitir. Então, é uma ação ótima; diminui a rotatividade. Em alguns meses,

acontece, quando a gente tem uma despesa maior no mês por causa de férias, a gente tenta controlar por essa via financeira. Como eu não posso impedir que as pessoas pedirem demissão por conta própria, a gente pode controlar esse outro lado. É claro que quando a gente corre risco, que é uma situação grave, principalmente em relação ao paciente, é claro que a gente não tem nem o que discutir. Às vezes, é mais uma indisposição da Coordenação com relação ao funcionário. São esses casos que a gente aproveita, junto com o pretexto financeiro para reverter.

A coordenadora de enfermagem afirma que anteriormente o setor de Recursos Humanos dispunha de mais profissionais, o que possibilitava o acompanhamento dos movimentos de pessoal mais próximo das áreas. Para ela, hoje o acompanhamento da rotatividade é feito levando-se em consideração mais o aspecto financeiro:

O acompanhamento da rotatividade tem sido não na forma punitiva, mais controladora. “Esse mês não temos dinheiro. Não vamos demitir cinco técnicos, vamos demitir só dois.” Tem sido no sentido de controlar. É isso.

No caso específico dos médicos, segundo a coordenadora médica, o processo de desligamento é prejudicado, uma vez que os coordenadores não se sentem à vontade para demitir outro profissional médico. A causa disso seria o fato de que a relação estabelecida desde a contratação do profissional é informal.

A percepção geral é de que a saída de profissionais afeta o trabalho assistencial, mesmo não existindo uma mensuração concreta e objetiva a respeito dos impactos. Isso acontece porque os profissionais que entram não estão preparados para executar o mesmo trabalho anteriormente realizado pelos que saíram. Normalmente, os trabalhadores experientes e com vivência da instituição são substituídos por profissionais para os quais será necessário investimento.

Além disso, a falta de profissionais sobrecarrega aqueles que continuam na Assistência. Segundo a analista de recursos humanos:

E isso afeta. Eles ficam sobrecarregados, eles reclamam, eles pedem demissão, eles não aguentam ficar, porque é muito trabalho, o PS é muito cheio, o atendimento... Então isso afeta diretamente, diretamente. Eu acho que é um ponto que a gente tem que trabalhar muito. Eu sinto isso. E a rotatividade também, porque os novatos não dão conta de fazer o que os

que estão aqui há muito tempo fazem. Então, a gente tem que evitar ao máximo perder esses funcionários.

Essa rotatividade é agravada no caso dos médicos, uma vez que a mão de obra disponível no mercado é escassa. Segundo a coordenadora médica, existe uma rotatividade natural em hospitais com o mesmo perfil do HBH4, que deve ser levada em consideração, a qual acontece por motivos de sobrecarga física, natural aos serviços de urgência.

Para a coordenadora de enfermagem, outra situação que tem grande impacto na Assistência no que diz respeito às saídas são os funcionários que querem se desligar da instituição mas se recusam a pedir demissão. Isso acontece porque uma vez demitidos, eles ganham mais financeiramente. Para tanto, se comportam de maneira a transgredir as regras deliberadamente para que sejam demitidos.

4.4.2 Relação das políticas e das práticas de recursos humanos com a Assistência

Para a assessora de recursos humanos, a maior contribuição das políticas e das práticas de recursos humanos tem sido o aumento da corresponsabilização das Coordenações no processo de gestão. Para ela, isso vem contra a tendência de dicotomia entre administração e assistência, uma vez que os coordenadores passam a ser também responsáveis pela administração da instituição. Dessa forma, é possível a criação de uma cultura de resolução de problemas nos próprios setores.

Outro aspecto que a assessora de recursos humanos destaca como importante é a postura de parceria que o setor de Recursos Humanos tem assumido:

É diferente o RH negar uma admissão naquele momento, o coordenador virar as costas e deixar o plantão descoberto. É diferente o RH negar, explicar por que, conversar e buscar junto ao coordenador uma alternativa para aquele plantão. Então, hoje, a gente tem, acho que muito claro, essa postura que a gente tem que ter o nosso limite.

Para a analista de recursos humanos, a primeira responsabilidade do setor é contratar pessoas com o perfil adequado e promover o posterior acompanhamento do período de experiência.

As gestoras da área citam a consolidação de um plano de capacitação de pessoal e o acompanhamento do desempenho como importantes, tendo estes grande potencial de contribuir positivamente para a satisfação, a retenção e o comprometimento das pessoas no hospital, o que pode ser revertido em impactos positivos na Assistência. Também na visão das duas gestoras, as políticas de recursos humanos são ainda muito incipientes do ponto de vista da formalização.

Na visão da assessora de recursos humanos, o que mais impacta negativamente a Assistência com relação às políticas e práticas de recursos humanos é a necessidade de seguir as regras de contratação da CLT, tornando os processos “burocráticos”. A burocratização do processo de contratação estaria na necessidade de cumprir várias etapas e de exigir todos os documentos pertinentes antes que o trabalhador comece a trabalhar, resguardando o hospital legalmente.

Para a analista de recursos humanos, os entraves para a Assistência estariam ligados à existência de um período no mês em que não é possível a admissão de novos funcionários (fechamento mensal da folha de pagamento). Isso acarreta que alguns postos assistenciais fiquem descobertos por alguns dias. Além disso, ela ressalta que, muitas vezes, as Coordenações procuram o setor de Recursos Humanos em busca de apoio para a resolução de problemas diários, mas não é possível atendê-los, uma vez que o setor conta com pequeno número de funcionários em relação ao quantitativo total do hospital.

Os pontos positivos apontados pelas coordenadoras assistenciais estariam ligados às questões de controle de pessoal. Para a coordenadora de enfermagem, existe uma boa parceria com o Departamento Pessoal (parte do setor de Recursos Humanos) para a negociação de datas de demissão e de admissão.

Para a coordenadora médica, existe um bom controle das questões legais na instituição, mas ainda se carece de uma política de recursos humanos. Fazem falta

políticas institucionais de reconhecimento dos trabalhadores, que seriam essenciais para respaldar o trabalho assistencial.

Não existe, por exemplo, uma preocupação em dar um tipo de assistência nesse sentido para o trabalhador. Ninguém pensa em cuidar de quem está cuidando. [...] Eu acho que se a pessoa, ela se sente que ela faz parte da instituição e que ela é importante para a instituição, aquilo passa a ser feito de outra maneira.

O principal de entrave apontado pela coordenadora de enfermagem é a demora de contratação de um novo profissional, o que deixa postos de trabalho na Assistência descobertos. O processo seletivo, para ela, é realizado de forma imparcial na maioria das vezes, mas existem casos de indicações de profissionais que são feitas pela Diretoria que seguem um diferente caminho internamente. Mesmo passando por processo seletivo, estes profissionais devem ser aprovados e contratados no hospital:

Então, por exemplo, eu vejo que para fazer uma seleção é muito criterioso. As meninas são bem imparciais. Mas nos momento que a gente tem um TE, ou “tem que entrar”, aí não é de acordo com a política. Então, isso me chateia, às vezes. Eu tenho dado muita sorte, porque as pessoas que têm chegado pra mim que “têm que entrar” tem sido muito boas. Aí, eu fico pensando assim que aquele que não vem com a indicação direta da Diretoria ele vai passar pelo processo todo certinho. Então, quando chega esses currículos “tem que entrar”, eu acho que não funciona na prática o que está na política.

Outra questão citada é o aumento do número de funcionários que apresentam restrições médicas ao trabalho. Por terem estabilidade, eles não podem ser desligados. Com isso, não se pode contar com toda a força de trabalho alocada no setor.

4.4.3 Formas de contratação de pessoal

Todos os funcionários do HBH4 estão vinculados às regras da CLT, diretamente à fundação de apoio. No momento da entrevista, o hospital contava 1.600 funcionários. Por se tratar de um hospital de ensino, existem também estagiários e a vinculação de alguns professores da Universidade por meio de uma bolsa para a atuação em

trabalhos específicos. Existe ainda a contratação de profissionais autônomos, principalmente médicos, para a realização de trabalhos esporádicos.

Para a coordenadora médica, a vinculação às regras da CLT é vista como positiva, porque gera certa estabilidade para os trabalhadores médicos, que não estão acostumados a esse tipo de vinculação. Ela percebe diferença na gestão do quadro efetivo quando comparado com os profissionais autônomos, principalmente no que se refere à postura profissional. Resguardadas as diferenças individuais, ela afirma que os trabalhadores que não possuem vínculo formal com a instituição tendem a não ter o mesmo comprometimento, uma vez que trocam facilmente o serviço a ser prestado no HBH4 por outro local em que sejam oferecidas mais vantagens. A gestão deste quadro também se dá de forma problemática. Esclarece a coordenadora médica:

Essa relação é tão ruim, [...]. Hoje, eu ligo pra uma pessoa e falo assim: “faz um plantão pra mim, por favor?”, como se fosse meu plantão. Então, assim, isso é ruim. Tem gente que fala que não gosta de atender o meu telefone, porque fala: “Eu vou ter que fazer o plantão pra ela.” [...] Porque você correr atrás todo dia de alguém é muito desgastante pro coordenador. Ele deixa de fazer outras coisas, ele deixa de planejar o que que tem ser feito em termos assistenciais. A escala na urgência, ela virou uma neurose. Você fica o dia inteiro tentando arrumar gente. Mas no final, qualquer pessoa que estiver aqui está ótimo. Então, você perde o seu critério de seleção, de exigência, de capacidade, de habilidade. Você só quer que tenha alguém, entendeu?

No entanto, a coordenadora médica ressalta que a contratação de autônomos é essencial para o funcionamento do hospital, pois permite a cobertura da escala de maneira flexível. Atualmente, esse tipo de contratação é utilizado para a cobertura de férias dos profissionais pertencentes ao quadro.

O Quadro 11 resume os resultados encontrados no HBH4.

Categorias de análise	Dimensões	Dados colhidos	Resultado
Políticas e práticas de recursos humanos	Entrada: melhorar o recrutamento	Processo de recrutamento e seleção	A contratação se dá por intermédio da Fundação de Apoio da Universidade, com contratos regidos pelas normas da CLT. A seleção dos trabalhadores é realizada internamente, pelo setor de Recursos Humanos. Não existe processo seletivo (salvo algumas exceções) para os médicos.
	Melhorar o desempenho (emprego)	Existência de descrição de postos de trabalho	Existem descrições de praticamente todos os postos de trabalho. Recentemente, as descrições foram revistas. As descrições dos cargos são utilizadas no processo de recrutamento e seleção, no mapeamento das competências, nos documentos oficiais da instituição e no auxílio às Coordenações em momentos de mudanças nos setores. No entanto, elas não são divulgadas para os funcionários da instituição; somente quando existe a demanda.
		Existência, clareza e divulgação de normas e códigos de conduta	Não existe um código de conduta formalizado que seja abrangente a todos os funcionários da instituição. Está sendo preparado um manual para o funcionário que irá conter as condutas permitidas e proibidas. A Enfermagem possui um estatuto próprio, que estabelece as regras de condutas dos profissionais da área.
		Gestão de habilidades combinadas às tarefas	Na área da Enfermagem existe um projeto de habilidades em função da rotina estabelecida para os profissionais. Nas outras áreas, o processo de habilidades é acompanhado pontualmente. O monitoramento do quantitativo de pessoal do hospital é de responsabilidade do setor de Recursos Humanos.
		Supervisão	A supervisão dos trabalhadores na instituição é realizada diretamente pelos coordenadores.
	Melhorar o desempenho (sistema de apoio)	Remuneração em relação ao mercado (percepção dos gestores)	As remunerações são definidas buscando alinhamento com o mercado externo e coerência interna. De acordo com pesquisa realizada em 2009, os salários pagos pelo hospital encontram-se na média de mercado. Em pesquisa recente, metade dos trabalhadores afirma estar satisfeita com a remuneração recebida.
		Canais formais e informais de comunicação	Como canais de comunicação formal da instituição são citados: quadros de aviso, envio de e-mails e intranet. É destacada a importância da conversa diária como canal de comunicação. Atualmente, está sendo criada a Ouvidoria do hospital, que será o canal formal da instituição para que os usuários e trabalhadores se manifestem.
		Infraestrutura e suprimentos gerais do hospital	O trabalho dos profissionais é prejudicado pela falta de infraestrutura adequada aos atendimentos. A condição da estrutura física do Pronto-Socorro é especialmente crítica, comprometendo o atendimento e causando insatisfação dos trabalhadores com o trabalho na instituição. A questão dos suprimentos não é um problema para o atendimento aos usuários.

Categorias de análise	Dimensões	Dados colhidos	Resultado
	Melhorar o desempenho (ambiente favorável)	Aprendizado contínuo (programas e práticas)	Existem alguns treinamentos realizados de forma isolada. A área de Enfermagem possui um programa de educação continuada. Os treinamentos que acontecem são avaliados apenas de maneira informal, na maioria das vezes.
		Gestão de equipes	O trabalho em equipe no hospital é valorizado, com base no modelo assistencial estruturado. A percepção geral é de que os trabalhadores conhecem os objetivos do próprio trabalho, mas não do hospital. Não existe definição de metas para os setores nem programa de premiação estruturado. Alguns prêmios são dados isoladamente. As punições aplicadas aos trabalhadores são as previstas legalmente.
		Responsabilidade com responsabilização	A gestão do hospital é colegiada, existindo a participação das Coordenações perante a Diretoria. Algumas áreas do hospital também possuem seu Colegiado Gestor montado. A Diretoria do hospital tem liberdade para alocar recursos do orçamento segundo algumas regras pactuadas. Os trabalhadores não são responsabilizados formalmente pelos resultados de seu trabalho.
	Saída: gestão da rotatividade dos trabalhadores	Gestão da rotatividade	O acompanhamento das saídas de profissionais é realizado por meio de um instrumento específico e as oscilações ao decorrer dos meses são acompanhadas em conjunto com as Coordenações. Não existem programas específicos de gestão das saídas de profissionais. A percepção geral é de que a saída de profissionais afeta o trabalho assistencial, mesmo não existindo uma mensuração concreta e objetiva a respeito dos impactos.
Relação das políticas e das práticas de Recursos Humanos com a Assistência	Percepção dos gestores de RH da relação	Percepção dos gestores de RH da relação	A maior contribuição das políticas e das práticas de recursos humanos tem sido o aumento da corresponsabilização das Coordenações no processo de gestão. Também são destacados a contratação de profissionais com o perfil adequado para o setor e o posterior acompanhamento do período de experiência. Os fatores que mais impactam negativamente a Assistência são: necessidade de seguir as regras de contratação da CLT, tornando os processos “burocráticos”; impossibilidade de contratação em determinados dias do mês; e falta de capacidade do setor de Recursos Humanos de dar resposta às demandas das Coordenações.
	Percepção dos gestores da assistência sobre a relação	Percepção dos gestores da assistência sobre a relação	Os pontos positivos apontados pelas coordenadoras assistenciais estariam ligados às questões de controle de pessoal. Os principais entraves são: demora de contratação de um novo profissional, aumento de funcionários que apresentam restrições médicas e falta de políticas e práticas de recursos humanos além dos controles legais.

Categorias de análise	Dimensões	Dados colhidos	Resultado
Formas de vinculação de pessoal	Forma de vinculação predominante no hospital	Número de funcionários com cada tipo de vinculação	Todos os 1.600 funcionários do HBH4 são vinculados às regras da CLT, diretamente à Fundação de Apoio. Por se tratar de um hospital de ensino, existem também estagiários e a vinculação de alguns professores da Universidade por meio de uma bolsa para a atuação em trabalhos específicos. Existe ainda a contratação de profissionais autônomos, principalmente médicos, para a realização de trabalhos esporádicos.
		Existência de gestão diferenciada dos diversos grupos de vinculação em um mesmo hospital	Existem diferenças entre o quadro efetivo quando comparado com os profissionais autônomos. Os trabalhadores que não possuem vínculo formal com a instituição tendem a não ter o mesmo comprometimento. No entanto, a contratação de autônomos é essencial para o funcionamento do hospital, pois permite a cobertura da escala de maneira flexível.

Quadro 11 – Estudo de caso HBH4

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5 Análise comparativa dos hospitais a partir da natureza jurídica institucional

Um dos objetivos do presente estudo é a comparação entre a estruturação das políticas e práticas de recursos humanos em hospitais administrados segundo as regras públicas e segundo as regras privadas. Esta comparação tem por objetivo o entendimento de como estas políticas e práticas são influenciadas pela forma de contratação dos hospitais. Para tanto, serão seguidas as dimensões de análise previamente definidas.

4.5.1 Hospitais administrado segundo regras públicas

4.5.1.1 Políticas e práticas de recursos humanos

4.5.1.1.1 Recrutamento e seleção

Os hospitais administrados diretamente pelo ente público devem seguir as normas estabelecidas para as instituições desta natureza. Com o estabelecimento de concurso público para o ingresso em cargos públicos, por meio da Constituição de 1988, ambas as instituições tiveram que se adaptar. Os aprovados em concurso são hoje contratados como funcionários públicos, regidos pelo Regime Jurídico Único.

Os concursos compõem-se de uma etapa de apresentação e comprovação de títulos e outra de provas, que são elaboradas levando-se em consideração as atribuições dos cargos. Nos dois hospitais, os concursos seguem as regras definidas legalmente. A aprovação no concurso garante a contratação dos profissionais. Eles chegam às instituições previamente selecionados, cabendo ao setor de Recursos Humanos apenas a alocação deles nas vagas disponíveis.

Os gestores da área constatam que essa modalidade de seleção não garante o ingresso dos trabalhadores mais capacitados na instituição, uma vez que a experiência prévia e o perfil pessoal do candidato não são levados em consideração. Como critério de seleção utilizado contempla os títulos e o conhecimento teórico, são aprovados aqueles que estudam mais, não existindo garantias de que esse conhecimento será refletido na prática do cuidado ao paciente.

O processo seletivo tal como estruturado nas instituições também não é capaz de prover o número de funcionários necessários (para a reposição de pessoal e para o aumento de quadro em caso de expansão de serviços) para o trabalho assistencial de forma ágil. Isso acontece em razão da baixa periodicidade dos concursos e do grande número de etapas e regras a serem observadas em sua realização, o que torna o processo de entrada de pessoal lento.

Por essa razão, os hospitais encontraram formas alternativas de seleção e contratação de pessoal, seja a contratação por intermédio da Fundação de Apoio (como no caso do HBH2), seja a vinculação por contrato administrativo (HBH1). Para esta contratação alternativa, a seleção acontece no setor de Recursos Humanos das instituições. É, portanto, desenvolvido um processo seletivo paralelo ao concurso público, institucionalizando-se uma segunda porta de entrada nas instituições.

Esta segunda porta de entrada é questionada periodicamente pelas instâncias fiscalizadoras, tais como o Ministério Público. Nestes casos, cabe à administração dos hospitais responder às indagações e desenvolver planos de ajustes de conduta. No entanto, no caso das duas instituições os gestores de recursos humanos afirmam que a presença deste quadro suplementar é essencial para o funcionamento da Assistência.

Ainda existem nos dois hospitais contratos com empresas que fornecem mão de obra para o funcionamento do hospital, tratando-se, na maioria das vezes, de serviços operacionais. A contratação de profissionais autônomos também ocorre nos dois hospitais, principalmente para a provisão de serviço médico. Essa contratação se faz por serviço específico, levando-se em conta a necessidade do hospital no momento. O HBH2 ainda conta com a contratação de serviço médico por intermédio de cooperativa.

As duas instituições possuem programas de remanejamento interno de pessoal. O remanejamento pode ser solicitado pelo coordenador ou pelo próprio funcionário, sendo que existem regras para que ela ocorra por solicitação do funcionário. O remanejamento por solicitação do coordenador normalmente acontece quando constatada a não adaptação do profissional ao atual local de trabalho. Nestes casos, o coordenador entra em contato com o setor de Recursos Humanos, que é responsável,

nos dois hospitais, por mediar o conflito e localizar um novo setor onde aquele funcionário possa trabalhar. Este processo de remanejamento interno é reforçado nas instituições em razão da estabilidade de emprego dos funcionários públicos e da complexidade de desligamento dos funcionários públicos.

4.5.1.1.2 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – emprego

Os gestores dos hospitais afirmam que existem descrições dos postos de trabalho, as quais, no entanto são genéricas e estáticas. No HBH2, são tomadas como referência as descrições contidas no Plano de Cargos e Salários da Universidade. No HBH1, os postos de trabalho foram descritos na criação da lei que rege o funcionamento do hospital, em 2006, os quais são atualizados periodicamente. A área de Enfermagem, nos dois hospitais, tem o processo de desenvolvimento das descrições dos postos de trabalho mais desenvolvidas e contempladas em seu regimento interno. A divulgação das descrições é feita no HBH1 na entrada dos novos funcionários. No HBH2, não são divulgadas.

Quanto ao código de conduta e a sua utilização, os profissionais do setor de Recursos Humanos reconhecem a sua existência, declarando que a sua divulgação ocorre no momento da entrada dos novos trabalhadores. Já os gestores assistenciais afirmam que utilizam cotidianamente códigos de conduta estabelecidos pelos conselhos específicos das profissões (no caso; o dos médicos) e definições presentes no regimento interno da área e nos protocolos de conduta (no caso da enfermagem).

Não existe um processo formal de gestão de habilidades combinadas às tarefas nos hospitais, sendo percebida uma tentativa informal do setor de Recursos Humanos de adequação dos profissionais nas áreas com base em seu perfil. Esse movimento se dá na entrada dos profissionais, mediante a alocação dos aprovados em concurso, no remanejamento de pessoal e, de forma cotidiana, nas conversas entre os profissionais do setor de Recursos Humanos e as Coordenações das áreas. A mudança de cargo de funcionários públicos na instituição só é possível mediante a provação em novo concurso público. Com isso, trabalhadores que possuem habilidades para desempenhar tarefas mais complexas são impedidos legalmente de fazê-lo.

Os hospitais apresentam cenários diferenciados no que diz respeito à gestão do quantitativo de pessoal. No HBH2, não existe definição do quadro de pessoal para as áreas. O controle do número de trabalhadores é realizado pelo setor de Recursos Humanos, a partir da avaliação dos pedidos de reposição ou do aumento de quadro realizados pelas Coordenações. Já o HBH1 tem o seu quadro definido pela lei que regula o funcionamento do hospital, de 2006. No momento de aprovação da lei, foram definidos, com base em estudo, o quantitativo e a alocação do pessoal.

A supervisão dos trabalhadores é realizada de forma similar nos dois hospitais. É de responsabilidade dos coordenadores a supervisão do pessoal que se dá de forma direta e por meio de reuniões periódicas. Cabe ao setor de Recursos Humanos mediar os conflitos que surgem entre as Coordenações e os trabalhadores. Na área de Enfermagem, nos dois hospitais, os enfermeiros assumem a supervisão dos técnicos e auxiliares de enfermagem, enquanto têm seu trabalho supervisionado pelos coordenadores de enfermagem.

4.5.1.1.3 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – sistema de apoio

A remuneração dos trabalhadores é definida com base no Plano de Cargos e Salários. No HBH1, os salários, somados aos adicionais e incentivos, situam-se na média do mercado. Aos trabalhadores vinculados por contratos administrativos é pago o valor referente ao salário de entrada dos funcionários públicos. No HBH2, os salários pagos variam de acordo com o vínculo do funcionário. As duas categorias (celetistas e estatutários) possuem tabelas salariais distintas, mesmo ocupando os mesmos cargos. Na percepção dos gestores, o salário dos estatutários está na média de mercado, enquanto os celetistas ganham normalmente menos que o que é pago em outras instituições. A diferença salarial gera conflitos entre os trabalhadores vinculados de forma diferenciada e consequente insatisfação.

O desempenho funcional é avaliado nas duas instituições com base em um processo formal. A progressão na carreira está vinculada à boa avaliação do funcionário e ao tempo de serviço. No entanto, é constatado que, na prática, a avaliação negativa de funcionário é rara. Nos casos em que acontece, apenas retarda a progressão na

carreira. No HBH1, apontam-se a carência de um caráter prático nas avaliações e o uso de formulários genéricos, que não refletem a realidade da instituição. No HBH2, os trabalhadores celetistas não são avaliados. Nos dois hospitais, os resultados das avaliações de desempenho não são utilizados para a composição dos treinamentos e capacitações.

Os hospitais possuem diversos canais institucionais de comunicação, tais como: internet, intranet, ofícios circulares, murais e e-mails. O setor de Recursos Humanos possui murais próprios para a divulgação de informações importantes. Outro canal de comunicação apontado pelos gestores como muito ativo são as conversas pessoais e as reuniões periódicas. Estas acontecem, na percepção dos gestores, de forma natural, possibilitando um “canal aberto” entre os funcionários e as Coordenações.

Quando à disponibilidade de informações para a execução do trabalho cotidiano, as opiniões dos entrevistados (independente do cargo) nos dois hospitais se divergem. Para alguns, as informações estão disponíveis, enquanto para outros elas deveriam ser mais divulgadas e estar mais presentes no cotidiano da instituição.

A estrutura física dos dois hospitais é antiga. Por essa razão, são necessárias reformas prediais em ambos os casos, as quais acontecem à medida que existem verbas disponíveis para este fim. No entanto, os gestores assistenciais afirmam que a infraestrutura atual das instituições impõe limitações ao cuidado do paciente.

Já os suprimentos necessários ao trabalho assistencial estão disponíveis, não impactando negativamente na assistência. No HBH2, a gestão interna dos suprimentos pode ser melhorada, evitando o desperdício e o mau uso, segundo os coordenadores assistenciais.

4.5.1.1.4 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – ambiente favorável

As necessidades de treinamento de funcionários são levantadas por meio de instrumento próprio, distribuído pelo setor de Recursos Humanos. No HBH2, este levantamento é feito anualmente; no HBH1, de dois em dois anos. A partir do levantamento, é construído um programa de capacitação, contemplando as

necessidades apontadas a ser colocado em prática no período seguinte. O setor de Enfermagem dos dois hospitais possuem formas próprias de levantamento das necessidades de treinamento, ligadas ao Programa de Educação Continuada da Enfermagem.

Quanto à estruturação de fato das capacitações, os hospitais encontram-se em momentos distintos de desenvolvimento das políticas e das práticas de aprendizado contínuo. No HBH1, existem treinamentos técnicos e comportamentais. O setor de Recursos Humanos se responsabiliza pelos treinamentos comportamentais e os técnicos são negociados com parceiros externos ou desenvolvidos pelos profissionais das áreas. Já no HBH2 as capacitações acontecem de uma forma incipiente. Segundo os gestores, existem muitas possibilidades de melhora nesse campo. Os treinamentos técnicos são ministrados pelas áreas, quando os coordenadores sentem a necessidade. A área da Enfermagem possui processos de capacitação mais bem desenvolvidos.

Em ambos os hospitais existem avaliações de alguns treinamentos realizados, mas estas são realizadas de forma precária. No HBH2, as avaliações, quando realizadas, são subjetivas. No HBH1, é realizado um plano de ação após o fim dos treinamentos comportamentais, que é entregue aos coordenadores. No entanto, não ocorre acompanhamento pelos profissionais do setor de Recursos Humanos dos posteriores desdobramentos. Os dois hospitais possuem controle das capacitações realizadas, registrando os treinamentos, o número de horas de treinamento e o número de trabalhadores capacitados.

A percepção é de que os trabalhadores conhecem os objetivos do próprio trabalho, os quais são normalmente explicitados por meio dos treinamentos introdutórios e do contato constante com a chefia. O processo de divulgação seria facilitado, uma vez que o objetivo do trabalho assistencial é o cuidar do paciente, que está presente durante todo o tempo, e dificultado pelo grande número de trabalhadores e pelas trocas constantes no efetivo.

Quanto aos objetivos do hospital, no HBH2 os entrevistados afirmaram que a missão e os objetivos do hospital deveriam ser mais bem divulgados e estarem mais acessíveis aos trabalhadores. Já no HBH1 os trabalhadores conhecem os objetivos,

uma vez que a divulgação é feita nos treinamentos introdutórios e de melhoria da qualidade.

A principal forma de premiação citada nos hospitais é o reconhecimento do desempenho quanto ao cumprimento das metas pactuadas com a alta gestão. No HBH1, este sistema está em vigor. Após atingir seus objetivos, o setor recebe algum prêmio previamente escolhido pelos funcionários da área. No entanto, os entrevistados apontam que está sendo estudada a possibilidade de o prêmio ser revertido em dinheiro pago aos funcionários individualmente. Já no HBH2 acontece o movimento inverso. Existia um programa de premiação por metas em que os trabalhadores eram premiados em dinheiro, individualmente. No entanto, esse plano foi questionado legalmente e abolido. Atualmente, estuda-se uma forma de premiação que contemple os setores e que seja respaldada legalmente.

As punições aplicadas nos hospitais variam de acordo com o vínculo do trabalhador. Aos funcionários públicos e aos empregados públicos são aplicadas as punições previstas legalmente no Estatuto do Servidor e nas leis pertinentes. A apuração dos casos mais graves é realizada externamente. No HBH2, é aberta uma sindicância, enquanto no HBH1 o processo é encaminhado para a Corregedoria. O processo de apuração das faltas tende a ser demorado nas duas instituições, uma vez que as normas estabelecem etapas que devem ser seguidas, garantindo ao trabalho amplo direito de defesa.

Para os trabalhadores com outro vínculo, as regras de punição nas instituições não estão bem definidas. Quando eles apresentam alguma conduta imprópria, o caso é encaminhado ao setor de Recursos Humanos, que toma as medidas de acordo com a situação.

No HBH2, as opiniões a respeito do trabalho em equipe se divergem. O conceito de equipe parece estar fragilizado entre os profissionais, mesmo existindo reuniões colegiadas para a troca de experiências. Já no HBH1 o trabalho em equipe é valorizado, principalmente na área assistencial. Essa valorização se dá no dia a dia e nos momentos de reunião, com a exaltação de bons resultados atingidos pelas equipes.

Nos dois hospitais, a participação dos trabalhadores na gestão está bem consolidada. Ao longo de toda a hierarquia institucional, existem fóruns colegiados, que são responsáveis pela discussão e definição de questões pertinentes. Em cada um destes fóruns, a presença de representantes dos trabalhadores é assegurada.

No entanto, a autonomia dos gestores é limitada. No HBH2, não existe liberdade para a alocação dos recursos e os coordenadores não participam da gestão, apesar de se poder negociar recursos adicionais com a Diretoria. No HBH1, a alocação dos recursos é definida pelo Colegiado Gestor (instância máxima de deliberação da instituição). Os gestores assistenciais, assim como no HBH2, podem solicitar recursos adicionais à Diretoria para os setores, devendo, para isso apresentar justificativa.

A responsabilização individual dos trabalhadores se dá de maneira informal nos dois hospitais. Normalmente, acontece quando os resultados apresentados pelo trabalhador não estão de acordo com o esperado. A partir daí, são tomadas ações que variam desde conversas (que podem ser realizadas com a presença de profissionais do setor de Recursos Humanos) até punições.

4.5.1.1.5 Gestão da saída de trabalhadores

O controle das saídas é realizado no HBH1 com base em uma planilha, pela gerente de recursos humanos, não existindo nenhum tipo de tratamento dos dados. No HBH2, os indicadores de rotatividade são acompanhados, assim como as causas dos desligamentos investigadas nas entrevistas no momento da saída. No entanto, as Coordenações ainda não têm acesso a estes dados. A percepção dos gestores de recursos humanos é de que a rotatividade é superior no quadro de trabalhadores com vínculos celetistas em comparação com os trabalhadores estatutários. Estes estatutários deixam o hospital com menos frequência, pois possuem vínculo estável e os processos de exoneração conduzidos por parte da instituição são raros, demorados e complexos.

O grande impacto causado pela saída de profissionais é consenso entre todos os entrevistados nas duas instituições. Isso ocorre pois são contratados para o lugar de

trabalhadores integrados e experientes outros que ainda não conhecem as rotinas da instituição e necessitam de capacitação para o serviço. O impacto das saídas seria agravado quando não existem rotinas de trabalhos bem estabelecidas (como citado pelo coordenador médico do HBH2) e amenizado quando os gestores assistenciais estão devidamente integrados no trabalho (segundo a gerente de recursos humanos do HBH1).

As saídas de trabalhadores também acarretam a sobrecarga daqueles que continuam no setor. Até que outro trabalhador venha suprir a vaga, é necessário que trabalhem horas a mais. Com isso, é constatada no HBH2 a ampliação do número de adoecimentos ao longo dos anos.

4.5.1.2 Relação das Políticas e das práticas de recursos humanos com a Assistência

As contribuições das políticas e das práticas de recursos humanos nos hospitais, segundo os gestores do setor de Recursos Humanos, centram-se principalmente na busca por atender às necessidades dos trabalhadores e incentivá-los para a execução de um trabalho de qualidade.

Nos dois hospitais, são apontadas como limitações das políticas e das práticas de recursos humanos pelos gestores da área a dificuldade de reposição de pessoal de forma ágil e a dificuldade de garantir a entrada dos melhores profissionais com base nos processos seletivos tais como estruturados.

As contribuições das políticas e das práticas de recursos humanos se divergem na opinião dos gestores assistenciais. No HBH2, são apontados como positivos: trabalho com os dados a respeito de absenteísmo dos funcionários, mesmo que feito de forma precária; existência de políticas de carreira estruturadas; e trabalho da educação permanente (desenvolvido setor de enfermagem). No HBH1, a exigência de critérios mínimos de qualificação e capacitação, o acolhimento do profissional recém-contratado e o acompanhamento dos funcionários no setor são apontados como contribuições do trabalho realizado pelo setor de Recursos Humanos.

Os entraves das políticas e das práticas de recursos humanos também se divergem na opinião dos gestores assistenciais dos hospitais. No HBH2, são citadas a falta de divulgação da missão institucional por meio de treinamentos e capacitações e a falta de acompanhamento próximo do desgaste físico dos trabalhadores provocado pelo trabalho. No entanto, a maior crítica é feita pela gestora da enfermagem, que afirma que, devido à falta de estruturação das políticas e das práticas institucionais, foram desenvolvidas pelo setor políticas e práticas de gestão de recursos humanos paralelas, aplicadas somente a esta área. No HBH1, o principal entrave levantado é, mais uma vez, a lentidão no processo de contratação de novos funcionários.

4.5.1.3 Formas de contratação de pessoal

O HBH2 possui trabalhadores vinculados das seguintes maneiras: estatutários, celetistas, cooperados, trabalhadores autônomos, terceirizados e com vínculos de estudo (residentes, bolsistas e estudantes da Universidade). No HBH1, existem: empregados públicos, estatutários, contratos administrativos e trabalhadores autônomos.

Antes da Constituição de 1988, a entrada nas instituições se dava por indicação, não existindo concurso. Depois, este tipo de ingresso passou a não ser permitido. Com isso, foram realizados concursos internos, e os trabalhadores que já trabalhavam nos hospitais foram efetivados, ganhando os direitos de servidores públicos. A forma de ingresso nas instituições passou a ser por meio da aprovação de concurso público.

Sempre coexistiu nos hospitais a contratação de pessoal via formas alternativas: contratos administrativos (no caso do HBH1) e celetistas contratados pela fundação (no caso do HBH2). As diferenças de gestão e de comportamento dos profissionais contratadas a partir de diferentes vínculos são percebidas por todos os entrevistados das duas instituições.

No HBH2, a estabilidade de emprego (própria do vínculo estatutário) é apontada como um fator que faz com que estes trabalhadores tenham menor dedicação e menor compromisso com a instituição quando comparados com os celetistas (que podem perder o seu emprego no caso de desempenho insatisfatório). O tipo de

vínculo influenciaria então o comportamento do funcionário, sendo que a falta de comprometimento impacta diretamente os processos assistenciais.

Ainda para os entrevistados do HBH2, se, de um lado, os celetistas e os autônomos apresentam maior dedicação ao trabalho, de outro, o sentimento de pertencimento desses profissionais à instituição é diminuído. A falta de estabilidade faz com que eles optem por deixar os hospitais quando oferecidas melhores condições em outras instituições. No caso dos autônomos, ainda existe a ausência de possibilidade de aplicação de medidas disciplinares quando cometidas faltas.

Os profissionais das duas instituições comparam entre si os salários, os benefícios e a dedicação individual. Por essa razão, a convivência de diferentes vínculos gera atritos internos, os quais devem ser administrados pelas coordenações.

Quando se analisam questões a respeito da estruturação do processo seletivo, muitos fatores são levantados. O grande número de regras a serem seguidas para a realização do concurso público é apontado como um fator que atrasa a entrada de profissionais nas instituições. De outro lado, as regras existentes garantem a divulgação ampla do processo, favorecendo sua transparência.

É praticamente consenso entre os entrevistados que o processo seletivo realizado por meio de concursos públicos não é capaz de garantir a provisão dos melhores profissionais. Essa deficiência seria resultado dos predicados valorizados nas etapas deste tipo de processo seletivo. Ao definir como critério de seleção as provas teóricas, não existem garantias de que o conhecimento teórico será revertido em um bom atendimento ao paciente. Por essa razão, os representantes do setor de Recursos Humanos das duas instituições defendem processos seletivos em que o perfil individual e o profissional dos candidatos sejam considerados.

4.5.2 Hospitais administrados segundo regras privadas

4.5.2.1 Políticas e práticas de recursos humanos

4.5.2.1.1 Recrutamento e seleção

No HBH3 e no HBH4, existe apenas um modelo de recrutamento e seleção. Os selecionados no processo (realizado internamente) são contratados segundo as regras da CLT. Ambos estruturam o seu processo seletivo de forma similar: recebimento de currículos, dinâmicas ou entrevistas em grupo, entrevistas individuais, testes psicológicos e entrevistas técnicas. Os profissionais do setor de Recursos Humanos têm a meta de preencher as vagas em aberto no período de 15 dias úteis. No HBH4, a meta não tem sido atingida e no HBH3, este prazo é atendido em 90% dos casos.

No HBH3, segundo opinião dos entrevistados, o processo seletivo é capaz de respaldar a assistência, sendo, no entanto, prejudicado pela falta de opções de profissionais qualificados no mercado. No HBH4, apesar de o processo seletivo ser bem avaliado pelas profissionais do setor de Recursos Humanos, a coordenadora de Enfermagem afirma que o processo não é capaz de prover os profissionais para o trabalho assistencial com a agilidade necessária.

A entrada de médicos é realizada de forma paralela, não existindo seleção no setor de Recursos Humanos para estes cargos. No HBH3, estes profissionais são escolhidos pela diretora clínica com base na análise de currículo e de entrevista. Uma vez selecionados, são contratados como pessoa jurídica. Já no HBH4 estes profissionais são escolhidos pelos coordenadores das áreas de forma similar, mas são contratados segundo as regras dos demais, ou seja, seu contrato de trabalho também é regido pelas regras da CLT.

Existe, ainda, a contratação de profissionais autônomos em ambos os hospitais, principalmente quando se trata do trabalho médico. No entanto, enquanto no HBH3 todos os médicos possuem esse vínculo de trabalho, no HBH4 ele é usado apenas para cobrir falhas na escala, resultado de vacância temporária no plantão ou férias.

4.5.2.1.2 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – emprego

Nos dois hospitais, as descrições dos cargos aconteceu em 2007 e são revistas periodicamente. No HBH3, foi acrescentado às descrições das atividades o perfil de competências necessárias para cada cargo. A divulgação dessas descrições é falha nas duas organizações.

Não existe código de conduta formalizado que abranja todos os trabalhadores dos hospitais. No HBH3, é disponibilizado aos coordenadores um Manual De Gestão De Pessoas e Equipes, que possui orientações legais a respeito das regras da Medicina e Segurança do Trabalho. No HBH4 existe a tentativa de criação de um manual, a ser entregue para o funcionário, que irá conter as condutas permitidas e proibidas pela instituição. A falta de um código de conduta padronizado impacta o trabalho assistencial, na opinião dos gestores assistenciais. O desconhecimento das regras institucionais gera diferenciação na conduta dos coordenadores nas diferentes áreas dos hospitais.

Quanto à gestão de habilidades combinadas às tarefas, no HBH3 está em fase final a implantação do modelo de gestão por competências. Todos os cargos foram mapeados e existe a listagem das competências necessárias em cada um deles. Com isso, a gestão de pessoal passará a ser realizada levando-se em consideração as habilidades, as atitudes e os conhecimentos dos funcionários. No HBH4, não existe um processo de gestão das habilidades combinadas com as tarefas formalizado e que contemple todos os setores. Foi implantado na área da enfermagem um projeto piloto, dentro do qual foi desenvolvida uma listagem das tarefas a serem executadas pelos profissionais, os quais são avaliados de acordo com esta lista.

O controle do quantitativo de pessoal é considerado uma questão extremamente importante nos dois hospitais, pois impacta diretamente os gastos totais das instituições. Por isso, devem ser acompanhados de perto. O dimensionamento de quadro é controlado minuciosamente pelos profissionais do setor de Recursos Humanos.

A supervisão dos trabalhadores no hospital é realizada pelos coordenadores das áreas e pelos profissionais que estão em posições de gerência ou de coordenação de equipe, mesmo que não possuam formalmente o cargo de Coordenadores.

No que diz respeito à supervisão dos trabalhadores, o setor de Recursos Humanos nos dois hospitais assume o papel prioritário de contribuir para o fortalecimento da gestão, mediante o acompanhamento dos coordenadores em suas atividades. Os profissionais do setor de Recursos Humanos normalmente só estabelecem contato direto com os funcionários como segundo plano, quando o coordenador solicita este apoio ou quando a primeira abordagem realizada na área não surtiu os efeitos desejados.

Na área da Enfermagem, os enfermeiros são responsáveis pela supervisão dos profissionais técnicos e os coordenadores de enfermagem supervisionam o trabalho dos enfermeiros. Os coordenadores de enfermagem, por sua vez, são supervisionados por uma coordenação geral (ou gerência) de enfermagem.

4.5.2.1.3 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – sistema de apoio

As remunerações dos dois hospitais são definidas, basicamente, de acordo com o mercado. Para tanto, são realizadas pesquisas para constatar a adequação dos salários pagos em reação àquilo que é praticado por outras instituições. No HBH3, esta pesquisa é realizada anualmente. Existe a meta de que 75% das remunerações dos cargos estejam na média do primeiro quartil do mercado. Atualmente, esse percentual é de 76%. No entanto, as categorias de Enfermagem (que, proporcionalmente, representam um grande quantitativo na instituição) têm a remuneração muito defasada. Para a definição das remunerações no HBH4, além da percepção do mercado externo, existe a busca por uma coerência interna. O alinhamento externo é um desafio, devido à necessidade de manter as contas da instituição no nível do orçamento predeterminado. De acordo com pesquisa realizada em 2009, a maioria dos salários praticados no hospital se encontra na média do mercado.

Nos dois hospitais, a satisfação dos trabalhadores com o salário foi avaliada em recente pesquisa. No HBH3, constatou-se que o nível de insatisfação dos trabalhadores encontra-se em torno de 70%. No HBH4, pesquisa de satisfação dos trabalhadores mostrou que a 50% deles estão insatisfeitos com as remunerações.

Nos dois hospitais, não existe uma tabela com a progressão na carreira definida. Os reajustes salariais são concedidos com base em negociação com os sindicatos ou em casos pontuais, em que seja necessária a adequação ao mercado ou como premiação ao bom desempenho.

No HBH3, o setor de Recursos Humanos está começando a implantar a avaliação de desempenho segundo as competências definidas para cada cargo. No HBH4, existe um projeto piloto de avaliação de desempenho baseado nas tarefas a serem realizadas no setor da Enfermagem.

A comunicação formal nos hospitais é realizada por meio de vários canais, dentre os quais podem ser citados: cartões colocados na mesa do refeitório, murais, jornais internos, internet, intranet, e-mails e reuniões periódicas. Informalmente, a comunicação se dá principalmente por meio de conversas entre os trabalhadores, e destes com os coordenadores. A comunicação dos funcionários com seus superiores é avaliada como sendo muito aberta nas duas instituições. Nos dois hospitais, as Coordenações, e até mesmo, a Diretoria (no caso do HBH4) podem ser acessadas facilmente em caso de demandas. O setor de Recursos Humanos do HBH3 também é procurado pelos trabalhadores quando possuem demandas. No HBH4, este tipo de procura é reduzida.

No HBH3, a avaliação dos entrevistados é de que as informações para a execução das atividades assistenciais estão disponíveis a todos os trabalhadores. No HBH4, existe um esforço para a padronização dos processos e para sua disponibilização em forma de documentos, ainda em desenvolvimento.

As estruturas dos hospitais carecem de reformas. No HBH3, são conseguidas verbas de vários parceiros da instituição. Com isso, têm sido feitos investimentos na parte elétrica do hospital, buscando garantir a segurança dos pacientes. Já no HBH4 a questão estrutural é mais delicada. Segundo os entrevistados, algumas áreas

específicas não estão adequadas à assistência aos pacientes, impactando diretamente o cuidado ao paciente e a satisfação dos trabalhadores.

Nos dois hospitais, segundo todos os profissionais entrevistados, os suprimentos (material médico e medicamentos) necessários estão à disposição dos profissionais, contribuindo para um bom atendimento ao paciente. Existe nas duas instituições a preocupação com a questão financeira e com o não desperdício de suprimentos.

4.5.2.1.4 Fatores relacionados com à melhoria do desempenho – ambiente favorável

O HBH3 e o HBH4 possuem diferentes níveis de desenvolvimento dos programas de capacitação. No HBH3, existem treinamentos promovidos pelo setor de Recursos Humanos e pela Educação Continuada da Enfermagem. O critério prioritário para a execução de atividades de treinamento é que estas estejam ligadas diretamente as atividades e que tragam mais retorno do que o investimento. As necessidades de treinamento são levantadas a partir de formulário próprio. No HBH4, não existe programa de treinamento estruturado pelo setor de Recursos Humanos; apenas iniciativas isoladas, como a parceria com escolas técnicas para a provisão de cursos e a Educação Continuada da Enfermagem. Não existe avaliação das necessidades de treinamento global.

Nos dois hospitais, é percebida a preocupação com o desenvolvimento gerencial. No HBH4, foi realizado recentemente um curso para as Coordenações, em que foram trabalhadas ferramentas técnicas para a gestão. Constatou-se a necessidade de capacitação em questões comportamentais. O setor de Recursos Humanos do HBH3 também desenvolve ações de desenvolvimento de lideranças.

Todos os treinamentos e capacitações realizadas no HBH3 são avaliados, por meio de diversas metodologias. No HBH4, os treinamentos são avaliados de maneira informal. Consistem da coleta das percepções dos treinados após o processo de capacitação.

Nos dois hospitais, os entrevistados acreditam que os trabalhadores conhecem os objetivos de seu trabalho. Este conhecimento geralmente é adquirido a partir dos treinamentos introdutórios e facilitado por se tratar, na maioria das vezes, de um trabalho técnico.

Os objetivos institucionais são maciçamente divulgados no HBH3 e são de conhecimento da maioria dos trabalhadores, segundo pesquisa de clima realizada recentemente. Já no HBH4 não existe consenso entre os entrevistados a respeito do conhecimento dos trabalhadores com relação aos objetivos do hospital.

Os dois hospitais carecem da estruturação de uma política de premiação e reconhecimento para os funcionários. Ao citarem os prêmios disponibilizados aos funcionários, as opiniões dos entrevistados se divergem, sendo que nas duas instituições a provisão de cursos e a capacitação são vistas como forma de premiação.

As punições nas instituições seguem as regras da CLT. Portanto, variam desde uma advertência verbal até a suspensão. As medidas punitivas são inicialmente aplicadas pelos coordenadores e somente os casos de reincidência são tratados pelo setor de Recursos Humanos. Segundo os entrevistados do HBH3, a maioria dos trabalhadores punidos entende os motivos que levaram o coordenador a tomar essa atitude. No HBH4, o quadro é o oposto. Para a assessora de recursos humanos da instituição, quando punidos, os funcionários tendem a assumir a postura de vítima, acreditando que estão sendo injustiçados. As Coordenações Assistenciais destacam que a falta de regras para a aplicação de punições gera insegurança nas Coordenações, resistência dos funcionários e discrepâncias com relação às medidas punitivas entre os setores e nas próprias áreas.

Nos dois hospitais, os entrevistados afirmam que o trabalho em equipe é valorizado. No HBH3, a necessidade do trabalho em equipe é enfatizada pela da definição clara dos papéis na assistência e pela promoção de eventos realizados. No HBH4, a descrição dos cargos e a estruturação do modelo assistencial enfatizam a necessidade de que o trabalho deve ser realizado de forma conjunta.

Os dois hospitais se diferem sensivelmente no que diz respeito à participação dos

trabalhadores na gestão do hospital. No HBH3, a participação nas decisões está assegurada até o nível das Coordenações. Abaixo desse nível, os trabalhadores são representados pelos seus chefes no Colegiado Gestor. No HBH4, a gestão é feita de uma forma colegiada. Várias áreas possuem o seu Colegiado Gestor, no qual estão representadas todas as categorias de trabalhadores presentes na área. As decisões da Diretoria também contam com a participação dos coordenadores. Às vezes, são consultados, até mesmo, profissionais ligados à assistência que não ocupam cargos de coordenação.

A liberdade dos gestores é similar nas instituições. A Diretoria tem liberdade limitada para a alocação das verbas, uma vez que devem ser seguidas algumas regras pactuadas. Nos setores, os gestores possuem certa liberdade para a utilização dos recursos, limitada às questões financeiras da instituição.

Não existem metodologias de responsabilização individual dos trabalhadores nos hospitais. No HBH3, o trabalho individual é visto como necessário para a contribuição para a equipe e importante para atingir os objetivos gerais. Por essa razão, os resultados obtidos são tidos como grupais. No HBH4, a responsabilização individual é comprometida pela falta de definição de metas e indicadores, e pela dificuldade inerente à mensuração da contribuição pessoal de cada trabalhador ao trabalho assistencial.

4.5.2.1.5 Gestão da saída de trabalhadores

O setor de Recursos Humanos dos dois hospitais trabalham as saídas de profissionais de forma similar. São realizados acompanhamentos numéricos e entrevistas de desligamento com os trabalhadores que deixam as instituições. São produzidos dados a respeito das saídas, que são disponibilizados para os coordenadores das áreas.

Nas duas instituições, antes que seja inevitável a demissão de um trabalhador, são feitas tentativas por parte dos profissionais do setor de Recursos Humanos de reversão do desligamento, os quais intervêm nos casos em que julgam que a Coordenação ainda não lançou mão de todos os recursos disponíveis. Este trabalho tem por objetivo proporcionar chances de melhora para os trabalhadores e diminuir o

número de saídas da instituição. As saídas, além de prejudicar o trabalho assistencial, acarretam grande ônus financeiro para as instituições.

Não existem programas específicos para a gestão da saída de trabalhadores nas instituições. No HBH3, as gestoras de recursos humanos acreditam que os trabalhos realizados visando à melhoria do clima interno impactam positivamente a fixação de profissionais.

As saídas de pessoal geram grande impacto na assistência, na visão de praticamente todos os entrevistados. Este impacto acontece principalmente por meio da perda de profissionais já capacitados. Estes profissionais, normalmente, são repostos por trabalhadores que ainda necessitam ser treinados, o que vai demandar algum tempo para que eles se adaptem ao funcionamento dos hospitais.

No HBH3, são citados, ainda, como impactos na assistência causados pela saída de profissionais o prejuízo na visão do cliente e o desperdício de material. A gerente de enfermagem afirma que a alta rotatividade chega a comprometer diretamente os objetivos dos setores. No HBH4, a coordenadora médica afirma que o desligamento de profissionais médicos é agravado pela indisponibilidade de profissionais no mercado.

4.5.2.2 Relação das políticas e das práticas de recursos humanos com a Assistência

As respostas a respeito dos impactos positivos na Assistência das políticas e das práticas de recursos humanos, da forma como estruturadas, apresentaram um padrão interessante nos hospitais. Em ambos, as responsáveis pelo setor de Recursos Humanos acreditam que a maior contribuição tem sido o trabalho de fortalecimento da gestão de pessoas, criando um sentimento de corresponsabilidade das coordenações diante das decisões administrativas. A tentativa de capacitação das Coordenações para que elas possuam mais autonomia na gestão dos setores e na resolução dos problemas é um processo em curso nas duas instituições. Da mesma maneira, as analistas de recursos humanos das instituições apresentaram respostas similares entre si. Para elas, os processos seletivos, tal como estruturados, ajudam o

bom funcionamento da Assistência.

Quanto aos entraves causados pelas políticas e pelas práticas de recursos humanos para a Assistência, são apontadas pelas gestoras de recursos humanos fatores externos ao controle dos profissionais do setor. Enquanto no HBH3 o maior problema seria a falta de profissionais qualificados no mercado, no HBH4 o maior impacto advém da necessidade de seguir as regras de contratação da CLT, tornando os processos burocráticos.

Dentre os coordenadores assistenciais, as relações das políticas e das práticas de recursos humanos com a Assistência são vistas de variadas formas. Para a gerente de enfermagem do HBH3 a boa relação com os profissionais do setor de Recursos Humanos faz com que a gestão de pessoal seja realizada de forma conjunta. No HBH4, os pontos positivos apontados estão relacionados ao trabalho do Departamento Pessoal (que na instituição faz parte do setor de Recursos Humanos) e seriam principalmente a facilidade de negociação de datas de demissão e admissão, e o bom controle das questões legais.

Como pontos negativos, as coordenações assistenciais do HBH4 citaram: falta de políticas de reconhecimento dos trabalhadores; demora de contratação de um novo profissional; aumento de funcionários que apresentam restrições médicas no setor e o fato de o processo seletivo não corresponder ao definido na política de recrutamento e seleção nos casos de indicações da Diretoria.

4.5.2.3 Formas de contratação de pessoal

Nos dois hospitais, os trabalhadores são contratados segundo as regras da CLT, pelas Fundações de Apoio responsáveis pela gestão das instituições, contemplando estudantes (estagiários) e médicos residentes. O contrato de médicos de forma autônoma é usado como recurso nos hospitais, sendo que no HBH3 todos os profissionais são vinculados por meio dessa modalidade e no HBH4 ela é utilizada apenas para a cobertura de eventuais falhas na escala de plantões.

A vinculação dos profissionais médicos por meio de contratos de pessoa jurídica no HBH3 faz com o setor de Recursos Humanos não seja responsável por sua gestão. Portanto, por se entender que não existe uma gestão propriamente dita deste quadro, não foram apontadas as “diferenças na gestão”.

No caso do HBH4, a vinculação dos médicos por meio das regras da CLT é vista como positiva e capaz de gerar o sentimento de certa estabilidade nos trabalhadores, o que no longo prazo contribui para maior fixação destes profissionais. No entanto, a flexibilidade possível na contratação de autônomos é essencial para o funcionamento do hospital. São percebidas diferenças nas posturas profissionais dentre os dois vínculos de trabalho. Resguardadas as diferenças individuais, os trabalhadores que não possuem vínculo formal com a instituição tendem a não apresentar o mesmo comprometimento dos celetistas.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS – COMPARAÇÃO DAS POLÍTICAS E DAS PRÁTICAS DE RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS DE NATUREZA JURÍDICA PÚBLICA E HOSPITAIS DE NATUREZA JURÍDICA PRIVADA

A análise dos dados será estruturada a partir das categorias previamente definidas para tal fim. Seguirá a mesma ordenação comum ao roteiro de pesquisa, preservada até aqui.

5.1 Políticas e práticas de recursos humanos

5.1.1 Recrutamento e seleção

A forma como está estruturada a administração geral do hospital determina sua forma de vinculação de trabalhadores e, em última instância, o modelo de recrutamento e seleção. Portanto, assim como definido por Neto, Barbosa e Santos (2009), os hospitais do administrados segundo as regras públicas vinculam seus funcionários por meio do RJU e aqueles administrados de acordo com as regras privadas vinculam os trabalhadores segundo as regras da CLT, prioritariamente.

Para a contratação via RJU, são realizados concursos públicos. Os aprovados nos concursos são então contratados como funcionários públicos, regidos pelo Regime Jurídico Único. Segundo as observações feitas nas duas instituições que realizam esse processo, o concurso específico para a instituição garante a seleção de profissionais que desejam trabalhar em instituições hospitalares, o mesmo não acontecendo quando existem múltiplas possibilidades de alocação dos aprovados, como no caso das Universidades.

A aprovação no concurso garante a contratação dos profissionais. Portanto, eles chegam às instituições previamente selecionados, cabendo ao setor de Recursos Humanos apenas promover sua alocação nas vagas disponíveis. Essa seria a primeira grande diferença entre a função do setor de Recursos Humanos quando comparados os hospitais dos dois grupos. Nos hospitais administrados segundo as regras públicas,

não existe autonomia e capacidade de gestão quanto à escolha dos trabalhadores. Essa falta de autonomia é somada à incapacidade do concurso público de selecionar os melhores trabalhadores, ocasionando fortes críticas a este sistema de seleção. A metodologia de valorização de títulos e conhecimentos teóricos parece não ser eficaz para garantir o ingresso de trabalhadores aptos ao trabalho assistencial em unidades de atendimento complexas.

A questão do ingresso de trabalhadores nos hospitais orientados pelas regras públicas ainda é prejudicada pela falta de concursos regulares e pela morosidade deste processo seletivo quanto ocorre. Com isso, torna-se indispensável ao funcionamento do hospital a contratar profissionais subordinados a outros vínculos de trabalho, mais imediatos e flexíveis. Para a escolha destes profissionais, é instaurado processo seletivo paralelo e fica estabelecida a convivência de profissionais regidos por diferentes regras jurídicas. Tal prática, por estar em desacordo com a legislação vigente, é constantemente questionada pelos entes públicos fiscalizadores.

Nos casos dos hospitais administrados segundo as regras privadas, a contratação é realizada segundo a CLT. Nestes casos existe apenas um modelo de seleção e ingresso nas instituições, de responsabilidade do setor de Recursos Humanos. Vale ressaltar, no entanto, que a contratação dos profissionais médicos não passa por este fluxo. Eles são selecionados com base em mecanismos mais informais nas duas instituições.

O processo seletivo para a contratação via CLT tende a ser mais dinâmico, quando comparado com as regras impostas para a realização dos concursos públicos e, ainda, possibilita (segundo os dados colhidos) a escolha de profissionais mais aptos ao trabalho assistencial. No entanto, não existe publicidade ampla quanto às vagas em aberto, às regras de escolha, aos resultados obtidos pelos candidatos durante o processo seletivo e à lista de aprovados. Normalmente, a divulgação das vagas em aberto somente é realizada quando não se tem um número de currículos satisfatório para a seleção. Com isso, estes processos são mais passíveis de questionamentos, e sua auditoria externa pode ser um processo mais delicado.

Além dessas formas de contratação, existem nos hospitais pesquisados, assim como constatado por Nogueira (2003), várias outras formas de contratação temporária e

precária: contratos administrativos, empresas que fornecem mão de obra (terceirizadas), profissionais autônomos (principalmente médicos), cooperados e pessoa jurídica.

Para a provisão de vagas em aberto ou para a adequação de funcionários que não estão se adaptando ao atual setor, está consolidada nos hospitais administrados segundo as regras públicas a prática de remanejamento interno. A mudança também pode acontecer por iniciativa do funcionário, quando este deseja uma oportunidade de aprender novas habilidades. Seja qual for o caso, a solicitação do remanejamento interno passa pelo setor de Recursos Humanos, que tem o papel de mediar o conflito, caso ele exista, e fazer as negociações internas pertinentes à mudança de setor. Esta prática está intimamente ligada à maior estabilidade dos vínculos de trabalho dos funcionários públicos.

5.1.2 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – emprego

As alavancas relacionadas ao emprego são específicas a cada cargo. A primeira delas, segundo a OMS (2007), seria a descrição de postos de trabalho. A importância da existência dessas descrições está relacionada ao estabelecimento de objetivos claros, responsabilidades, autoridades e linhas de responsabilidade.

Nos hospitais analisados, existe a descrição dos postos de trabalho, em maior ou menor grau, sendo que nos hospitais administrados segundo as regras públicas as descrições são mais formais e estabelecidas com base em leis e regimentos governamentais. No entanto, a formalização das funções dos cargos por si só não é capaz de estabelecer os objetivos, responsabilidades, autoridades e responsabilidades na organização, uma vez que isso depende da divulgação maciça das funções, e esta divulgação, em todos os hospitais, é incipiente.

A segunda alavanca relacionada ao emprego seria a existência e divulgação de códigos de conduta, que seriam capazes de criar valores, padrões e aspirações comuns, gerando um senso de identidade profissional valioso (OMS, 2007).

Este instrumento existe nos hospitais administrados segundo as regras públicas (um deles utiliza as regras do RJU e o outro possui um código de ética montado pelos funcionários). No entanto, não estão acessíveis aos trabalhadores e nem reconhecidos pelos coordenadores da Assistência. Nos hospitais administrados segundo as regras privadas, não existe código de conduta formalizado, o que, segundo os gestores assistenciais, causa diferenciação na conduta dos coordenadores nas diferentes áreas dos hospitais.

A combinação das tarefas com as habilidades, segundo a OMS (2007), permite ao trabalhador desenvolver seu potencial de trabalho nas atividades para as quais está mais habilitado. No entanto, essa é uma alavanca que só é utilizada de maneira sistemática em um dos hospitais analisados.

Nos hospitais administrados segundo as regras públicas, existe apenas a adequação dos trabalhadores que ingressam na instituição por meio de concurso nas áreas de acordo com um perfil desenhado. Nestas instituições, a adequação das tarefas às habilidades é prejudicada pela falta de mobilidade interna dos servidores (e empregados) públicos, uma vez que a estes é vedada a mudança de cargos na instituição. O controle do quantitativo de pessoal é realizado buscando manter a instituição nos limites de trabalhadores estabelecidos e não comprometer os gastos institucionais.

Já nos hospitais geridos segundo as regras privadas existe maior flexibilidade das funções. Com isso, ocorre a tentativa de estruturação de metodologias mais formais de gestão das habilidades combinadas às tarefas. Nestas instituições, o controle do quantitativo de pessoal também é considerado uma questão prioritária, pelo potencial de impacto nos gastos gerais do hospital. Por isso, é acompanhado de perto pelas lideranças do setor de Recursos Humanos.

Mais uma vez, é possível notar que a autonomia de gestão de recursos humanos é maior nas instituições quando administradas segundo as regras privadas. As regras da administração pública engessam a mudança de cargos nas organizações. Com isso, habilidades que poderiam ser postas a serviço dos pacientes não são utilizadas.

A última alavanca relacionada ao emprego, segundo a OMS (2007), seria a supervisão exercida visando ao apoio ao trabalhador e ajudando na resolução de problemas. A estruturação da pesquisa tal como foi realizada falha em perceber como se dá diariamente a supervisão dos trabalhadores, sendo para isso necessário um estudo mais aprofundado. No entanto, foi possível constatar que a supervisão de pessoal é de responsabilidade dos coordenadores das áreas e se dá, na maioria das vezes, de forma direta e com base em reuniões periódicas.

A grande diferença na supervisão dos trabalhadores entre os dois grupos analisados está no papel assumido pelo setor de Recursos Humanos. Nos hospitais administrados segundo as regras públicas, cabe ao setor mediar os conflitos que surgem entre as Coordenações e os trabalhadores. Já no segundo grupo, o setor de Recursos Humanos assume papel prioritário de contribuir para o fortalecimento da gestão, mediante o acompanhamento dos coordenadores em suas atividades. Neste caso, os profissionais do setor de Recursos Humanos só estabelecem contato direto com os funcionários como segundo plano, quando o coordenador solicita este apoio ou quando a primeira abordagem realizada na área não surtiu os efeitos desejados. Destaca-se neste caso uma atuação mais estratégica nas organizações administradas segundo as regras privadas.

5.1.3 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – sistema de apoio

Os fatores relacionados à melhoria do desempenho por meio dos sistemas de apoio dizem respeito à necessidade de instrumentos adequados para que os trabalhadores realizem o seu trabalho. O primeiro deles seria a remuneração, que influencia o comportamento dos trabalhadores de saúde, dependendo da forma como é realizada (regularidade do pagamento), do modo de pagamento (por salários fixos, por serviço ou por contrato) e da existência de outros incentivos (OMS, 2007).

A definição das remunerações dos hospitais é diferente nos dois grupos estudados. Enquanto nos hospitais administrados segundo as regras públicas os salários estão definidos em tabela negociada com o sindicato ou por lei específica, nos hospitais administrados segundo as regras privadas eles são definidos, basicamente, de acordo

com o mercado. Isso demonstra, mais uma vez, a maior rigidez na gestão do primeiro grupo e a lógica de mercado estruturante da gestão de recursos humanos no segundo grupo. A percepção geral é que os salários pagos estão de acordo com o mercado, excetuando-se algumas categorias específicas nas instituições.

As carreiras também são diferenciadas quando comparados os dois grupos de hospitais. Enquanto os hospitais administrados segundo as regras públicas oferecem aos seus trabalhadores planos de carreiras bem definidos e progressões baseadas em tempo de serviço e avaliações de desempenho, nos hospitais administrados segundo as regras privadas não existe nenhuma definição formal de carreira. Nestas instituições, os aumentos salariais são concedidos de forma isolada ou como resultado de negociação sindical.

Com isso, a avaliação de desempenho ganha diferentes sentidos nos grupos de hospitais. Por ser um critério para a progressão na carreira, as avaliações de desempenho são aplicadas nos hospitais administrados segundo as regras públicas de forma generalizada. São constatadas nestas instituições inadequações quanto ao sistema atual de avaliação. A avaliação funcional tende a ser positiva na maioria absoluta nos casos, não tendo sido constatados casos expressivos de trabalhadores que não conseguem a progressão na carreira. Além disso, os formulários usados são padronizados para todas as áreas e não refletem, de fato, a contribuição individual dos trabalhadores para os resultados organizacionais.

Já nos hospitais administrados segundo as regras privadas a preocupação com a medição da real contribuição dos funcionários para os resultados está mais presente. Nestas instituições (mesmo que não totalmente implantadas), as avaliações de desempenho são vistas como importantes para o desenvolvimento do quadro de funcionários. No entanto, pela inexistência de planos de carreira, uma boa avaliação não será refletida em ganhos em termos de progressão.

Outra alavanca relacionada ao sistema de apoio ao trabalho, segundo a OMS (2007), seria a comunicação e circulação adequada de informações. Os trabalhadores bem informados seriam capazes de realizar o seu trabalho de maneira mais eficiente. Os hospitais possuem diversos canais institucionais de comunicação, sendo a conversa (tanto entre os trabalhadores como destes com os coordenadores) apontada como

importante forma de expressão em todas as instituições. Existe um esforço de padronização e divulgação das informações necessárias para a execução do trabalho. Mas, aparentemente, muito ainda pode ser desenvolvido nesse campo. Não existem diferenças expressivas quanto à comunicação nos dois grupos de hospitais estudados.

Há de se ressaltar a existência de canais de comunicação não garante por si só a acessibilidade ao conhecimento necessário diariamente e o correto entendimento do material divulgado. Como este estudo se baseia na percepção dos gestores, não é possível o acesso ao real alcance da comunicação nas instituições, sendo que este poderia ser um tema mais bem investigado em outros estudos.

A última alavanca relacionada aos sistemas de apoio citada pela OMS (2007) contemplaria a adequada infraestrutura e a disponibilidade de suprimentos para o trabalho assistencial.

O desgaste estrutural é constatado em diferentes graus em todos os hospitais pesquisados. Isso se dá principalmente por dois fatores: as construções prediais são antigas e precisam de reformas (que têm sido feitas de acordo com as possibilidades financeiras das instituições) e o dimensionamento dos prédios segundo as demandas de atendimento da época da construção, que ao longo do tempo se mostraram insuficientes para o número de atendimentos.

É de se destacar o esforço para a adequação das estruturas em quase todos os hospitais, mediante negociações com diversas fontes para a arrecadação de fundos para as reformas necessárias. No entanto, a questão estrutural limita o atendimento assistencial em diferentes graus.

Em sentido oposto, é reconhecida a presença dos suprimentos (materiais e medicamentos) necessários ao trabalho assistencial em todas as instituições, em número e qualidade necessária. No entanto, é possível notar maior preocupação com o controle dos gastos com suprimentos nos hospitais administrados segundo as regras privadas. Essa preocupação, mais uma vez, está intimamente ligada à necessidade existente de adequação dos gastos destas instituições ao financiamento disponível para seu funcionamento. A responsabilidade direta pela gestão dos recursos específicos gera na administração maior urgência pelo seu controle.

5.1.4 Fatores relacionados à melhoria do desempenho – ambiente favorável

Os fatores relacionados à melhoria do desempenho com base na criação de um ambiente de trabalho positivo são: aprendizado contínuo; gestão de equipes e responsabilidade com responsabilização. O aprendizado contínuo tem o objetivo de garantir aos trabalhadores conhecimentos atualizados para a execução do trabalho (OMS, 2007).

Não existe nenhuma correlação entre o grau de desenvolvimento das políticas e das práticas de aprendizado contínuo e a forma de gestão dos hospitais. Nas instituições que estão mais desenvolvidas neste campo, somam-se aos treinamentos técnicos capacitações comportamentais, de responsabilidade do setor de Recursos Humanos. Em apenas um hospital não existe levantamento de necessidades de treinamento.

Em todas as instituições, são de responsabilidade dos coordenadores das áreas os treinamentos técnicos de seu pessoal. Além disso, no setor de Enfermagem de todos os hospitais são desenvolvidos programas de educação continuada, normalmente, em paralelo às atividades do setor de Recursos Humanos, obtendo, no entanto, apoio desta área, quando necessário.

O único aspecto singular quanto à capacitação de pessoal que se relaciona à natureza jurídica das instituições prende-se à preocupação com o desenvolvimento das Coordenações por parte dos profissionais do setor de Recursos Humanos. Nos hospitais administrados segundo as regras privadas, é reconhecida a importância de desenvolver nas Coordenações Assistenciais habilidades de gestão de pessoal. Tal preocupação vem ao encontro do objetivo de responsabilização das Coordenações pela gestão global das instituições, típica da lógica privada de administração.

Apesar de ter sido constatado esforço no sentido de prover capacitação e treinamento aos trabalhadores nas instituições, apenas um hospital mede a contribuição de fato das atividades realizadas neste sentido, por meio de instrumentos específicos. Nas demais instituições, o retorno dos treinamentos se baseia majoritariamente na percepção subjetiva dos trabalhadores e dos coordenadores a respeito da atividade realizada. É de se ressaltar que a mensuração de resultados dos treinamentos é de

suma importância, uma vez que garante que os investimentos em capacitação (em sua maioria proveniente dos cofres públicos) estejam sendo bem utilizados.

O segundo fator ligado ao ambiente favorável, segundo a OMS (2007), seria a gestão de equipes. Por isso, entende-se o conjunto de incentivos provenientes de uma boa gestão ou liderança, garantindo senso de visão e missão aos funcionários, bem como seu reconhecimento e valorização.

Os gestores afirmam, de maneira geral, que o trabalho em equipe é valorizado nas instituições. A própria estruturação das atividades laborais pressupõe a organização do trabalho coletivamente e em equipe, sendo impossível a efetivação do cuidado assistencial de forma isolada. No entanto, não é possível constatar, segundo o método utilizado neste estudo, se esta valorização de fato acontece na prática.

Na mesma linha, os entrevistados afirmam que os trabalhadores conhecem os objetivos do próprio trabalho, uma vez que são divulgados nos treinamentos introdutórios e no contato diário com as coordenações. Quanto aos objetivos dos hospitais, o conhecimento dos trabalhadores varia de acordo com a divulgação deles, sendo este mais maciço em algumas instituições (não existindo correlações com sua natureza jurídica).

A valorização dos trabalhadores está ligada aos sistemas de premiação e punição das instituições. Uma boa gestão de recursos humanos possui ferramentas para a premiação do bom desempenho, assim como para a punição nos casos de comportamentos indevidos.

No entanto, somente um hospital possui um sistema de premiação estruturado. Mesmo neste caso a premiação não é dada ao trabalhador pessoalmente, e sim aos setores que atingem metas previamente pactuadas com a gestão. Outro hospital possui a definição de metas a serem atingidas, mas não existem premiações específicas caso os objetivos sejam cumpridos. Esse descompasso entre metas pactuadas e premiação faz com que ambos os sistemas seja falhos. Ao mesmo tempo em que a premiação não reflete o bom desempenho individual no primeiro caso, o bom desempenho não se reflete na premiação no segundo. Nos outros hospitais, faltam tanto a definição de metas quando a definição de um sistema de premiação.

Como punições, são aplicadas as previstas nas leis que regem cada um dos vínculos. Em geral, percebe-se grande preocupação em seguir as regras de punição detalhadamente, buscando evitar contestações jurídicas posteriores. Aos trabalhadores celetistas são aplicadas as determinações da CLT. As punições variam de advertência verbal até suspensão.

As punições aplicadas aos funcionários e empregados públicos variam desde uma advertência verbal até a exoneração do cargo. Os casos mais graves são apurados externamente, por órgãos competentes. Uma vez encaminhado para essas instâncias, o processo de apuração tende a ser demorado, pois devem ser seguidas as regras estipuladas, garantindo ao trabalhador amplo direito de defesa. Com isso, o desligamento dos funcionários e dos empregados públicos é dificultado, gerando a permanência de trabalhadores que têm comportamentos inadequados ou desempenho insatisfatório no quadro da instituição. Na prática, aconteceram poucos casos de exoneração de empregados ou de funcionários públicos.

O último fator relacionado ao ambiente de trabalho é a responsabilização dos gestores e dos trabalhadores de saúde. No que diz respeito aos gestores, a responsabilização está intimamente ligada à autonomia de gestão e à possibilidade de definições de questões como a alocação de fundos, gerando agilidade na resolução de problemas. Com relação os trabalhadores, o fator impulsionador do desempenho seria a responsabilização individual pelas ações (OMS, 2007).

A autonomia de gestão é limitada em todas as organizações. A Diretoria define, em certa medida, a alocação de verbas, conforme o acordado com instâncias superiores. Nas áreas, as Coordenações têm a possibilidade de negociar verbas específicas, por meio de argumentações perante a Diretoria. A limitação é fruto principalmente da necessidade de contenção de gastos por parte das instituições.

Os trabalhadores só são responsabilizados pelo resultado de seu trabalho de maneira informal. Argumenta-se que existe na área da Saúde dificuldade de mensurar o resultado individual. Este parece ser um grande desafio para a estruturação de políticas e das práticas de recursos humanos nesta área. Primeiramente, o cuidado ao paciente é interdisciplinar. Além disso, o tratamento contínuo exige a sucessão de profissionais, que se revezam ao longo do tempo. Por fim, a melhora do quadro de

saúde não pode ser medida objetivamente, devendo ser considerados para tanto vários fatores, objetivos e subjetivos. Com isso, a medição da real contribuição de cada profissional no tratamento dos pacientes torna-se de fato uma tarefa complexa, e o resultado do trabalho é entendido como um resultado grupal.

No entanto, a falta de sistematização de mecanismos de responsabilização individual faz com que os atos individuais só sejam evidenciados quando algo não correu como deveria na assistência ao paciente. Nestes casos, punições podem ser aplicadas.

Apenas em um dos hospitais estudados não é garantida a participação dos trabalhadores na gestão. Normalmente, ao longo de toda a hierarquia institucional existem fóruns colegiados que são responsáveis pela discussão e definição das questões pertinentes. Estes fóruns, compostos por representantes de trabalhadores, estendem-se até mesmo à Diretoria, assegurando que as decisões tomadas sejam fruto de uma discussão ampliada.

5.1.5 Gestão da saída de trabalhadores

Para a OMS (2007), o gerenciamento das saídas dos trabalhadores é importante, pois busca diminuir o desgaste numérico de profissionais e o desperdício de recursos humanos. Além disso, o treinamento inadequado de pessoal e a mobilidade de trabalhadores são citadas pela OPAS (2004) como problemas persistentes na área da Saúde.

O acompanhamento do número de desligamentos de funcionários e a investigação de suas causas constituem um processo mais desenvolvido nos hospitais administrados segundo as regras privadas, em que são desenvolvidos indicadores quantitativos e qualitativos para este fim. Nos hospitais administrados segundo as regras públicas, este é um processo incipiente, e os dados a respeito das saídas dos trabalhadores ainda estão confinados ao setor de Recursos Humanos.

A saída de profissionais gera grande impacto para na Assistência, na opinião de praticamente todos entrevistados. A tendência é de que se desliguem dos hospitais profissionais já treinados e que no momento da contratação para reposição sejam

atraídos trabalhadores que ainda carecerão de investimentos em capacitação para o trabalho adequado. Além disso, os novos trabalhadores não estão habituados às regras internas e demoram algum tempo para se integrarem inteiramente ao trabalho assistencial. Esta situação gera a necessidade constante de treinamentos.

A saída de trabalhadores também acarreta a sobrecarga daqueles que continuam no setor. Até que outro trabalhador venha para suprir a vaga, é necessário que os colegas se desdobrem, o que, no longo prazo, é apontado como um dos motivos do aumento do adoecimento do pessoal.

O impacto das saídas pode ainda ser agravado quando não existem rotinas de trabalhos bem estabelecidas e amenizado quando os gestores assistenciais estão devidamente integrados no trabalho.

Mesmo os desligamentos dos profissionais do quadro sendo reconhecidos como grande entrave para a efetivação do cuidado, não existem programas específicos para a gestão da saída de trabalhadores nas instituições. É de se notar maior preocupação com o acompanhamento dos desligamentos nos hospitais administrados segundo as regras privadas e uma tentativa de reversão de demissões perante as Coordenações, motivada por questões financeiras, uma vez que o desligamento quando ocorre por iniciativa do empregador é oneroso e tem potencial de impactar o orçamento institucional.

5.2 Relação das políticas e das práticas de recursos humanos com a Assistência

As contribuições das políticas e das práticas de recursos humanos percebidas pelos gestores da área variam de acordo com a forma de administração das organizações. Enquanto para os gestores dos hospitais administrados segundo as regras públicas a contribuição está em gerar um ambiente de trabalho adequado e atender às necessidades dos trabalhadores, para os gestores dos hospitais administrados segundo as regras privadas as políticas e das práticas de recursos humanos fortalecem a capacidade de gestão dos coordenadores e é responsável pela criação de um sentimento de corresponsabilidade em relação às decisões administrativas.

Portanto, é possível notar claramente a diferença quanto ao posicionamento do setor de Recursos Humanos nas instituições. Nos hospitais administrados segundo as regras públicas, a posição assumida tem um caráter de proteção aos trabalhadores, enquanto nos hospitais administrados segundo as regras privadas a intenção é um posicionamento estratégico do setor de Recursos Humanos em relação à gestão geral do hospital.

Como limitações das políticas e das práticas de recursos humanos nos hospitais administrados segundo as regras públicas de gestão é apontada pelos profissionais da área, novamente, a incapacidade de provisão de pessoal de forma eficiente e ágil, fruto da necessidade de realização de concurso público para ingresso nas instituições. Curiosamente, problemas na seleção de pessoal também figuram como os maiores entraves para a Assistência nos hospitais administrados segundo as regras privadas, em que são citadas a falta de profissionais qualificados no mercado e a necessidade de seguir as regras de contratação da CLT, o que torna o processo “burocrático”.

Aparentemente, a inadequação das políticas e das práticas de recursos humanos é percebida desde a seleção dos trabalhadores. Independente do processo seletivo a ser utilizado, existem dificuldades para garantir o ingresso de trabalhadores aptos e preparados para o trabalho assistencial em tempo hábil que garanta o bom funcionamento da assistência.

As contribuições positivas das políticas e das práticas de recursos humanos para o trabalho assistencial na opinião dos gestores assistenciais se divergem fortemente, não sendo possíveis conclusões a este respeito. Neste quesito, foram citados diversos aspectos, tais como: exigência de critérios mínimos de qualificação e capacitação para entrada de profissionais; acolhimento do profissional recém-contratado; acompanhamento dos funcionários nos setores; trabalho com os dados a respeito de absentismo dos funcionários; existência de políticas de carreira estruturadas; parceria estabelecida com os profissionais do setor de Recursos Humanos; disponibilidade para negociação de datas de demissão e contratação; e controle de questões legais relacionadas ao quadro de trabalhadores.

Os entraves das políticas e das práticas de recursos humanos também se divergem na opinião dos gestores assistenciais. No entanto, a maior crítica em comum encontrada

em três das instituições pesquisadas é a falta de estruturação das políticas e das práticas de recursos humanos, que teria impactos diretos no trabalho assistencial.

Os entraves citados pelos coordenadores assistenciais demonstram que muito ainda deve ser desenvolvido com o objetivo de fortalecer a gestão de recursos humanos nas instituições hospitalares. Como ponto positivo, os dados demonstram que os profissionais assistenciais desejam o desenvolvimento de políticas e práticas de recursos humanos consoantes com as atividades assistenciais e estão abertos a essas mudanças. Parece consenso entre estes que a estruturação dessas políticas e práticas tem grande potencial de contribuir para a gestão do quadro de pessoal e, com isso, a possibilidade de impactar positivamente o atendimento ao paciente.

5.3 Formas de contratação de pessoal

Em todas as instituições são encontradas duas ou mais formas de contratação de pessoal, gerando nos gestores diferentes opiniões a respeito das formas de vinculação e de suas consequências. O único hospital em que não foram citadas essas diferenças é o HBH3, uma vez que o setor de Recursos Humanos não é responsável pela gestão do trabalho médico.

Quando à fixação de pessoal, quanto mais estável o vínculo, maior a capacidade de retenção dos profissionais nas instituições. Com isso, tem-se que os trabalhadores mais estáveis seriam os funcionários e os empregados públicos (regidos pelo RJU), seguidos dos contratados com base na CLT e, por último, os demais vínculos (mais precários), tais como autônomos. Isso se dá pela busca natural dos trabalhadores por ligações mais fortes e estáveis com as instituições, objetivando o alcance de garantias de emprego e salário no longo prazo.

A dedicação dos funcionários também parece variar de acordo com o vínculo estabelecido com a instituição, mas não de maneira direta, como acontece com a estabilidade. A estabilidade de emprego máxima encontrada (caso dos funcionários e dos empregados públicos) gera nos trabalhadores a sensação de conforto com relação ao emprego, os quais tendem a não se dedicar tanto quanto poderiam às atividades. Quando analisados os vínculos associados à CLT, os trabalhadores parecem ser

dedicados ao trabalho, uma vez que esta forma de contratação traz alguns benefícios, mas não tem a mesma estabilidade encontrada no RJU. Estes trabalhadores parecem ser motivados pelo desejo de manter o trabalho, sabendo que podem ser demitidos a qualquer hora por iniciativa do empregador. Já nos contratos mais precários (como os autônomos), nem sempre é possível a exigência de compromisso por parte da instituição, uma vez que não são oferecidas contrapartidas para tanto e não existem instrumentos legais de punição.

É necessário ainda salientar que a existência de diferentes formas de contratação para posições similares ou, até mesmo, iguais nas instituições gera comparações, insatisfações e até conflitos entre os trabalhadores. Esta situação deve ser mediada cotidianamente pelas Coordenações, não deixando de prejudicar o trabalho diário e de dificultar a formulação de políticas e a implantação de práticas de recursos humanos globais que contribuam para o atendimento assistencial.

Apesar das diferenças apontadas, os gestores assistenciais afirmam que no dia a dia procuram tratar os profissionais igualitariamente, independentes do vínculo que possuam com a instituição.

O Quadro 12 sintetiza os resultados encontrados nos hospitais.

(continua)

Categorias / Dimensões de análise	HBH1	HBH2	HBH3	HBH4
Processo de recrutamento e seleção	Dois processos seletivos paralelos: concurso público (realizado externamente) e processo seletivo simplificado (seleção realizada pelo setor de Recursos Humanos).	Dois processos seletivos paralelos: concurso público (realizado para a Universidade) e seleção realizada pelo setor de Recursos Humanos.	O processo seletivo é realizado internamente, para contratação segundo as regras da CLT, pelos profissionais do setor de Recursos Humanos e pelas Coordenações.	O processo seletivo é realizado internamente, para contratação segundo as regras da CLT, pelos profissionais do setor de Recursos Humanos e pelas Coordenações.
Existência de descrição de postos de trabalho	Os postos de trabalho são determinados e descritos em lei específica. São divulgados no momento da entrada no hospital.	Os postos de trabalho são descritos no plano de cargos e salários da Universidade. As descrições não são divulgadas e nem utilizadas para fins de gestão.	Existem descrições dos cargos, que são revistas periodicamente. Na última revisão, foi somado às descrições das atividades o perfil de competências necessário para os cargos.	Existem descrições de praticamente todos os postos de trabalho, que foram recentemente revistas. A divulgação é feita apenas quando existe demanda.

Categorias / Dimensões de análise	HBH1	HBH2	HBH3	HBH4
Existência, clareza e divulgação de normas e códigos de conduta	Existe um código de conduta, desenvolvido pelos próprios funcionários, mas os coordenadores assistenciais desconhecem sua existência.	É seguido, no caso dos servidores, o Regime Jurídico Único. Para o trabalhador celetista, não existe nada escrito e são usadas as mesmas normas.	Não existe código de conduta formalizado.	Não existe um código de conduta formalizado.
Gestão de habilidades combinadas às tarefas	Não existe um programa formal; apenas a tentativa de definir o perfil dos aprovados em concurso público, para o encaminhamento às áreas de trabalho.	Não existe um programa formal; apenas a tentativa de definir o perfil dos aprovados em concurso público, para o encaminhamento às áreas de trabalho.	Está em fase final a implantação do modelo de gestão por competências.	Existe um projeto piloto que trabalha as habilidades em função das tarefas na área da Enfermagem.
Supervisão	A supervisão é realizada de maneira direta, pelos coordenadores e supervisores dos setores.	A supervisão dos trabalhadores é realizada diretamente pelas Coordenações. O papel do setor de Recursos Humanos é o de mediar conflitos entre as partes, caso estes ocorram.	A supervisão é realizada nos setores pelos gerentes e coordenadores de equipe. Ao setor de Recursos Humanos cabe contribuir para o fortalecimento da gestão.	A supervisão dos trabalhadores na instituição é realizada diretamente pelos coordenadores.
Remuneração em relação ao mercado (percepção dos gestores)	A remuneração do hospital está na média de mercado e ainda existem abonos específicos que tornam os valores pagos atrativos em relação ao mercado.	Os salários pagos pelo hospital variam de acordo com o vínculo do funcionário: os dos efetivos estão na média de mercado e os dos celetistas encontram-se defasados.	Os salários são definidos a partir de avaliação do mercado, estando as remunerações da Enfermagem defasadas. Dos trabalhadores, 70% estão insatisfeitos com a sua remuneração.	As remunerações são definidas buscando alinhamento com o mercado externo e coerência interna. Os salários encontram-se na média de mercado. Metade dos trabalhadores está satisfeito com a remuneração.
Canais formais e informais de comunicação	O hospital possui vários canais formais e informais de comunicação, sendo que se destacam as reuniões colegiadas.	A instituição possui diversos canais institucionais de comunicação. Existem canais especiais de comunicação para a Enfermagem.	A comunicação formal se dá de várias formas. As informações para a execução das atividades assistenciais estariam disponíveis a todos os trabalhadores.	Existem vários canais de comunicação, sendo que a conversa diária merece destaque. Está sendo criada a Ouvidoria da instituição.

Categorias / Dimensões de análise	HBH1	HBH2	HBH3	HBH4
Infraestrutura e suprimentos gerais do hospital	O hospital passa constantemente por reformas, mas a infraestrutura ainda é um fator limitador para o trabalho assistencial. Os suprimentos estão à disposição dos profissionais.	Para os gestores assistenciais a infraestrutura está longe de ser satisfatória. O hospital possui todos os suprimentos necessários ao trabalho assistencial, mas precisa avançar na gestão e no controle de materiais e medicamentos.	A infraestrutura do hospital não atrapalha o bom atendimento ao paciente. Os suprimentos estão à disposição dos profissionais.	No Pronto-Socorro não existe infraestrutura adequada, comprometendo o atendimento e causando insatisfação dos trabalhadores. Os suprimentos estão à disposição dos profissionais.
Aprendizado contínuo (programas e práticas)	Existem treinamentos técnicos e comportamentais. O levantamento de necessidades de treinamento é realizado segundo as demandas do setor. A avaliação do retorno dos treinamentos é falha.	Existe uma tentativa incipiente de capacitação dos trabalhadores. Na área de Enfermagem, existe um plano estruturado de educação continuada. O retorno dos treinamentos realizados não é avaliado.	O aprendizado contínuo acontece por meio de treinamentos promovidos pelo setor de Recursos Humanos e pela Educação Continuada (Enfermagem). Todos os treinamentos e capacitações realizados no hospital têm seu retorno avaliado.	Existem alguns treinamentos realizados de forma isolada. A área de Enfermagem possui um programa de educação continuada. Os treinamentos que acontecem são avaliados apenas de maneira informal.
Gestão de equipes	O trabalho em equipe é valorizado no dia a dia. Os setores possuem metas a serem atingidas ao longo do ano. O resultado positivo é revertido em um prêmio para o setor. Como punições, são aplicadas as presentes na lei. O processo de punição dos casos mais graves tende a ser demorado.	O trabalho em equipe é incentivado por meio das reuniões colegiadas. Não existe sistema de premiação. As punições aplicadas aos trabalhadores estatutários são as previstas no regime jurídico único. Para os trabalhadores celetistas, as regras de punição não estão descritas.	A necessidade do trabalho em equipe é enfatizada na definição dos papéis e das metas por setores e reforçada por meio de eventos. Não existe programa de premiação; apenas ações isoladas. As punições são as definidas na CLT. Não existe participação dos trabalhadores operacionais na gestão.	O trabalho em equipe no hospital é valorizado por meio da estrutura do modelo assistencial. Não existem metas e programa de premiação. Alguns prêmios são dados isoladamente. As punições são as previstas legalmente.
Responsabilidade com responsabilização	A Diretoria do hospital possui autonomia de decisão condicionada à negociações externas. Os gestores do hospital possuem certa autonomia de gestão. Os trabalhadores são responsabilizados pelo resultado de seu trabalho no cotidiano.	A autonomia das Coordenações do hospital é restrita, existindo apenas algumas possibilidades de negociações. A responsabilização individual dos trabalhadores acontece de maneira informal.	A autonomia de gestão dos coordenadores é limitada. Os trabalhadores são responsabilizados individualmente pelo resultado de seu trabalho de maneira informal.	A gestão do hospital é colegiada. A Diretoria do hospital tem liberdade para alocar recursos do orçamento de acordo com algumas regras. Os trabalhadores não são responsabilizados formalmente pelos resultados de seu trabalho.

Categorias / Dimensões de análise	HBH1	HBH2	HBH3	HBH4
Gestão da rotatividade	<p>Não existe gestão da rotatividade de funcionários. A percepção geral é de que a saída de trabalhadores treinados impacta o trabalho assistencial, uma vez que não é possível a contratação de profissionais com o mesmo nível de experiência dos que saem.</p>	<p>A gestão do número de trabalhadores que deixam o hospital é realizada por meio dos indicadores e entrevistas, mas os dados não são divulgados para as Coordenações. A percepção é de que a saída de trabalhadores celetistas é maior do que as de estatutários. A rotatividade afeta o trabalho assistencial.</p>	<p>O setor de Recursos Humanos produz relatórios a partir dos números de saídas e das entrevistas de desligamento que são entregues aos coordenadores das áreas. A saída de pessoal impacta a assistência.</p>	<p>É realizado o acompanhamento das saídas de profissionais, mas não existem programas específicos de gestão dos desligamentos. A percepção geral é que a saída de profissionais afeta o trabalho assistencial, mesmo não existindo uma mensuração concreta e objetiva a respeito dos impactos.</p>
Percepção dos gestores de RH da relação	<p>As políticas e as práticas contribuem ao apoiarem os funcionários na execução de seu trabalho. Como ponto de entrave para a assistência, é destacada a lentidão de reposição de pessoal.</p>	<p>As políticas e práticas as contribuem ao atenderem as necessidades dos trabalhadores e auxiliarem na alocação de pessoal, na capacitação e no remanejamento de trabalhadores não adaptados nas áreas. O entrave seria a incapacidade de reposição de pessoal com a agilidade requerida para o bom funcionamento assistencial.</p>	<p>A maior contribuição é o trabalho de fortalecimento da gestão de pessoas, mediante a criação de um objetivo comum. O maior entrave estaria no mercado de trabalho, que não fornece trabalhadores capacitados. Além disso, o setor de Recursos Humanos ainda deve avançar na gestão do quadro médico.</p>	<p>A maior contribuição das políticas e das práticas de recursos humanos tem sido o aumento da corresponsabilização das Coordenações no processo de gestão. O que mais impacta negativamente é a necessidade de seguir as regras de contratação da CLT, tornando os processos “burocráticos” e a incapacidade de resposta às demandas das coordenações.</p>
Percepção dos gestores da assistência sobre a relação	<p>Como fatores que contribuem para a assistência se destacam: exigência de critérios de qualificação para o ingresso na instituição; recepção dos novos trabalhadores; e acompanhamento de profissionais que estão com dificuldade nos setores.</p>	<p>As contribuições seriam: trabalho com os dados de absenteísmo dos funcionários; existência de política de carreiras estruturada; e trabalho da educação permanente (executado internamente na enfermagem). Como entrave, é destacado o fato de não existir nem no hospital e nem na Universidade uma política de recursos humanos instituída.</p>	<p>A relação com os profissionais do setor de Recursos Humanos é positiva e os processos de gestão de pessoal são realizados em conjunto com estes profissionais. No entanto, ela tem dificuldade de perceber a real contribuição das políticas e das práticas de recursos humanos para a Assistência.</p>	<p>Os pontos positivos apontados pelas coordenadoras assistenciais estariam ligados às questões de controle de pessoal. Os principais entraves são: demora de contratação de um novo profissional; aumento de funcionários que apresentam restrições médicas; e falta de políticas e de práticas de recursos humanos.</p>

Categorias / Dimensões de análise	HBH1	HBH2	HBH3	HBH4
Número de funcionários com cada tipo de vinculação	No momento da coleta de dados, eram 2.300 trabalhadores, sendo que destes 1.000 são estatutários, 800 são empregados públicos, 200 são contratados via contratos administrativos e 300 são trabalhadores terceirizados.	A instituição possui: 1800 servidores, 1050 celetistas e 500 funcionários terceirizados. Não havia números precisos a respeito dos cooperados, trabalhadores autônomos e dos vinculados através da Universidade.	O hospital contava no momento da entrevista 950 trabalhadores contratados via CLT. Os médicos (240) são contratados como pessoas jurídicas. Estão fazendo residência no hospital 70 médicos, vinculados ao MEC.	Todos os 1.600 funcionários do hospital são vinculados via CLT, à Fundação de Apoio.
Existência de gestão diferenciada dos diversos grupos de vinculação em um mesmo hospital	A coexistência de diferentes formas de contratação gera algumas divergências internas entre os trabalhadores. Os concursados gozam de estabilidade e têm a possibilidade de progressão na carreira. Para os gestores, a seleção interna dos contratos administrativos possibilita a escolha de trabalhadores mais experiente e aptos ao trabalho na área hospitalar.	Todos os profissionais entrevistados reconhecem a existência de diferenciação entre a gestão dos profissionais com vínculos distintos, o que acarreta inúmeras dificuldades para a Assistência.	A diferença existente entre a gestão dos celetistas e dos contratados como pessoa jurídica é a falta de gestão de recursos humanos da segunda categoria.	Existem diferenças entre o quadro efetivo quando comparado com os profissionais autônomos. Os trabalhadores que não possuem vínculo formal com a instituição tendem a não ter o mesmo comprometimento. No entanto, a contratação de autônomos é essencial para o funcionamento do hospital, pois permite a cobertura da escala de maneira flexível.

Quadro 12 - Síntese dos resultados encontrados nos hospitais

Fonte: Elaborado pela autora.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, as relações das políticas e das práticas de recursos humanos com o trabalho assistencial foram analisadas com profundidade em quatro instituições hospitalares vinculados ao SUS.

Considerando o primeiro objetivo do trabalho – Investigar a capacidade das políticas e das práticas de recursos humanos desenvolvidas em hospitais no SUS de dar respaldo às atividades assistenciais – foi possível constatar que existe grande defasagem do desenvolvimento dessas políticas e práticas nas instituições, de maneira generalizada. Vários processos de gestão de recursos humanos carecem de definições e de implantação, por exemplo, os sistemas de premiação. Na única instituição em que o mesmo existe está desconectado do desempenho individual.

A falta de estabelecimento das políticas e das práticas de recursos humanos também é percebida pelos gestores assistenciais dos hospitais estudados. Os gestores relacionam vários problemas enfrentados pelas instituições no que dizem respeito à gestão de pessoal, como a falta de definições internas e de programas a serem desenvolvidos. Como ponto positivo, há de se destacar a abertura desses profissionais para que essas políticas e práticas sejam desenvolvidas e o fato de haver reconhecimento global que este trabalho tem grande potencial de contribuir para a assistência ao paciente.

Considerando-se o segundo objetivo do estudo – Traçar uma possível diferenciação entre a forma de estruturação das práticas e das políticas de recursos humanos em instituições hospitalares de diferentes naturezas jurídicas – o primeiro ponto essencial seria a confirmação de que a estruturação das políticas e das práticas de recursos humanos nas instituições está de fato intimamente ligada à forma de contratação de pessoal adotada nos hospitais. As regras de contratação definem a base da estrutura de recursos humanos, sobre as quais as demais políticas e práticas são alicerçadas. Nos hospitais estudados, as principais formas de contratação são o RJU (nas instituições geridas segundo as regras públicas) e a CLT (instituições geridas segundo as regras privadas).

Uma vez analisadas as diferenças entre a estruturação das políticas e das práticas de recursos humanos nas instituições de diferentes naturezas jurídicas, três outras questões podem ser depreendidas a partir do estudo realizado.

A primeira questão está relacionada à estruturação do processo seletivo nas instituições e a sua capacidade de dar respaldo às atividades assistências. Seguindo o RJU, o ingresso nas instituições administradas com base nas regras públicas se dá prioritariamente por meio de concursos públicos. Este processo seletivo claramente não é capaz de suprir a Assistência com profissionais capacitados com a agilidade necessária, uma vez que os concursos não são realizados regularmente, e quando realizados, são processos morosos, compostos de várias etapas. Além da demora na provisão de pessoal, os critérios de seleção utilizados são questionados por basearem-se nos títulos que os candidatos possuem e no conhecimento teórico, não existindo garantias de que esse conhecimento será refletido na prática do cuidado com o paciente.

Nas instituições administradas segundo as regras públicas, a falta de provisão de profissionais aprovados em concurso faz com que seja necessária a contratação de trabalhadores por meio de outros vínculos mais flexíveis, garantindo, assim, o número adequado de profissionais para o atendimento assistencial. Essa contratação contraria as leis vigentes, mas é vista como única alternativa para o pleno funcionamento das instituições de saúde pesquisadas.

Conclui-se, então, que a tentativa de garantir o ingresso justo de profissionais mediante a realização de concursos públicos, por sua própria ineficiência, gera uma situação paralela de contratação irregular.

No que diz respeito à agilidade de contratação e à possibilidade de seleção dos profissionais segundo o perfil necessário ao trabalho assistencial, a contratação pela CLT apresenta vantagens. Por esta forma, são desenvolvidos processos seletivos internos segundo as necessidades específicas das instituições que podem ser realizados em prazos menores quando comparados com os concursos públicos.

No entanto, por serem próprios das instituições, não existem regras globais para estes processos seletivos. Normalmente, as vagas disponíveis apenas são divulgadas

quando não existem interessados em número suficiente pela oportunidade, demonstrando a falta de publicidade dos processos de contratação. Mesmo sendo verificada a preocupação dos profissionais da área de Recursos Humanos dos hospitais com a transparência na condução das seleções de pessoal, não existem garantias reais de isenção.

A segunda questão diferencial entre a estruturação das políticas e das práticas de recursos humanos nas instituições com relação aos vínculos de trabalho emerge após a contratação. Convivem nas instituições trabalhadores com diferentes vínculos de trabalho e, conseqüentemente, com diferentes salários, benefícios, direitos, etc. Essas diferenças influenciam a fixação e a motivação dos profissionais.

A fixação de profissionais mostrou ser um grande desafio em todas as instituições, principalmente pelo grande impacto causado na assistência pela perda de trabalhadores experientes, treinados e habituados às rotinas das instituições. A fixação se relaciona diretamente com a forma de contratação do profissional, sendo que quanto mais estável seu vínculo de trabalho, mais ele tende a se fixar na instituição.

No entanto, os profissionais que possuem vínculos muito estáveis tendem a ser menos motivados com relação ao trabalho. Aparentemente, a complexidade dos processos de exoneração no serviço público gera nos empregados e nos funcionários públicos a sensação de impunidade quanto aos desempenhos insatisfatórios e a conseqüente acomodação. De outro lado, os trabalhadores contratados com base nas regras da CLT sentem que devem desempenhar bem suas funções, uma vez que, caso contrário, podem ser demitidos. No entanto, contratos muito precários, como os estabelecidos com profissionais autônomos, também são incapazes de motivar os trabalhadores que encaram a prestação de serviço como eventual e temporária.

Pode-se concluir que cada forma de vinculação tem vantagens e desvantagens em relação às demais. No entanto, quando se leva em conta a premissa de que o desempenho do sistema de saúde depende do desempenho dos trabalhadores (OMS, 2007), é de se constatar que a questão da motivação e da dedicação dos trabalhadores às atividades assistenciais é essencial para o bom atendimento ao usuário do SUS. Portanto, a contratação via CLT seria vantajosa neste sentido.

A administração dos hospitais segundo as regras privadas (contratação via CLT), assim como definido por Neto, Barbosa e Santos (2009), realmente garante às instituições maior autonomia de gestão de seu pessoal, sendo esta a terceira questão a ser ressaltada.

Nos hospitais administrados segundo as regras do direito público, a capacidade de gestão do quadro de pessoal é limitada, a começar pela falta de autonomia na definição dos selecionados para o trabalho na instituição. O setor de Recursos Humanos não tem liberdade de negociar salários e planos de carreira nem de promover mudança de cargos ou de contar com o desligamento de trabalhadores inaptos de forma ágil. Com isso, cabe ao setor realizar atividades cotidianas menos estratégicas para a instituição, tais como a assistência aos funcionários e o apaziguamento de conflitos.

Já nos hospitais administrados segundo as regras do direito privado, pode ser constatada a tentativa de posicionamento estratégico das atividades de recursos humanos. Nessas instituições, a função principal do setor seria a de fortalecer a capacidade de gestão dos coordenadores, em busca dos objetivos institucionais. No entanto, é de se destacar que o potencial de uma administração mais autônoma e flexível, baseada nas regras da CLT, não é explorado ao máximo nas instituições que se utilizam desta forma de contratação prioritariamente. Assim, como destacado inicialmente, muito ainda pode ser desenvolvido nesses hospitais em termos de gestão de pessoal.

Como demonstrado, a análise das quatro instituições hospitalares separadamente e sua posterior comparação segundo a natureza jurídica foi capaz de produzir uma série de conclusões a respeito das formas de contratação atualmente utilizadas para o trabalho no SUS.

Mesmo sendo capaz de contribuir para a discussão a respeito das formas de contratação e gestão de recursos humanos no sistema de saúde, de forma alguma este trabalho pretendeu esgotar o tema. Portanto, algumas questões que surgiram no contexto deste estudo podem ser colocadas como sugestões de pesquisas futuras que contribuam para o entendimento do tema: a) Como potencializar o desenvolvimento e a implantação de políticas e práticas de recursos humanos capazes de contribuir

para o trabalho assistencial nos hospitais inseridos no SUS?; b) Como estruturar formas de contratação e vinculação de pessoal que garantam autonomia de gestão de Recursos Humanos e, ao mesmo tempo, não firam os constitucionais do SUS?; e c) Com base em quais metodologias o desempenho individual de trabalhadores da saúde pode ser medido de maneira eficaz?

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. G. O papel estratégico de Recursos Humanos. São Paulo: FEA/USP, 1987 (tese de livre-docente).

BARATA, L. R. B. e MENDES, J. D. V., Organizações Sociais de Saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde no estado de São Paulo. Secretaria de Saúde de São Paulo, 2007.

BARBOSA, A. C. Q. “Relações de trabalho e Recursos Humanos em busca de identidade”. ERA, Edição Especial Minas Gerais. Volume 45, 2005.

BARBOSA, A. C. Q. Inovações Gerenciais e Organizacionais e Competências na gestão de recursos humanos Um Estudo em Organizações Brasileiras. Belo Horizonte: UFG/CNPq, 2010 (Projeto de pesquisa)

BRASIL, Código Civil Brasileiro, 1994.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const>, 1988.

BRASIL, Lei nº 7.596, de 10 de abril de 1987.

BRASIL, Lei no 8.246, de 22 de outubro de 1991.

BRASIL, Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CNES, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Site: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>. Acesso em : 10/03/2010.

CNES, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Site: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=31&VMun=310620. Acesso em: 21/03/2011.

CONASS, *A assistência de média e alta complexidade*. Disponível em: <http://www.conass.org.br/publicacao/index.html>, 2007a.

CONASS, *A gestão administrativo e financeira do SUS*. Disponível em: <http://www.conass.org.br/publicacao/index.html>, 2007b.

CONASS, *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: Conass, 2003.

CONASS, *SUS 20 anos*. Brasília: Conass, 2009.

CONASS, *SUS: Avanços e desafios*. Brasília: Conass, 2006.

DAL POZ, M. R.; STILWELL, B.; MERCER, H.; ADAMS, Orvill. Agenda das Organizações Internacionais para o Desenvolvimento de RH em Saúde: Novos Problemas e Soluções. In: Negri, B.; Faria, R.; Viana, A.L.D. (Org.). Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. 1ª ed. Campinas: UNICAMP/NEPP, 2002, p. 323-342.

DI PIETRO, M.S.Z. Direito Administrativo. São Paulo: Atlas, 2004.

ELIAS, P. E., PAS: um perfil neoliberal de gestão de sistema de saúde. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100013, 1999.

ESCOREL, S. e TEIXEIRA, L.A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: Giovanella, L. Al al. Políticas e sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 333-384.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: Giovanella, L. Al al. Políticas e sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 385-434.

FERREIRA JÚNIOR, W. C., Gerenciamento de Hospitais Paulistas: Estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas, 2004.

FISCHER, A. L., ALBUQUERQUE, L. G. Delphi RH 2010 – Tendências em Gestão de Pessoas nas empresas brasileiras. São Paulo, FEA/USP, 2004.

FISCHER, R. M. “Pondo os pingos nos is” sobre as relações de trabalho e políticas de administração de Recursos Humanos IN FISCHER, R. M. et alli Processo e relações do trabalho no Brasil. São Paulo: Atlas, 1987.

FISHER, A. L. A constituição do modelo competitivo de gestão de pessoas no Brasil – um estudo sobre as empresas consideradas exemplares. São Paulo, 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo.

FLEURY, M. T. L. at alli Relações de trabalho e políticas de gestão – uma história das questões atuais IN Anais. Canela: Anpad, 1992.

FONSECA, C.D.; SEIXAS, P.Q.D. Agenda nacional de Recursos Humanos em Saúde: Diretrizes e Prioridades. In: Negri, B.; Faria, R.; Viana, A.L.D. (Org.). Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. 1ª ed. Campinas: UNICAMP/NEPP, 2002, p. 289-322.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1987.

GONÇALVES, M. A comparative study of hospital management in Great Britain and Brazil: Thomson-Pioneira, 2001. Chapter 3: Understanding the healthcare system in Brazil

LA FORGIA, G. M. ; COUTTOLENC, B. F. Desempenho Hospitalar no Brasil: Em busca da excelência. São Paulo, 2009.

LAMCOMBE, B. M. B. e TONELLI, M. J. O discurso e a prática: o que dizem os especialistas e o que nos mostram as práticas das empresas sobre os modelos de gestão de Recursos Humanos. RAC, v.5, n.2, Maio/ Agosto. 2001: 157-174.

LOBATO, L. Reorganizing the Health Care System in Brazil. In: FLEURY, S.; BELMARTINO, S. E BARIS, E., Resaping healthcare in Latin America: a comparative analysis of healthcare reform in Argentina, Brazil and Mexico. IRDC, 2000.

LONGO, F. Mérito y flexibilidad. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2004.

MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Desafios e Inovações na Gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010.

MALIK, A.M.; TELES, J.P. Hospitais e programas de qualidade no ensino no Estado de São Paulo. In: RAE, v.41, n.3, Jul./Set. 2001.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; NETO, O.C.; GOMES,R. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

NETO, F.C.B., Barbosa, P.R., Santos, I.S. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella, L. Al al. Políticas e sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 665-704.

NEVES, J.L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. Cadernos de pesquisa em Administração. São Paulo, v.1, n.3 2º sem.1996.

NOGUEIRA, R. P. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. In: Ministérios da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

NOGUEIRA, R.P. Resultados do Estudo de Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos na Saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional. Brasília, 2002, p. 31-44.

OMS, Trabalhando juntos pela saúde; Relatório Mundial de Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

OPAS, Unidade de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Observatório de Recursos Humanos em saúde nas Américas, 1999-2004: lições aprendidas e expectativas para o futuro. IN: Barros,A.F.R. (org.) et.alli. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

OPAS, Unidade de Recursos Humanos. Observatório de Recursos Humanos em Saúde nas Américas – 199-2004: lições aprendidas e expectativas para o futuro. In: Barros, A. F. R. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.25-35.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T.C.; FRANÇA, T. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: da Teoria à Prática. Brasília, OPAS, 2004.

SEIXAS, P.H.D. Os pressupostos para a Elaboração da Política de Recursos Humanos nos Sistemas Nacionais de Saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional. Brasília, 2002, p. 100-126.

SELLTIZ, C.; WRIGHSMAN, L.S.; COOK, S. W. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo : E.P.U., 1987.

SELTIZ, C. et alli. *Métodos de Pesquisa das Relações Sociais*. São Paulo: Herder, 1965. Sousa, Maria Fátima de, 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas 1987.

ULRICH, D. *Os campeões de Recursos Humanos*. São Paulo:Futura, 1998.

YIN, R. K. *Estudo de caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXOS

Questionário 1: Gestores e profissionais de recursos humanos

- 1- Descreva o processo de recrutamento e seleção da instituição.
- 2- Quais são as regras que regem o processo de recrutamento e seleção na instituição?
- 3- Quem são os responsáveis pelo recrutamento e seleção de funcionários? Como se dá a participação de cada responsável?
- 4- O processo de seleção, tal como estruturado atualmente, dá suporte adequado às atividades assistenciais?
- 5- Existe descrição dos postos de trabalho? Para quais postos?
- 6- Existe divulgação da descrição dos postos de trabalho para os funcionários? Como é feita?
- 7- Existem códigos de conduta formalizados?
- 8- Como foram desenvolvidos os códigos de conduta?
- 9- Os códigos de conduta são claros e acessíveis aos funcionários?
- 10- Existe gestão de habilidades combinadas às tarefas? De que forma ela se dá?
- 11- Existe monitoramento de quantitativo de trabalhadores de acordo com as tarefas a serem realizadas?
- 12- Como se dá a supervisão dos trabalhadores?
- 13- Como são definidas as remunerações dos funcionários?
- 14- Como você percebe as remunerações do hospital em relação ao mercado?
- 15- Como você percebe a satisfação dos funcionários com a remuneração recebida no hospital?
- 16- Quais são os canais de comunicação formal e informal da organização em relação às demandas dos trabalhadores?
- 17- Na sua percepção, as informações necessárias para a realização do trabalho estão disponíveis a todos os trabalhadores?
- 18- A infraestrutura do hospital possibilita a adequada assistência ao usuário?

- 19- Estão disponíveis aos profissionais os suprimentos necessários para o trabalho assistencial?
- 20- Existem programas e práticas de aprendizado contínuo?
- 21- Como são formulados os programas de aprendizado contínuo?
- 22- Quem são os envolvidos no aprendizado contínuo?
- 23- Existe monitoramento dos resultados dos programas de aprendizado contínuo?
- 24- Os trabalhadores conhecem os objetivos do seu trabalho? Eles conhecem a visão e os objetivos do hospital?
- 25- Existem formas de participação dos trabalhadores na gestão do hospital? Quais?
- 26- Quais são os prêmios e punições aplicados aos trabalhadores? Qual é a percepção deles a respeito desses prêmios e punições?
- 27- O trabalho em equipe é valorizado? De que forma?
- 28- Os gestores do hospital têm autonomia definir a alocação dos recursos? De que forma essa decisão se dá?
- 29- Os trabalhadores são responsabilizados individualmente pelo resultado do seu trabalho?
- 30- Existem formas de participação dos trabalhadores na gestão do hospital? Quais?
- 31- Existe acompanhamento da rotatividade de funcionários? De que forma é realizado?
- 32- Existem programas específicos para a gestão da rotatividade de funcionários?
- 33- A rotatividade de funcionários afeta o atendimento assistencial ao usuário?
- 34- De que maneira as políticas e as práticas de recursos humanos existentes respaldam o bom funcionamento da assistência? No geral, as práticas têm coincidido com as políticas de recursos humanos desenvolvidas no hospital?

- 35- Quais são as contribuições das políticas e práticas de recursos humanos tal como estruturadas?
- 36- Quais são os entraves para a assistência provenientes das políticas e das práticas de recursos humanos?
- 37- Quantos funcionários existem com cada modelo de contratação?
- 38- Existem diferenças na gestão de RH dos funcionários com diferentes modelos de contratação? Isso atrapalha o desempenho da assistência?

Questionário 2: Gestores da Clínica

- 1- Descreva o processo de recrutamento e seleção da instituição.
- 2- Quais são as regras que regem o processo de recrutamento e seleção na instituição?
- 3- Quem são os responsáveis pelo recrutamento e seleção de funcionários?
Como se dá a participação de cada responsável?
- 4- O processo de seleção, tal como estruturado atualmente, dá suporte adequado às atividades assistenciais?
- 5- Existe descrição dos postos de trabalho? Para quais postos?
- 6- Existe divulgação da descrição dos postos de trabalho para os funcionários?
Como é feita?
- 7- Existem códigos de conduta formalizados?
- 8- Como foram desenvolvidos os códigos de conduta?
- 9- Os códigos de conduta são claros e acessíveis aos funcionários?
- 10- Existem trabalhadores realizando tarefas para as quais não estão habilitados?
- 11- Existem trabalhadores realizando tarefas indevidas por falta de outros profissionais mais especializados para realizá-las?
- 12- Como se dá a supervisão dos trabalhadores?
- 13- Como você percebe as remunerações do hospital em relação ao mercado?
- 14- Como você percebe a satisfação dos funcionários com a remuneração recebida no hospital?
- 15- Quais são os canais de comunicação formal e informal da organização em relação às demandas dos trabalhadores?
- 16- Na sua percepção, as informações necessárias para a realização do trabalho estão disponíveis a todos os trabalhadores?
- 17- A infraestrutura do hospital possibilita a adequada assistência ao usuário?
- 18- Estão disponíveis aos profissionais os suprimentos necessários para o trabalho assistencial?

- 19- Existem programas e práticas de aprendizado contínuo?
- 20- Como são formulados os programas de aprendizado contínuo?
- 21- Quem são os envolvidos no aprendizado contínuo?
- 22- Existe monitoramento dos resultados dos programas de aprendizado contínuo?
- 23- Os trabalhadores conhecem os objetivos do seu trabalho? Eles conhecem a visão e os objetivos do hospital?
- 24- Existem formas de participação dos trabalhadores na gestão do hospital? Quais?
- 25- Quais são os prêmios e punições aplicados aos trabalhadores? Qual é a percepção dos mesmos a respeito destes prêmios e punições?
- 26- O trabalho em equipe é valorizado? De que forma?
- 27- Os gestores do hospital têm autonomia definir a alocação dos recursos? De que forma esta decisão se dá?
- 28- Os trabalhadores são responsabilizados individualmente pelo resultado do seu trabalho?
- 29- Existem formas de participação dos trabalhadores na gestão do hospital? Quais?
- 30- Existe acompanhamento da rotatividade de funcionários? De que forma é realizado?
- 31- Existem programas específicos para a gestão da rotatividade de funcionários?
- 32- A rotatividade de funcionários afeta o atendimento assistencial ao usuário?
- 33- De que maneira as políticas e as práticas de recursos humanos existentes respaldam o bom funcionamento da assistência? No geral, as práticas têm coincidido com as políticas de recursos humanos desenvolvidas no hospital?
- 34- Quais são as contribuições das políticas e das práticas de recursos humanos tal como estruturadas?

- 35- Quais são os entraves para a assistência provenientes das políticas e práticas de recursos humanos?
- 36- Existem diferenças na gestão de recursos humanos dos funcionários com diferentes modelos de contratação? Isso atrapalha o desempenho assistencial?