

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TEREZA CRISTINA PEIXOTO

**A DINÂMICA DA GESTÃO DE PESSOAS EM UMA UNIDADE DE
INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA**

**BELO HORIZONTE
2011**

TEREZA CRISTINA PEIXOTO

**A DINÂMICA DA GESTÃO DE PESSOAS EM UMA UNIDADE DE
INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Planejamento, organização e gestão dos serviços de saúde e enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Menezes Brito.

**BELO HORIZONTE
2011**

P379d Peixoto, Tereza Cristina.
Dinâmica da gestão de pessoas em uma unidade de internação pediátrica [manuscrito]. / Tereza Cristina Peixoto. -- Belo Horizonte: 2011.
147f.
Orientadora: Maria José Menezes Brito.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Recursos Humanos em Saúde. 2. Recursos Humanos em Hospital. 3. Administração de Recursos Humanos. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Brito, Maria José Menezes. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WX 159



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120 - Telefax: (031) 3409.9836
Caixa Postal: 1556 - CEP.: 30.130-100
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
E-mail: colpgrad@enf.ufmg.br

ATA DE NÚMERO 327 (TREZENTOS E VINTE E SETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA TEREZA CRISTINA PEIXOTO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ENFERMAGEM.

Aos 15 dias do mês de março de dois mil e onze, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa de dissertação "*DINÂMICA DA GESTÃO DE PESSOAS EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA*" da aluna Tereza Cristina Peixoto, candidata ao título de "Mestre em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Maria José Menezes Brito (orientadora), Anderson de Souza Sant'Anna e Marília Alves, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 9:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após a avaliação, os examinadores consideraram *Tereza Cristina Peixoto, aprovada e apta a receber o título de mestre após a entrega da versão definitiva da dissertação*. Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 15 de março de 2011.


Prof.ª Dr.ª Maria José Menezes Brito
Orientadora


Prof. Dr. Anderson de Souza Sant'Anna


Prof.ª Dr.ª Marília Alves


Grazielle Cristine Pereira
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

Dedicatória

Dedico este estudo aos profissionais da saúde cujo ofício é o lidar com vidas em sua abundância, ganhos, perdas, nascimento e morte. A complexidade envolvida neste trabalho requer cuidado com esses profissionais para que não sejam “vidas se desgastando em prol de outras vidas”, mas sim vidas se produzindo a partir da reconstrução de outras vidas.

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste estudo proporcionou-me uma riqueza de conhecimentos não só acadêmicos, mas com relação à aposta nos valores dos seres humanos, como a solidariedade, a ética e a amizade. Refiro-me ao que encontrei nesta caminhada com as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho, tanto me acalentando em momentos de frustração e quanto me incentivando nos momentos de insegurança. Agradeço seu carinho, sua contribuição e sua amizade:

A meus filhos que dão sentido a minha vida e me impulsionam a construir novas formas de ser, de existir e de me engajar na construção de um mundo melhor;

a meu marido, pelo apoio, paciência e incentivo;

a minha família, alicerce em minha formação, que sempre apostou em mim e me apoiou;

a minha orientadora, Prof. Dr^a Maria José Menezes Brito, pelo fortalecimento do aprendizado do trabalho coletivo, da ética e da criatividade na pesquisa científica;

à amiga Cláudia Tavares Amaral que me apoiou e contribuiu com sua experiência e sabedoria;

à amiga e professora Fátima Ferreira Roquete, pela participação e compartilhamento de conhecimentos e experiências fundamentais na finalização deste trabalho,

à Escola de Enfermagem da UFMG e a seus professores comprometidos com a ética e a produção de conhecimentos voltados para a construção de uma sociedade inclusiva e com saúde, obrigada por me receberem no mestrado e parabéns por efetivamente trabalharem a interdisciplinaridade imprescindível para a integralidade da assistência dos cidadãos;

a meus colegas de mestrado, pelo companheirismo nesta caminhada;

e, finalmente,

aos profissionais do Hospital que possibilitaram a realização desta pesquisa.

Agradeço a Deus por vocês existirem e por possibilitar nosso encontro na realização deste projeto.

RESUMO

A gestão de pessoas na atualidade tem sido preconizada como estratégica na inovação dos modelos de gestão em prol da eficácia dos serviços prestados e da competitividade nas organizações. O presente estudo teve como objetivo analisar as práticas de gestão de pessoas na visão de profissionais de saúde, considerando as dimensões prescritas no planejamento do hospital e o real do cotidiano do trabalho. Para tanto, foi adotada a metodologia qualitativa, uma vez que o objeto de estudo envolve a compreensão de aspectos dinâmicos e subjetivos e com caráter descritivo. O cenário de estudo foi uma unidade de internação pediátrica de um hospital com modelo de gestão colegiada. Foram eleitos sujeitos da pesquisa 21 profissionais que atuavam na pediatria, ou seja, um gerente e três coordenadores da Unidade Funcional (coordenador médico, coordenador de enfermagem e coordenador administrativo) e um grupo heterogêneo composto por 16 profissionais, quais sejam, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, fisioterapeuta, nutricionista e fonoaudiólogo e um profissional auxiliar administrativo da rouparia; totalizando 21 entrevistados. O critério de inclusão foi aleatório dentre cada categoria profissional nos horários diurno e noturno e nos horários de plantão no final de semana. Para a coleta de dados foram utilizados dados primários e dados secundários. Os dados secundários foram obtidos por meio de documentos relativos à gestão de pessoas apresentados pelo setor de Recursos Humanos do hospital. Os dados primários foram coletados mediante a realização de entrevistas com roteiro semiestruturado. Para a análise dos dados procedeu-se à análise de conteúdo proposta por Bardin (2009). Por meio da análise foram obtidas quatro categorias temáticas: Trabalho em Hospital Universitário- *locus* privilegiado de atualização; Gestão colegiada – Avanços e retrocessos; Cuidar de crianças gravemente enfermas- Singularidades no trabalho na pediatria; e A imagem (ação) do prescrito ao real das práticas de gestão de pessoas. Os resultados apontaram para a existência do distanciamento entre o prescrito e o real no que concerne a gestão de pessoas. Tal distanciamento é caracterizado pela falta de participação efetiva dos trabalhadores nas práticas de gestão de pessoas, pela existência de diversos vínculos profissionais, tais como contratos temporários e contratos com a Fundação de Apoio Universitário, com diferenças salariais e de direitos trabalhistas. Também foi identificada a carência de práticas na gestão que levem em consideração a complexidade do trabalho na unidade pediátrica, especialmente no que tange à saúde mental dos trabalhadores. Outro aspecto mencionado pelos sujeitos da pesquisa foi o corporativismo profissional, o qual dificulta a integração da equipe e os processos de trabalho. Como considerações finais destacam-se a necessidade de ampliação da participação dos trabalhadores nas práticas de gestão de pessoas e o desenvolvimento de estratégias que levem em conta as particularidades do trabalho em setores específicos, a exemplo da unidade pediátrica pesquisada.

Palavras-chave: Recursos Humanos em saúde; Recursos humanos no hospital; Administração de Recursos Humanos.

ABSTRACT

People management nowadays is considered strategic in the innovation of management models focused on the efficiency of services and competitiveness of the organizations. The goal of this study is to analyze the vision of health professionals regarding people management practices in a pediatric unit considering formal elements that characterize the work. To do so, qualitative approach was used, once the study object involves the understanding of dynamic and subjective aspects, as well as the description of the reality. The study was settled at a pediatric unit at a hospital that adopts the participative management model. The subjects of the study was the management of the unit, composed of the manager and three coordinators of the Functional Unit (medical coordinator, nursing coordinator, and administrative coordinator) and a heterogeneous group formed by 16 health professionals of the following fields: Psychology, Social Service, Occupational Therapy, Nursing, Medicine, Physiotherapy, Nutrition, and Hearing and Speech Therapy, and an assistant professional, coming to a total of 21 people. Data collection happened two ways: first, secondary data analysis using the documents related to people management presented by human recourses and, for primary data analysis; interviews with semi-structured script were done. Data analysis was based on Bardin (2009). In this analysis, four categories were created: Work at a University hospital – privileged locus; Shared management – advances and retreats; Care of gravely ill children – uniqueness of pediatric work; and finally Image (action) of people management practices. As final consideration, it is concluded that, in the perspective of the employees, there is a distance between the prescribed and the reality regarding people management. There is a lack of actual participation of the employees in people management practices. This is due to the existence of many professional links besides the ones of the University, such as temporary contracts and contracts with the institution, with salary and work laws discrepancies. Besides the lack of management practices that consider the complexity involved with the work object in the pediatric unit, especially concerning the mental health of employees and need of strategies to promote consolidation of an organizational culture that is democratic and integrated. Professional corporatism is other factor that makes the work processes, employee's union and daily communication more difficult.

Key words: Human resources in health; Human Resources at the hospital, Human Resources Administration.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARH – Administração de Recursos Humanos
CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CCQ – Comissão de Controle da Qualidade
COEP – Comissão de Ensino e Pesquisa
CTI – Centro de Terapia Intensiva
EUA – Estados Unidos da América
GESQUALIS - Gestão pela Qualidade na Saúde
GQT – Grupo de Qualidade Total
IQG- Instituto Qualiza de Gestão
LAPA – Laboratório de Planejamento e Administração
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MERCOSUL – Mercado Sul Americano
MS – Ministério da Saúde
NOB/RH-SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde
UF – Unidade Funcional
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
ONA – Organização Nacional de Acreditação
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PROFIQ – Programa de Formação Integrada e Qualidade de Vida na Gestão de Pessoas
PRO-HOSP- Programa de Fortalecimento e Qualidade dos Hospitais
PNHAH- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNH – Política Nacional de Humanização
RPA - Recibo de Pagamento Autônomo
RH – Recursos Humanos
SAST/CEDRH – Serviço de Assistência à Saúde do Trabalhador da Coordenação e Desenvolvimento de Recursos Humanos
SES/MG - Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SESMT – Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho
SGTES/MS – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde
SST – Serviço de Segurança do Trabalhador
SUS – Sistema Único de Saúde
VDTE – Vice Diretoria Técnica de Enfermagem

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Os cinco processos básicos na ARH.....	28
QUADRO 2 - Elementos constituintes da gestão de RH no Hospital.....	51
QUADRO 3 – Perfil dos sujeitos entrevistados.....	58

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVO	16
2.1	Objetivos Específicos	16
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
3.1	Do Departamento de Pessoal à Gestão de Pessoas	18
3.2	Gestão de Pessoas – a questão da subjetividade.....	32
3.3	Gestão de Pessoas na saúde	38
3.3.1	Gestão de Pessoas no hospital	46
4	METODOLÓGIA	54
4.1	Tipo de estudo	54
4.2	Cenário do estudo	55
4.3	Sujeitos da Pesquisa.....	57
4.4	Coleta de dados	59
4.5	Análise dos dados	61
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
5.1	A gestão de pessoas no hospital: dimensão prescrita	63
5.2	Trabalho em hospital universitário – <i>Lócus</i> privilegiado de aprendizado e atualização	70
5.3	Os desafios da gestão colegiada –avanços e retrocessos...	74
5.3.1	<i>Corporativismos profissionais</i>	88
5.3.2	<i>Conquistas e dificuldades no trabalho na unidade pediátrica</i>	94
5.4	Cuidar de crianças gravemente enfermas – singularidades do trabalho na pediatria	99
5.5	A imagem (ação) do prescrito ao real – visão dos trabalhadores sobre práticas de gestão de pessoas	109
5.5.1	<i>Seleção</i>	110
5.5.2	<i>Capacitações</i>	115
5.5.3	<i>Plano de Carreira</i>	122
5.5.4	<i>Avaliação de desempenho</i>	126
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
	REFERÊNCIAS	135
	APÊNDICES	144
	ANEXO	147

1 INTRODUÇÃO

As mudanças no cenário sócio-político-econômico caracterizam novas demandas para as organizações na atualidade, exigindo inovações no modelo de gestão com vistas à eficácia e à competitividade organizacional.

As teorias administrativas enfatizam que a Gestão de Pessoas, neste momento, representa fator crítico de sucesso para as organizações (TEIXEIRA, 2005). Para tal, a gestão de pessoas tem considerado a complexidade da dimensão subjetiva dos trabalhadores e se interessado em conhecer seus desejos, interesses e motivações, dentre outros aspectos. A esse respeito, Fischer (2002) ressalta que o saber, a intuição e a criatividade dos trabalhadores são a garantia da diferenciação nos serviços, da eficácia e da competitividade das organizações. Para tanto, o envolvimento dos trabalhadores nas propostas de gestão é fundamental.

A necessidade de envolvimento e de participação dos trabalhadores influenciou a transformação do enfoque da antiga Administração de Recursos Humanos para a atual Gestão de Pessoas. Segundo Fischer (2002), o enfoque anterior considerava os trabalhadores como máquinas ou como recursos para a organização e o atual amplia essa concepção a partir do reconhecimento de que são as pessoas que utilizam os recursos e conferem qualidade aos serviços prestados. Corroborando com essa afirmação, Dutra (2009) enfatiza que a Gestão de Pessoas, deve estar comprometida com o desenvolvimento conjunto das pessoas e da organização. Assim a gestão de pessoas deve estimular o desenvolvimento dos profissionais para que possam agregar valor à organização buscando a convergência e a conciliação dos interesses pessoais e organizacionais. No entanto, essa conciliação de interesses tem sido um dos pontos frágeis do planejamento em gestão de pessoas (DUTRA, 2009).

A esse respeito, cabe salientar que as práticas de Gestão de Pessoas, além de favorecerem a adesão e o comprometimento dos trabalhadores, representam o padrão cultural da organização, desempenhando assim papel importante na construção da identidade organizacional. Dessa forma, os padrões culturais podem ser decifrados e interpretados mediante suas políticas explícitas e implícitas (FLEURY, 2009).

Segundo Pagès (1987), as organizações apresentam um sistema de mediações como ofertas, benefícios materiais de Política de Recursos Humanos aos trabalhadores; ou ideológicos que favorecem a ocultação de conflitos e a criação de um imaginário de segurança e proteção. Faria (2007) reitera essa afirmação argumentando que a instrumentalização estritamente técnica da gestão contribui para o fortalecimento de mecanismos enganosos de

manipulação do trabalhador. Esses mecanismos estimulam um imaginário de valorização da participação ao mesmo tempo em que camuflam mecanismos de opressão e exploração.

Na perspectiva de Chanlat (1995), em relação aos modelos de gestão, há um distanciamento entre o prescrito e o real nas organizações. Significa dizer que o que está prescrito não é necessariamente o que ocorre no dia a dia do trabalho.

Todos os modos de gestão possuem dois componentes: um componente abstrato, prescrito, formal e estático, o que eu chamo de modo de gestão prescrito, e um componente concreto, real, informal e dinâmico, o que qualifico de modo de gestão real. É realmente da relação entre esses dois componentes e notadamente da dinâmica entre os principais agentes internos (administração, empregados, sindicato), até externos (representantes públicos, governantes, etc.), que nascerá uma tensão mais ou menos intensa entre o pessoal da organização concernente, que repercutirá em nível de Saúde e Segurança do Trabalho e, por meio de conseqüências, sobre os resultados materiais (CHANLAT, 1995, p.119).

Segundo Ferreira (2004), o distanciamento entre o prescrito e o real do trabalho apresenta um objeto privilegiado para a análise de práticas, valores, crenças que representam confrontos entre os modelos de gestão do trabalho e os modos de fazer e pensar dos trabalhadores. O enfoque teórico-metodológico do autor situa-se no campo da *Ergonomia da Atividade*, abordagem de natureza antropocêntrica fundamentada em conhecimentos interdisciplinares das ciências humanas.

Em suas análises sobre o distanciamento entre a dimensão do trabalho prescrito e a do trabalho real, o autor enfatiza ainda que essa discrepância pode produzir efeitos negativos sobre a saúde dos seres humanos. A saúde no trabalho é compreendida como um equilíbrio entre essas dimensões e esse equilíbrio deve ser buscado permanentemente pelos gestores do trabalho. Para tal, deve-se operar com o pressuposto de que o prescrito deve nascer e ser compatível com as características das situações de trabalho e, sobretudo, de suas especificidades.

Dessa forma, apesar da importância conferida à Gestão de Pessoas no mundo atual e da necessidade de se considerar a subjetividade dos trabalhadores, existem inconsistências entre os discursos e suas práticas, como também falta de estratégias para lidar com a cultura organizacional e as relações de poder (SÁ; AZEVEDO; BRAGA NETO, 2002).

Na esfera pública brasileira, Pierantoni (2001) constata, ao analisar a Reforma do Estado e o SUS, que essas propostas de mudanças são incompatíveis com o conservadorismo histórico em Recursos Humanos no sistema. Assevera que essa contradição é semelhante aos avanços e retrocessos no processo de construção do SUS e na trajetória de implantação das políticas setoriais.

Segundo a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH/MS) (BRASIL, 2008) e autores da Saúde Coletiva as organizações de saúde apresentam especificidades e complexidade na gestão. Uma dessas especificidades refere-se ao objeto de trabalho que é a saúde de seres humanos. Trabalhar com a saúde envolve um lidar contínuo com dimensões éticas, subjetivas, culturais, políticas, espirituais e estéticas envolvidas na vida humana a fim de proporcionar atendimento humanizado e integral. Considerando essa complexidade, para um atendimento integral, é necessário um trabalho em equipe com profissionais de várias categorias e especialidades, assim como ações intersetoriais envolvendo outras organizações como ação social e, educação, dentre outras. Para lidar com esses aspectos e especificidades, os profissionais necessitam desenvolver habilidades técnicas, científicas e também de inter-relacionamentos.

Em contrapartida, historicamente, a formação dos profissionais da área da saúde não os prepara para lidar com as subjetividades e a interdisciplinaridade, o que decorre do predomínio das ciências positivistas, bem como do modelo de atenção à saúde organicista, intervencionista direcionado principalmente para a prática médica curativa.

Cabe salientar que, nas organizações de saúde, a Gestão de Pessoas deve considerar as singularidades do trabalho e criar estratégias que favoreçam a formação dos profissionais em uma cultura humanizada. Segundo Campos (2000), o trabalho na saúde necessita de um projeto ético e político, para tal a organização deve estar comprometida não só com a produção de bens ou serviços, mas com a produção de sujeitos.

Nos hospitais, além da valorização dos aspectos subjetivos, observa-se a necessidade de sustentabilidade financeira e de integração do hospital à rede dos serviços de saúde. O hospital público, foco deste estudo, deve administrar, além desses fatores, as pressões de políticas públicas do Estado pela qualidade da assistência, cumprindo as pactuações e os acordos de resultados, além de pressões de usuários cada vez mais informados e da existência de mecanismos incrementados de defesa do consumidor (PIERANTONI, 2001).

Nesse contexto, os hospitais têm buscado o aprimoramento do modelo de gestão e o reconhecimento por meio de Acreditadoras Hospitalares, como a Organização Nacional de Acreditação Hospitalar (ONA) e a Joint Commission, organização internacional de acreditação hospitalar. Em busca da qualidade da assistência à saúde e da resolubilidade, as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e Ministério da Saúde (MS) vêm propondo contratos de gestão com hospitais mediante pactuação de metas com alguns hospitais. Essas metas estão contidas em Termos de

Compromisso e seu cumprimento assegura repasse financeiro por parte dessas instâncias aos hospitais.

Com as novas exigências e pactuações a gestão dos hospitais tem se profissionalizado e implantado transformações nos modelos de gestão (FRANÇA, 2010). Para tal, a gestão participativa tem sido estimulada e considerada necessária para a integração e o envolvimento dos trabalhadores nos modelos de atenção destinados à integralidade da assistência no SUS (CAMPOS, 2000). No entanto, as contradições na Gestão de Pessoas também são frequentes no setor da saúde e a manutenção de formas de controle sobre os trabalhadores.

Com objetivo de reverter as contradições na gestão, Cecílio, (2000) enfatiza que é importante considerar as singularidades dos processos de trabalho e as relações de poder nas equipes de profissionais da saúde nos processos de mudança na gestão do hospital. Dessa forma, qualquer processo de gestão deve ser dialógico e considerar as pessoas. Há que se elaborar estratégias específicas direcionadas para criar um consenso mínimo em torno do projeto de mudança ou inovação pretendido para o hospital. Essas estratégias devem considerar a dinâmica da vida do hospital. Ainda segundo esse autor, é necessário ainda, criar ações para lidar com o distanciamento entre o prescrito, planejado e o real do dia a dia do trabalho, composto pelos conflitos de interesses e disputas de poder. O dinamismo da vida cotidiana da organização deve ser considerado e investigado para a elaboração do planejamento da gestão de pessoas com vistas à assertividade na gestão do trabalho.

O interesse por esta pesquisa nasceu da vivência da autora em seu trabalho na Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) onde atuou como referência da Política Nacional de Humanização pela SES/MG para os hospitais do PRO-HOSP (Programa da SES/MG para o fortalecimento e qualidade dos hospitais). Esse programa contempla hospitais públicos e filantrópicos que prestam serviços para o SUS distribuídos por todo estado (MINAS GERAIS, 2007). Na experiência da autora foi observado que há preocupação e interesse dos gestores dos hospitais com a qualidade da assistência, mas os interesses ainda são frágeis no que tange às políticas de gestão de pessoas. A gestão de pessoas muitas vezes não é sistematizada e não apresenta práticas construídas considerando os aspectos subjetivos e culturais da organização.

Dessa forma, observa-se que, apesar da atual ênfase na gestão de pessoas como diferencial no âmbito organizacional, as organizações não têm adotado estratégias que considerem a cultura organizacional, os conflitos e as relações de poder. Ademais, não é levada em consideração a conciliação de interesses pessoais e organizacionais para sua efetividade.

No entanto, as pactuações das instâncias gestoras com os hospitais, a regulação da gestão do trabalho pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES/MS) e as exigências dos processos de Acreditação Hospitalar sobre melhorias na Gestão de Pessoas demandam que os gestores dos hospitais aprimorem suas estratégias e busquem a eficácia na gestão do trabalho. Nesse sentido, este estudo pode favorecer reflexões que contribuam para a elaboração de práticas e Políticas de Gestão de Pessoas mais eficazes, como também estimular novos estudos para o aprofundamento do tema ou de outros correlatos.

Tendo em vista as considerações apresentadas, esta pesquisa tem como objeto a análise da visão de profissionais de saúde, considerando a dimensão prescrita no planejamento do hospital e a dimensão real presente nas práticas cotidianas dos profissionais que atuam na unidade pediátrica.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar as práticas de gestão de pessoas na visão de profissionais de saúde, considerando as dimensões prescritas no planejamento do hospital e o real do cotidiano do trabalho.

2.1 Objetivos Específicos

- Identificar as práticas de gestão de pessoas prescritas no plano diretor do hospital ou em outros documentos apresentados pelos gestores;
- Conhecer a visão dos trabalhadores sobre as práticas de gestão de pessoas adotadas;
- Conhecer as estratégias informais de gestão de pessoas no cotidiano do trabalho na unidade.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Neste capítulo o tema gestão de pessoas será abordado utilizando-se referenciais teóricos da administração, da psicossociologia, da ergologia e da saúde coletiva.

As abordagens da psicossociologia, psicodinâmica do trabalho, clínica da atividade, ergologia e ergonomia serão utilizadas para focar a dinâmica que envolve o trabalho real no cotidiano da organização. Essas concepções apresentam estudos sobre os processos subjetivos envolvidos na gestão do trabalho.

A psicossociologia é concebida de forma transdisciplinar, abarcando várias disciplinas e pode ser considerada como perspectiva clínica de pesquisa e intervenção. Essa abordagem interessa-se pelos indivíduos em seu contexto, sem separar o individual do coletivo, o afetivo do institucional, os processos inconscientes e sociais (SÁ; AZEVEDO, 2010).

A Psicologia do Trabalho é dividida nas teorias da Psicodinâmica do Trabalho e da Clínica da Atividade (dos ergologistas) e que também consideram a dimensão da subjetividade na gestão do trabalho. A Psicodinâmica do Trabalho, liderada por Dejours, aborda a relação do trabalho com o prazer e o sofrimento psíquico, bem como as estratégias de defesa dos trabalhadores contra o sofrimento (DEJOURS, 1994). A Clínica da Atividade, representada por Clot e Schwartz, aborda a inseparabilidade entre o trabalho e a subjetividade. Esses autores propõem o dispositivo da Comunidade Ampliada de Pesquisa, que é uma proposta de estímulo ao envolvimento afetivo do coletivo de trabalhadores, mediante a co-análise dos processos de trabalho. Esse dispositivo proporciona a ampliação da capacidade de ação dos coletivos e para a produção de saúde no trabalho (CLOT, 2006).

Outra abordagem que contribui com a visão ampliada do trabalho e da gestão é a ergonomia; esta distingue o trabalho prescrito do trabalho real e a tarefa da atividade.

Esta revisão bibliográfica abordará, inicialmente, os aspectos históricos da gestão de pessoas, desde o início do desenvolvimento industrial até o momento atual, com visível ampliação da atuação e do enfoque desse campo. As mudanças no enfoque e na atuação da gestão de pessoas estão relacionadas às Influências de natureza sócio-político-econômica que impactam o mundo do trabalho com novas demandas de produtos e serviços para as organizações em diferentes setores da economia.

Em seguida, será abordada a gestão de pessoas na saúde, ressaltando-se a especificidade da gestão do trabalho, em que seres humanos cuidam da saúde de outros seres humanos com toda complexidade envolvida. Serão apresentadas também as principais

pressões enfrentadas na gestão; por um lado, das políticas públicas; por outro, pela necessidade de sustentabilidade financeira e pelo volume da demanda. Finalmente, será apresentada a gestão de pessoas em hospitais, com suas singularidades.

3.1 Do departamento de pessoal à gestão de pessoas

Antes de abordar a trajetória histórica e contextual dos modos ou modelos de gestão de pessoas ao longo das últimas décadas, faz-se necessária a compreensão do que é modo ou modelo de gestão. Segundo Chanlat (1995), modo ou modelo de gestão é um “conjunto de práticas administrativas colocadas em execução pela direção de uma empresa para atingir os objetivos que ela tenha fixado.” (CHANLAT,1995, p.119). Compreende, assim:

[...] “as condições de trabalho, organização do trabalho, a natureza das relações hierárquicas, o tipo de estruturas organizacionais, os sistemas de avaliação e controle dos resultados, as políticas em matéria de gestão do pessoal, os objetivos, os valores e a filosofia da gestão que o inspiram.” (CHANLAT,1995,p.119).

Todo modo de gestão é influenciado por fatores internos (estratégia, recursos, perfil do pessoal, tecnologia, cultura, tradição, personalidade dos dirigentes, etc.) e por fatores externos (contexto econômico, concorrência, política, legislação, papel do Estado, etc.). Os modos de gestão possuem dois componentes: um prescrito, que é formal, estático e um componente concreto, real, informal e dinâmico, definido como modo de gestão real (CHANLAT, 1995). Essa constatação é frequentemente desprezada pelos responsáveis pela gestão de pessoas impactando na efetividade e eficácia do planejamento no dia a dia das organizações.

Os modelos de gestão visam atender às necessidades de determinado contexto político e econômico e são caracterizados conforme os momentos sócio-históricos. Portanto, a evolução dos modelos de gestão acompanha a evolução da sociedade. Assim, o percurso histórico dos modelos de gestão e suas respectivas formas de administração de pessoas podem ser melhor compreendidos por meio da análise dos contextos sócio-político-econômicos em que estão inseridos.

O início do séc. XX foi caracterizado como período de grandes transformações tecnológicas, econômicas e sociais, com expressiva preocupação dos proprietários das indústrias pelo aumento da produtividade e eficiência dos processos de fabricação

(MONTEIRO, 2009). A partir das demandas no mundo do trabalho, muitos estudos e modelos de gestão organizacional surgiram, compondo a Escola Clássica de Administração. Os primeiros estudos foram os do engenheiro Frederick Taylor, que desenvolveu sistemáticas para a organização do trabalho parcelado, especializado, com incentivo por produção, visando o aumento da produtividade e dos ganhos financeiros das organizações. A especialização do trabalho desenvolvida por Taylor originou-se de estudos sobre a “Lei da Fadiga”, que era a relação inversa entre o peso da carga levantada pelo trabalhador e o tempo em que ela pode ser mantida suspensa. (GONÇALVES, 1987).

Na sequência desses estudos, Frank Gilbret, utilizando a teoria da “Lei da Fadiga” de Taylor, estudou sobre a economia dos movimentos dos trabalhadores, a fim de descobrir a melhor sequência de movimentos no trabalho e maximizar os resultados da energia aplicada, sendo conhecido como “estudo dos movimentos”, utilizado na organização de alguns processos de trabalho como, por exemplo, na preparação do instrumental para cirurgias (GONÇALVES, 1987).

Contemporaneamente a esses autores, Henri Fayol estudou o papel da gerência nas organizações e foi o pioneiro no reconhecimento de que a administração deveria ser vista como função separada das demais da empresa e com atribuições específicas de planejamento, organização, direção, coordenação e controle (MONTEIRO, 2009).

Nesse mesmo período, ocorreu o crescimento da indústria automobilística norte-americana e, em 1913, Henry Ford aplicou, pela primeira vez, os princípios da linha de montagem na indústria Ford Motor Company. Esses princípios têm como base a ideia de esteira rolante, com funcionamento ininterrupto combinando com os trabalhos extremamente parcelados propostos no taylorismo, que constituem a base do taylorismo-fordismo (BERNARDES, 2007).

Paralelamente a esses estudos, o cientista social alemão Max Weber desenvolveu a teoria sobre as burocracias. Segundo Chanlat (1995), o modelo burocrático analisado por Weber manifestou-se na esfera estatal, muito embora tenha se estendido a outras organizações posteriormente e chama-se Modelo Tecno-burocrático. Suas principais características são: hierarquia, divisão do trabalho, priorização da regulamentação escrita, importância aos especialistas e técnicos, controles sofisticados dos processos de trabalho, comunicação difícil, centralização do poder, autonomia relativamente fraca para os níveis inferiores, limitação do direito de expressão do trabalhador. Os trabalhadores são submetidos ao império da norma e a seus limites no exercício das atividades. O objetivo da gestão era incrementar o controle e

evitar o arbitrário, encarando a organização como máquina e os trabalhadores como seres racionais e desprovidos de paixão (CHANLAT, 1995).

Ainda segundo esse autor, semelhante ao modelo tecno-burocrático de gestão, no taylorismo, a preocupação principal era com a padronização das tarefas a fim de reduzir custos e aumentar lucros. No taylorismo, os trabalhadores eram concebidos como máquinas, com interesses meramente financeiros.

Em concordância com essas análises, Davel e Vergara (2001) enfatizam que a constituição do campo teórico e da prática social da administração de recursos humanos (ARH), no início do séc.XX, fundamenta-se em uma visão racional e normativa dos indivíduos, considerando-os como recursos para a produção de bens e serviços. O tratamento dispensado aos seres humanos era desprovido de conteúdo ético, filosófico e autorreflexivo.

Um fato político importante que surgiu a partir do taylorismo foi a criação de sindicatos. Segundo Bernardes (2007), apesar de o modo de gestão taylorista individualizar e massificar o trabalhador, dificultando sua manifestação, paradoxalmente favoreceu a organização de coletivos de trabalhadores e a formação de sindicatos. Isso porque o modelo se sustentava em controles sofisticados sobre o trabalho, provocando resistências dos trabalhadores. Por outro lado, apoiava-se em políticas de ganhos por produção, que acabaram subsidiando reivindicações trabalhistas.

O taylorismo e o fordismo foram criticados por não enfocarem as pessoas nas organizações e sim a produção e seus resultados financeiros. Nesse contexto, ganhou força a Escola de Relações Humanas, com seu representante George Elton Mayo. Esse pesquisador descobriu que o trabalho é uma atividade grupal, sendo a colaboração entre os trabalhadores determinada mais pela organização informal do que pela formal. Ademais, os incentivos materiais possuem importância relativa e a organização deve produzir bens ou serviços, mas também se comprometer com as condições de satisfação dos trabalhadores (GONÇALVES, 1987).

Enriquèz (1997) realça a importância de Elton Mayo nos estudos organizacionais, uma vez que seu enfoque contribuiu para o nascimento da psicossociologia, embora outros o tenham precedido, como Cooley, Le Bon e Freud. Ressalta, ainda, que seus estudos representavam a humanização do sistema tayloriano ou de engenharia humana.

Com tantas resistências e críticas, o modelo taylorista-fordista entra em crise, apesar de muitos de seus postulados permanecerem na administração até nossos dias. Essa crise também foi desencadeada por esse modelo não atender às necessidades da reprodução do capital e pela insatisfação que provocava nos trabalhadores (BERNARDES, 2007).

França (2010) analisa esse contexto de resistências dos trabalhadores e a necessidade de aumento da produtividade, ressaltando que no período de 1930-a 1950, deu-se o advento da legislação trabalhista no Brasil e surgiram os primeiros departamentos de pessoal para a realização das atividades rotineiras de verificação de frequência, pontualidade, absenteísmo, registro de ponto e pagamento de salários.

Em meio às crises do capitalismo, segundo Chiavenato (2007), após a segunda guerra mundial, o mundo começou a mudar rapidamente, de forma intensa e pouco previsível. As transações comerciais passaram dos âmbitos locais para regionais e depois para o âmbito internacional, aumentando a competitividade entre as organizações. Nesse momento, a velha concepção de *Relações Industriais* e a posterior Administração do Pessoal foram substituídas pela nova visão de Administração de Recursos Humanos. Nessa visão, as pessoas começam a ser vistas como recursos vivos.

Relações Industriais era uma concepção originada do forte impacto da Revolução Industrial e era uma atividade mediadora entre as organizações e as pessoas, como um órgão que interpretava as exigências da organização aos empregados e de suas reivindicações à organização. Logo esse conceito mudou e, na década de 1950, passou a ser denominado Administração de Pessoal e suas atividades não eram mais restritas à mediação entre a organização e as pessoas para reduzir conflitos, mas, sobretudo, destinavam-se a administrar as pessoas de acordo com a legislação trabalhista vigente além de administrar os conflitos que sempre surgiam (CHIAVENATO, 2007).

Com a expansão do mercado e a emergência de um novo contexto econômico e suas respectivas demandas por aumento de produtividade e qualidade, a partir da década de 1970, esse conceito mudou novamente de Administração de Pessoal para Administração de Recursos Humanos. Na Administração de Recursos Humanos, as pessoas eram vistas como participantes da organização onde desempenhavam determinados papéis. Nesse contexto, era enfatizado que as organizações dependiam das pessoas para atingir seus objetivos e para cumprir sua missão e que as pessoas, por sua vez, necessitavam do trabalho nas organizações para alcançarem seus objetivos pessoais (CHIAVENATO, 2007). Nesse período, intensificaram-se os estudos sobre as organizações e a dinâmica dos grupos, surgindo diversos enfoques teóricos para inovar os modelos de gestão.

Um desses enfoques teóricos foi o estruturalismo, que atribui importância ao relacionamento das partes com o todo, sem excluir os conjuntos formados. A Escola Estruturalista compreendeu uma síntese da Escola Clássica e da Escola de Relações Humanas,

embora criticasse a atitude paternalista e manipuladora desta última no que concerne à real participação dos trabalhadores na gestão dos serviços (GONÇALVES, 1987).

Outro enfoque teórico foi o behaviorismo, considerado continuador da Escola de Relações Humanas. Sua principal contribuição foi a criação dos instrumentos e métodos de avaliação e desenvolvimento das pessoas, com os trabalhos da psicologia e psicometria aplicadas. Em 1930, Abraham Maslow rompe com essa escola para iniciar o período da psicologia humanista na teoria organizacional. Os autores vinculados a essa corrente são Herzberg, Argyris e McGregor (FISCHER, 2002).

Segundo Monteiro (2009), outra teoria, desse período, que contribuiu para a administração organizacional, foi a teoria de sistemas. Nessa teoria, a administração de pessoas é vista como um sistema inserido em um sistema maior com o qual interage. O Enfoque da Abordagem Sistêmica permitiu a compreensão das empresas como formadas por diversos subsistemas: o de produção (insumos são transformados em produtos); o de suporte (relaciona com outros sistemas do ambiente); o de adaptação; o de manutenção (liga pessoas à organização por meio de recompensas e punições) e o de gerenciamento, responsável pela direção organizacional (GONÇALVES, 1987).

Os conhecimentos das Ciências Sociais contribuíram para o pensamento administrativo, principalmente pela Psicologia e pela Sociologia. Além disso, incluem-se estudos pragmáticos e propostas conceituais da denominada Escola Neoclássica, com seus principais representantes; Alfred Sloan, que enfatizou o planejamento micro e macroeconômico ao lado da formulação de políticas para os departamentos especializados e Peter Drucker, que desenvolveu a administração por objetivos valorizando as estruturas formais (GONÇALVES, 1987).

Ao final da década de 1970, a Administração de Recursos Humanos (ARH) deixa de considerar pessoas unicamente como fatores de custos e passa a vê-las como recursos à disposição da empresa. Segundo Davel e Vergara (2001), dentre as transformações subsequentes que a ARH sofreu, destacam-se três principais abordagens: a funcionalista, a estratégica e a política.

A abordagem funcionalista corresponde ao desenvolvimento do campo teórico da ARH, que se constituiu em torno de técnicas e procedimentos, com intervenções em práticas funcionais de seleção, treinamento, remuneração e avaliação do desempenho, além de focar nos objetivos de análise do ambiente, planejamento da ARH, melhorias das condições e relações de trabalho. A ARH, nessa abordagem, tem como objetivo o aumento da produtividade mediante a satisfação do trabalhador (DAVEL; VERGARA, 2001).

De acordo com os mesmos autores, a abordagem estratégica (final dos anos 1970 e início dos anos 1980) objetivou alinhar as funções tradicionais da ARH aos objetivos estratégicos da empresa, a fim de favorecer a flexibilidade e a adaptabilidade das pessoas às mudanças organizacionais. As principais mudanças nas práticas da ARH referem-se à integração da administração de pessoas aos objetivos estratégicos organizacionais: descentralização da responsabilidade da gestão das pessoas aos gerentes de linha, exaltação do comprometimento e iniciativa dos trabalhadores, atuação dos gerentes como líderes de equipes. No plano das negociações trabalhistas, estas saem do âmbito coletivo (sindicatos) para o individual, negociações realizadas diretamente com os trabalhadores.

A outra abordagem da ARH apresentada por Davel e Vergara (2001) é a política. Diferentemente das anteriores, essa abordagem considera zonas de convergência entre os indivíduos e a organização e suas dimensões políticas, como também as divergências entre os interesses das pessoas. Dessa forma, considera que as decisões devem ser obtidas por meio do compartilhamento do poder e por uma forma gerencial racional e ética (DAVEL; VERGARA, 2001).

Seguindo a trajetória histórica, após os anos 1980, Chanlat (1995), afirma que surgem outros modelos de gestão organizacional com seus modos de ARH, como o modelo de gestão baseado na excelência (gestão japonesa) e o modelo de gestão participativo. O modelo de gestão baseado na excelência é caracterizado pelo primado do êxito, canalização da energia individual nas atividades coletivas, autonomia no trabalho, recompensas individualizadas, flexibilidade e polivalência da mão de obra. Tem como objetivo a mobilização do indivíduo a favor da organização, exigindo adesão apaixonada dos trabalhadores pela organização. O modelo de gestão participativa “parte do princípio de que o ser humano é uma pessoa responsável à qual se deve conceder toda autonomia necessária para a realização da tarefa para, na verdade, integrá-la na gestão mais global da empresa.” (CHANLAT, 1995, p.121). Concebe o modelo de gestão como uma construção social.

A partir dos anos 1990, surgem outras mudanças impulsionadas pelo desenvolvimento tecnológico que transformou o mundo em uma aldeia global com o advento da tecnologia da informação. A economia é globalizada e o capital passa a migrar rapidamente entre os continentes à procura de novas oportunidades de investimentos. A competitividade entre as organizações é acirrada influenciando a implantação de mudanças organizacionais para atender às novas demandas do mercado e dos clientes, agora com hábitos mutáveis e mais exigentes (CHIAVENATO, 2007).

As mudanças que se implantaram para que as organizações se adequassem a esse novo contexto focaram prioritariamente os processos de trabalho e não os departamentos ou órgãos. Com isso, os departamentos passaram a ser provisórios, assim como cargos e funções constantemente redefinidos. As pessoas, seus conhecimentos e habilidades formam-se a principal base das organizações (CHIAVENATO, 2007).

Analisando esse cenário, Teixeira *et al.*(2005) destacam que a gestão de pessoas deve envolver as dimensões externas e internas, como o mundo de negócios, o mundo do trabalho, assim como a cultura e o clima organizacionais. Na dimensão mundo de negócios, segundo os autores, emergem a sociedade do conhecimento e a sociedade da informação, uma vez que o conhecimento se torna um forte diferencial competitivo entre as organizações, valor que se sobressai a partir das pessoas. A ênfase na sociedade da informação é evidenciada pela utilização crescente de meios digitais e tecnologias de rede que agilizam e otimizam os serviços para seus clientes: gerentes e trabalhadores.

A dimensão mundo do trabalho tem sido caracterizada por profundas transformações em sua natureza e nas relações entre as empresas e seus trabalhadores, com fortes implicações para a gestão de pessoas. Há mudanças nas formas de contratação, com a entrada de formas de flexibilização do trabalho, com contratos provisórios, sem direitos trabalhistas, além do emprego clássico (com direitos trabalhistas). A esse respeito co-existem defesas divergentes entre autores, uns criticando essa precariedade de formas de contratação pelo fato de contrariarem grande parte das conquistas dos trabalhadores e outros, pelo contrário, defendendo a flexibilidade de contratos na medida em que possibilitam a adaptabilidade, a competitividade das organizações e a geração de empregos (TEIXEIRA *et al.*, 2005).

Esses mesmos autores afirmam ainda que, principalmente para os cargos que exigem menores qualificações, a precariedade e o trabalho temporário podem representar certo grau de perversidade e até mesmo o trabalho terceirizado pode ser uma forma predatória. Esta perversidade pode ocorrer quando empregadores deturpam o sentido dessa forma de contratação provisória e utilizam-na como instrumento de supressão dos direitos trabalhistas dos empregados.

Outra mudança observada no mundo do trabalho é a desconfiguração do cargo em sua forma tradicional, emergindo um novo tipo de cargo com características de classificação genérica. Nesse contexto, os cargos são desenhados com especificações de tarefas transitórias e diversificadas, que devem ser desempenhadas numa perspectiva de interdependência e multifuncionalidade. Cada vez mais se acentua a necessidade de trabalho em equipe,

compartilhado e realizado interdisciplinarmente ou interprofissionalmente (TEIXEIRA *et al.*, 2005).

A dimensão cultural e o clima organizacional ganham ênfase nesse cenário de mudanças organizacionais pela crescente necessidade da adesão e da participação das pessoas nos projetos organizacionais. Segundo Fleury (2009), é necessário politizar o conceito de cultura organizacional, entendendo que a cultura é um conjunto de valores e pressupostos básicos expressos em elementos simbólicos, com capacidade de ordenar e atribuir significados, constituindo assim, a identidade organizacional. Dessa forma, a utilização de mecanismos de apreensão da cultura e do clima organizacional na gestão pode servir, tanto como elemento de comunicação organizacional e fortalecimento da participação dos trabalhadores, quanto como meios para ocultação e instrumentalização das relações de dominação.

Segundo Fleury e Fischer (2009), as pesquisas de clima organizacional são tentativas de apreender os padrões e fenômenos da dinâmica organizacional. No entanto, são superficiais, porque pretendem apreender os padrões culturais organizacionais pela somatória de opiniões e percepções de seus membros. Segundo essas autoras, para a compreensão da cultura organizacional, é necessária uma pesquisa multidisciplinar, com unicidade técnica e metodológica, fundamentada em uma ética que considere os processos culturais e as consequências provenientes da interferência nesse campo.

A dimensão cultural passa a configurar a gestão estratégica de pessoas, uma vez que o planejamento deve considerar os valores e os comportamentos das pessoas na organização. Segundo Dutra (2009), os novos planejamentos e práticas de gestão devem considerar a cultura organizacional e buscar a conciliação entre os interesses individuais e organizacionais, uma vez que impactam profundamente na gestão de pessoas.

Essa ênfase nas pessoas pela gestão organizacional denota que as pessoas deixaram de ser simples recursos para serem abordadas como seres dotados de inteligência, conhecimentos, habilidades, aspirações, interesses, etc. Essa nova forma de conceber as pessoas na organização justifica a mudança da antiga expressão Administração de Recursos Humanos por Gestão de Pessoas (CHIAVENATO, 2007).

Nessa mesma direção, Fischer (2002) defende ainda que a ênfase atribuída às pessoas na gestão organizacional não é utopia ou modismo, mas uma necessidade das organizações em face das exigências no mundo dos negócios. A visão atual é que as pessoas dão vida à organização fazendo a diferença no trabalho. O autor afirma, ainda, que a gestão de pessoas é a maneira pela qual a empresa se organiza para gerenciar e orientar o comportamento humano

no trabalho, definindo princípios, estratégias, políticas e práticas para essa finalidade. Um dos principais papéis desse modelo de gestão de pessoas é reforçar e reproduzir os pressupostos organizacionais, diferenciando e moldando padrões de comportamento.

No entender de Dutra (2009) a Gestão de Pessoas deve estar comprometida com a ideia de mútuo desenvolvimento, uma vez que a empresa, ao desenvolver-se, desenvolve as pessoas e vice-versa. Esse “(...) foco no desenvolvimento visualiza a pessoa como gestora de sua relação com a empresa e de seu desenvolvimento e carreira” (DUTRA, 2009, p. 17). Segundo esse autor, a gestão de pessoas é definida por seus processos e práticas. Os processos são interações de elementos com objetivo comum e dentro de parâmetros previamente definidos e as “(...) práticas de gestão são conjuntos de procedimentos, métodos e técnicas utilizados para a implementação de decisões e para nortear as ações no âmbito da organização e em sua relação com o ambiente externo” (DUTRA, 2009, p. 55-56). Cabe salientar que a categorização dos processos é definida de forma diferente entre os autores. Dutra (2009) propõe a classificação da gestão de pessoas quanto à natureza de seus objetivos nos seguintes processos: movimentação; desenvolvimento e valorização, cada um com suas práticas respectivas para o alcance de seus objetivos.

O processo de movimentação tem como objetivo oferecer suporte a toda ação de movimento da pessoa, independente de seu vínculo empregatício. Compreende as seguintes práticas: captação, internalização, transferências, promoções, expatriação e recolocação. As práticas de captação correspondem a todas as ações da empresa na busca e seleção de pessoas para trabalhar na organização; as práticas de internalização são ações que permitem à pessoa atuar na empresa com ações de socialização da cultura organizacional, condições para assumir atribuições e responsabilidades e para adaptação ao trabalho; as práticas de transferências são movimentos das pessoas no interior da organização que envolvem mudança de local de trabalho e/ou mudança de trabalho; as práticas de expatriação são as que envolvem mudança de país em que a pessoa deve trabalhar, normalmente em tempo superior a seis meses e, por último, as práticas de recolocação são movimentos das pessoas para fora da empresa, decorrentes da decisão das pessoas e/ou da organização (DUTRA, 2002).

O processo de desenvolvimento tem como objetivo estimular e criar condições para o desenvolvimento das pessoas e da organização; suas práticas são capacitação, carreira e desempenho.

As ações de desenvolvimento correspondentes à capacitação estão divididas em duas categorias: ações de desenvolvimento formais e ações de desenvolvimento não formais. As primeiras são ações estruturadas como, por exemplo, cursos, ciclo de palestras, seminários,

programas de cultura compartilhada e orientação. As ações não formais são estruturadas por meio de atuações do próprio profissional; por exemplo, coordenação ou participação em projetos interdepartamentais ou interinstitucionais, trabalhos filantrópicos, visitas, estágios, etc (DUTRA, 2002).

A carreira deve ser definida e apresentada de forma clara pela organização para as pessoas e deve contar com a participação destas em seu planejamento a fim de proporcionar o desenvolvimento das pessoas e a conciliação de interesses. A carreira apresenta três momentos bem definidos com relação à gestão do desenvolvimento: o início, que é a entrada na carreira; o crescimento, que é o desenvolvimento do trabalhador e o final que corresponde à saída da organização ou mudança de carreira ou, ainda, a expatriação ou a montagem do próprio negócio. As carreiras apresentam vários desenhos e podem ter diferentes naturezas. Podem ser categorizadas em operacionais, profissionais e gerenciais. As operacionais são carreiras vinculadas às atividades-fim da organização, exigem força corporal do trabalhador e alto grau de estruturação das tarefas; as profissionais são relacionadas a atividades específicas e exigem formação profissional e as gerenciais são ligadas às atividades de gestão da organização (DUTRA, 2002).

O desempenho pode ser compreendido como o conjunto de entregas e resultados de determinada pessoa para a organização. Divide-se em três dimensões que interagem entre si e devem ser avaliadas de formas diferentes. São elas: o desenvolvimento que pode ser medido pela própria pessoa, pela chefia imediata e pela mediata (dois níveis acima do avaliado); outra dimensão é o esforço da pessoa e está relacionado a sua motivação e a condições favoráveis oferecidas pela organização ou mercado; há tendência ao uso de remuneração variável para o esforço; a terceira dimensão do desempenho é o comportamento em que se recomenda um sistema de avaliação por múltiplas fontes como o sistema 360°. Nesse sistema de avaliação, todas as pessoas envolvidas no trabalho, que rodeiam o trabalhador avaliam-no, como superiores, colegas de trabalho e clientes, além da avaliação do próprio trabalhador. A avaliação 360° favorece a minimização da subjetividade na avaliação. Há uma tendência das organizações atribuírem mais importância ao esforço e ao comportamento do que ao desenvolvimento. Dessa forma, orientam-se para o curto prazo. Por outro lado, as organizações que valorizam o desenvolvimento estão orientadas para o médio e o longo prazo (DUTRA, 2002).

O processo de valorização na gestão de pessoas são recompensas recebidas pelas pessoas por parte das organizações. Podem ser econômicas, de crescimento pessoal e profissional, de segurança, de projeção social, de reconhecimento, de possibilidade de

expressar-se em trabalho, etc. Fazem parte desse processo as práticas de remuneração e os benefícios (DUTRA, 2002).

O autor apresenta, ainda, como componentes do processo de gestão, as bases estruturais e os processos de apoio. As bases estruturais correspondem a um conjunto de compromissos mútuos entre a organização e as pessoas, agrupados no contrato psicológico estabelecido, o clima organizacional, as dinâmicas interpessoais e intergrupais. Fazem parte também das bases estruturais os compromissos ligados à preservação biopsicossocial (saúde, segurança no trabalho e ergonomia) e os compromissos com a qualidade de vida, ambiente e participação nos processos decisórios. Os processos de apoio compreendem interações não ligadas unicamente à gestão de pessoas, mas que a influenciam e que são imprescindíveis para sua efetividade, como as informações, a comunicação, as relações sindicais e as relações com a comunidade.

Em uma classificação diferente, Chiavenato (2007) define cinco processos básicos na gestão de pessoas: provisão, aplicação, manutenção, desenvolvimento e controle de pessoas. Esses processos são apresentados no quadro a seguir com seus respectivos objetivos e atividades envolvidas.

QUADRO 1

OS CINCO PROCESSOS BÁSICOS NA ARH

PROCESSO	OBJETIVO	ATIVIDADES ENVOLVIDAS
Provisão	Quem irá trabalhar na organização	-Pesquisa de mercado de RH -Recrutamento de pessoas -Seleção de pessoas
Aplicação	O que as pessoas farão na organização	-Integração de pessoas -Desenho de cargos -Descrição e análise de cargos -Avaliação de desempenho
Manutenção	Como manter as pessoas trabalhando na organização	-Remuneração e compensação -Benefícios e serviços sociais -Higiene e segurança do trabalho -Relações sindicais
Desenvolvimento	Como preparar e desenvolver as pessoas	-Treinamento -Desenvolvimento organizacional
Monitoração	Como saber o que são e o que fazem as pessoas	-Banco de dados/Sistemas de informação- Controles- Frequência – Produtividade – Balanço social.

Fonte : CHIAVENATO, 2007, p. 221

O quadro apresentado categoriza os processos de modo diferente de Dutra (2009). Chiavenato (2007) ressalta que esses processos são subsistemas que se inter-relacionam dentro de um sistema maior, de acordo com uma abordagem sistêmica. Esses subsistemas não

se relacionam de uma única e específica maneira, uma vez que são contingentes ou situacionais e variam de acordo com a organização e com os fatores ambientais, humanos, tecnológicos, etc.

O autor apresenta como principal tarefa da administração de recursos humanos:

(...) basicamente integrar e coordenar recursos organizacionais muitas vezes cooperativos, outras vezes conflitivos – tais como pessoas, materiais, dinheiro, tempo e espaço, etc., em direção a objetivos definidos de maneira tão eficaz e eficiente quanto possível. Os recursos são a base de operação de qualquer organização. São os meios utilizados para alcançar objetivos. A administração procura aplicá-los de maneira mais adequada e inteligente, de acordo com a situação (CHIAVENATO, 2007, P. 179).

Nessa afirmação, o autor considera as pessoas como recursos administráveis e úteis para atender aos objetivos organizacionais o que diverge dos enfoques atuais de gestão de pessoas nos quais se enfatizam a subjetividade das pessoas, seus interesses e desejos. Atualmente se destaca que as características humanas no trabalho como o saber, a intuição e a criatividade são fatores que proporcionam o diferencial entre as organizações e garantem a competitividade, uma vez que as novas demandas do mercado exigem inovação e qualidade.

Sendo assim, para que as organizações obtenham vantagem competitiva e enfrentem os novos desafios no mundo do trabalho, buscam-se aprimoramentos e inovações na gestão de pessoas, o que justifica, inclusive, o resgate do modelo de gestão de pessoas por competências, que surgiu inicialmente na década de 1960 nos EUA e no Canadá (CARBONE *et al.*, 2005). Nessa ótica, a gestão de pessoas tem como objetivo alinhar e desenvolver as competências dos trabalhadores de acordo com as competências necessárias na organização, definidas a partir de seus objetivos estratégicos.

O termo competência foi tratado desde o fim da Idade Média quando pertencia à linguagem jurídica (como a faculdade atribuída a alguém para apreciar e julgar certas questões). Foi incorporado à linguagem organizacional a partir da revolução industrial e, com o advento do taylorismo, utilizado como forma de qualificar as pessoas para desempenharem eficientemente determinado papel. Proposto de forma estruturada, pela primeira vez em 1973, por David McClelland, apresentava a finalidade de alcançar métodos mais efetivos nos processos de escolha de pessoas para as organizações (CARBONE *et al.*, 2005). Concretamente a gestão de pessoas por competências surge nos EUA e no Canadá, na década de 1970. A partir dos anos 1980, as empresas começam a desenvolver um novo conceito de remuneração, capaz de alinhar as estratégias organizacionais às políticas de recompensas pelo desempenho profissional (DUTRA, 2009).

No Brasil, esse conceito somente foi discutido em universidades a partir dos anos 1990 e ainda está em crescimento (RUTHES; CUNHA, 2007). Além de ser estudado em universidades, nessa mesma década começa a ser empregado em trabalhos de intervenção nas empresas brasileiras. Fleury e Fleury (2007) iniciaram esses trabalhos a partir da verificação da interação do intento estratégico das competências organizacionais e das competências individuais (DUTRA, 2009).

Pode-se observar que há também uma diversidade de conceitos e de formas de implantação da gestão de pessoas por competência. Essa diversidade pode ser aglutinada em duas grandes correntes teóricas, conforme afirma Dutra (2009). Uma, com forte influência norte-americana, representada pelos autores McClelland, Boyatzis que entendem competência como o conjunto das qualificações, de conhecimentos, habilidades e atitudes que as pessoas exercem no trabalho. Outra concepção, influenciada por autores franceses como Le Boterf e Zarifian por exemplo, que associam a competência às realizações da pessoa em determinado contexto, ou seja, o que ela produz ou realiza no trabalho, agregando valor à organização e capacidade de entrega do profissional a determinado contexto de trabalho, independente do cargo.

Os conceitos existentes atualmente se relacionam, ora a uma dessas duas grandes correntes teóricas, ora englobando as duas ao mesmo tempo. Nesse sentido, alguns autores que consideram as duas correntes teóricas, como Carbone *et al.* (2005), definem competência a partir da junção dessas duas principais abordagens, entendendo-a como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para exercer determinada atividade, expresso pelo desempenho da pessoa em um determinado contexto e que agrega valor a pessoas e organizações.

Dutra (2009) segue o conceito de gestão por competência utilizado por Fleury e Fleury (2007) e o define: “Saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo” (DUTRA, 2009, p. 24). Esse mesmo autor analisa que a necessidade contínua de conciliação dos interesses pessoais e os da empresa tem sido o “calcanhar-de-Aquiles” na gestão de pessoas. Isso porque pesquisas evidenciam que, na prática da gestão de carreiras, frequentemente há inadequação nessa conciliação de expectativas. Além disso, o ritmo de apropriação da gestão de pessoas por competências é lento, mesmo com treinamentos e informações.

A esse respeito, Davel e Vergara (2001) relatam que uma das críticas aos novos modelos e técnicas de gestão de pessoas na atualidade refere-se à incerteza, à ambiguidade e

às contradições em suas funções. Constata-se a existência de contradições com as demandas simultâneas feitas aos trabalhadores como, por exemplo, ao mesmo tempo em que devem ter atitudes individualistas, competitivas, ter flexibilidade e adaptabilidade, devem trabalhar coletivamente, compartilhar, se comprometer e aderir à cultura. Além disso, existem incoerências entre o discurso e a realidade das práticas de gestão de pessoas, entre o prescrito e o vivido no trabalho. Um exemplo é a implantação dos programas de qualidade que enfatizam o empoderamento dos trabalhadores e sua autonomia mas, na realidade, as organizações mantêm o controle centralizado.

Na presente pesquisa, a abordagem de Dutra (2009) será o eixo norteador para a análise dos processos e práticas de gestão de pessoas, uma vez que enfatiza a importância de conciliação dos interesses pessoais com os organizacionais e a possibilidade do desenvolvimento tanto da organização quanto dos profissionais. Utilizar-se-á também a nomenclatura específica de gestão de pessoas adotada pelo autor.

Dutra (2002) conceitua gestão de pessoas como “Um conjunto de políticas e práticas que permitem a conciliação de expectativas entre a organização e as pessoas para que ambas possam realizá-las ao longo do tempo” (DUTRA, 2002, p. 17).

Para melhor compreender essa definição, o termo *políticas* refere-se a princípios e diretrizes que balizam decisões e comportamentos da relação das pessoas com a organização e as *práticas* como diversos tipos de procedimentos, métodos e técnicas utilizados nas decisões da organização, norteando assim suas ações em sua relação com o ambiente externo. A conciliação de expectativas está relacionada ao compartilhamento de responsabilidades da organização e das pessoas.

Segundo Dutra (2002), as premissas conceituais do modelo de gestão de pessoas são: foco no desenvolvimento em vez de foco no controle como principal forma de obtenção do comprometimento das pessoas, pressupõe as ideias de desenvolvimento e satisfação de ambas (pessoas e organização) e a consistência no tempo de gestão de pessoas; foco no processo em vez de foco nos instrumentos, mais importante do que procedimentos e instrumentos utilizados na gestão de pessoas é o processo pelo qual são definidos e elaborados; no processo, constrói-se uma visão comum da realidade, a ideia de processo também traz a noção de transição, de continuidade, produzindo mudança de cultura, de relações e de concepções; foco na busca do interesse conciliado entre as pessoas e a organização em vez de foco no interesse da organização e, por último, foco no modelo integrado e estratégico em vez de foco no modelo constituído por partes desarticuladas entre si. Dessa forma, não deve haver uma

separação entre as práticas de gestão de pessoas, essas práticas devem estar articuladas e integradas às estratégias organizacionais.

Para uma concepção mais aprofundada da gestão de pessoas, é necessária uma revisão dos conceitos de subjetividade utilizados nesses novos modelos que influenciam práticas de gestão, enfatizando sua complexidade e as relações contraditórias operadas na gestão com mecanismos persuasivos a favor somente dos interesses organizacionais.

3.2 Gestão de pessoas – a questão da subjetividade

A concepção de subjetividade, que tem predominado nas teorias da administração ao longo do tempo, é oriunda da ciência positivista. Essa ciência possui enfoque reducionista sobre a subjetividade, na medida em que aborda somente o sujeito racional. É uma concepção hegemônica na ciência e entranhou-se em nossa sociedade por meio das instituições modelando formas de subjetividade, quer dizer, formas de relacionamento das pessoas consigo mesmas e com os outros (GUATTARRI; ROLNIK, 1996).

A abertura para novos enfoques sobre a subjetividade nas organizações foi provocada pelas mudanças no mundo do trabalho e no mundo dos negócios. Nesse contexto, o interesse atual das organizações passa do controle da consciência ou comportamento observável das pessoas, como na época do taylorismo, para processos de produção de subjetividades (BERNARDES, 2007). Dessa forma, se na época de Taylor o controle era sobre os ritmos dos corpos dos trabalhadores; agora o controle recai sobre a alma dos trabalhadores, sobre sua subjetividade, sobre seus relacionamentos.

Davel e Vergara (2001) entendem que a subjetividade deve ser concebida como um fenômeno posicional e contingente sendo produzida a partir das relações imediatas que as pessoas estabelecem entre si. Observam que é, ao mesmo tempo, uma força atuante e uma causa, sendo reconhecida não somente no eu, mas na intersubjetividade, quer dizer, nas relações com as outras pessoas.

Com relação à noção de sujeito no âmbito do trabalho na saúde, Ayres (2001) apresenta contribuições destacando que:

(...) a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário não está em sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade. Dois núcleos de significação implícitos nessa concepção de sujeito

parecem-nos problemáticos, nesse sentido. O primeiro é a idéia de permanência, de mesmidade, que reside no âmago desse sujeito-identidade, esse que é igual a si mesmo através dos tempos, que "faz a si mesmo a partir de uma natureza dada", moldada por um "dever voluntário", uma "conquista pessoal". O segundo é a idéia de produção em que se apóia o sujeito-agente da história. O ser histórico é o ser produtor, aquele que introduz ou melhora coisas ou idéias para o progresso da vida humana (AYRES, 2001, P.4).

Assim, observa-se que os pressupostos sobre subjetividade presentes nos serviços públicos de saúde, não correspondem aos esperados no pensamento sanitário. A concepção de subjetividade no pensamento sanitário é oriunda da abordagem hegel-marxista que considera os sujeitos constituídos sócio-históricamente. No entanto, os pressupostos que prevalecem no serviço público de saúde estão relacionados à influência do modelo organicista e biologizante predominante ainda hoje na gestão do trabalho em saúde. O enfoque organicista enfatiza a técnica (prática do trabalho) em detrimento da práxis do trabalho, entendendo práxis como a prática ampliada do trabalho, em que o trabalhador se envolve com a ação e sua finalidade. Tal perspectiva exige reflexão crítica e trabalho em equipe (CEMBRANELLI, 2010).

Ao discutir a concepção de subjetividade articulada à noção de práxis do trabalho, Ayres (2001) afirma, ainda, que o conceito deve considerar a reconstrução identitária contínua. Significa dizer que as pessoas não estão terminadas, se transformam, influenciam e são influenciadas pelo meio em que vivem e nos inter-relacionamentos. O autor acrescenta que a transformação da concepção tradicional racionalista de subjetividade para uma noção mais ampla favorece a idéia do trabalho como produtor do sucesso prático (práxis), produtor de novas formas de construção de ser e de existir. Dessa forma, o objetivo do trabalho não está relacionado somente à produção de bens, mas à produção de sujeitos.

Para que ocorra mudança da concepção de subjetividade, Ayres (2001) ressalta que é necessária, antes de tudo, a superação de pressupostos fundamentalistas e generalistas. Depende que pensemos mais em intersubjetividade, considerando o caráter relacional e contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos. Essa mudança de paradigma permite uma revisão na forma de implementação de novos modelos de gestão, uma vez que a concepção de sujeito norteará a forma como as ações serão implementadas.

Partindo da concepção de sujeito como constituído sócio-históricamente e habitado pelo inconsciente, os estudos de Enriquez (1997), com base no aporte teórico da sociologia das organizações e da psicossociologia, favorecem análises ampliadas sobre as organizações. O autor destaca que as organizações são formadas pelo sistema cultural, simbólico e imaginário, onde se manifestam ou estão latentes os fantasmas (imaginário), os desejos

individuais e coletivos e os projetos conscientes. Tal concepção exige o entendimento da organização como tecido vivo, em constante transformação.

O sistema cultural oferece a estrutura de valores e normas que influenciam as pessoas em sua forma de pensar, de compreender o mundo e de se relacionar com outras pessoas; o sistema simbólico contempla os mitos unificadores existentes na organização, seus rituais, seus heróis (oriundos dos fundadores reais ou imaginários da organização). Esse sistema permite um controle afetivo e intelectual de seus membros; o nível imaginário é composto pelo imaginário motor (que impulsiona ação e inovação) e o imaginário enganador (que é idealizador, rico em fantasias de onipotência). Essas duas formas de imaginários coexistem na organização e são necessárias nos processos de mudanças. O imaginário enganador favorece sonhos e desejos de mudança onipotentes e imaturos por parte dos trabalhadores e o imaginário motor impulsiona-os para ações concretas de mudança. (ENRIQUEZ, 1997).

Pagès (1987) analisa a subjetividade e as relações de poder no âmbito das organizações entendendo que há um sistema sócio-mental em sua dinâmica e, neste sentido, as políticas de recursos humanos não são apenas procedimentos descritivos da organização mas, antes de mais nada, uma forma operacional de produção ideológica. Os dispositivos operacionais das práticas de recursos humanos estão interligados e apresentam a função de fazer interiorizar as condutas das pessoas na organização e os princípios que as legitimam. A prática ideológica é o registro que dá sentido aos outros registros das práticas da organização, do econômico, político, psicológico com os quais se articula.

Pagès (1987) argumenta, ainda, que as organizações apresentam um sistema de mediação que representa uma aliança entre as restrições da empresa e os privilégios que oferece aos indivíduos. Esses privilégios podem ser de ordem econômica, política, ideológica, psicológica.

A organização apresenta um dinamismo subjetivo em seus dispositivos operacionais de gestão do trabalho que favorece a produção de subjetividades dos trabalhadores, a fim de alinhar os valores e comportamentos das pessoas aos princípios organizacionais (PAGÈS, 1987).

Nesse mesmo sentido, Fischer (2009) destaca que um dos principais papéis do modelo de gestão de pessoas é reforçar e reproduzir os pressupostos organizacionais, moldando os comportamentos. Fleury (2009) enfatiza que as políticas de recursos humanos pertencem ao processo de constituição da identidade organizacional e fazem parte de sua cultura.

Por esse motivo é que, em muitos estudos sobre o comportamento organizacional, observa-se a ocultação ou a ausência de dimensões humanas como a cognitiva, a da

linguagem, a espaço-temporal, a psíquica, a afetiva, a simbólica, a da psicopatologia e a da alteridade. Esse isolamento na produção intelectual é fruto dos aspectos econômicos, quantitativos, e do fato de o pensamento crítico representar ameaça à ordem organizacional. Muitos enfoques utilizados na administração são de orientação tecnocrática e preocupados somente com o aumento da produtividade, da eficácia e com as técnicas e controle dos trabalhadores (CHANLAT, 1996).

Davel e Vergara (2001) fazem referência a três principais enfoques que tratam da dimensão da subjetividade, constituídas pela intersubjetividade nos recentes estudos das teorias da administração. São o conhecimento-poder, da teoria de Michel Foucault; o do construtivismo e o do estruturacionismo de Anthony Giddens.

O enfoque do conhecimento-poder é representado pela corrente foucaultiana e aborda as práticas de gestão de pessoas tendo como foco central a relação entre saber e poder. Analisa como as práticas de gestão estruturam as relações sociais na organização e parte da concepção de que o sujeito é construído pelas relações sociais, discursos e práticas, principalmente pela relação conhecimento-saber (DAVEL; VERGARA, 2001).

O construtivismo, segundo os mesmos autores, compreende que a gestão de pessoas depende da influência das transformações ambientais em suas práticas, discursos, etc. Isto é, as técnicas para a gestão de pessoas são construídas em determinados contextos sócio-históricos. Essa abordagem revela que a gestão de pessoas resulta da assimilação parcial das teorias organizacionais para evitar conflitos em face dos objetivos organizacionais e para ordenamento dos poderes.

O último enfoque citado por esses autores é o da perspectiva estruturacionista que permite ampliar a compreensão sobre a relação entre sociedade e sujeito, vistos como antagonistas nas teorias tradicionais. Essa noção contempla uma relação dialética que ultrapassa essa dualidade, sociedade e sujeito são vistos como faces de uma mesma realidade social.

O enfoque da gestão organizacional e suas práticas de gestão do trabalho impactam não só na qualidade e na eficácia dos serviços, mas também na saúde dos trabalhadores. Segundo Chanlat (1995), os modos de gestão organizacional influenciam a gestão da Saúde e Segurança no Trabalho (SST) e, por sua vez, a saúde dos trabalhadores. Descreve os três principais modos de gestão: o modo de gestão tayloriano, o modo de gestão tecnoburocrático, o modo de gestão da excelência, o modo de gestão participativo e seus impactos na saúde do trabalhador.

Nessa perspectiva de análise, o autor ressalta que o modo de gestão tayloriano apresenta um caráter patogênico por suas características de trabalho repetitivo, monótono, com pressão do tempo, carga física e mental penosa, ausência de autonomia e trabalho extra, sendo os principais responsáveis por uma série de doenças, tais como problemas na saúde física (fadiga crônica, insônia, úlceras, doenças cardiovasculares, musculares e ósseas) e de saúde mental (neuroses, depressão, fadiga nervosa, etc) (CHANLAT, 1995).

O modo de gestão tecnoburocrático é responsável por problemas de saúde dos trabalhadores principalmente nos serviços públicos, tendo em vista a característica de redução das tarefas e a consequente redução da autonomia, assim como a rigidez normativa, as pressões orçamentárias, a desvalorização e o isolamento de determinadas categorias profissionais. Os profissionais, no exercício do trabalho, acabam tendo que transgredir regras para conseguir executá-lo melhor, como “(...) fazer bem o que se tem que fazer ainda que impedido de fazê-lo” (CHANLAT, 1995, P.124). Os problemas de saúde mais frequentes nesse contexto são: o esgotamento profissional, determinados problemas cardiovasculares, a fadiga crônica, a insônia e úlceras, que parecem resultar do conflito entre o modo de gestão prescrito e o modo de gestão real, isso quando o trabalhador é pressionado a seguir o prescrito, com restrições em sua capacidade de atuação no cotidiano do trabalho (CHANLAT, 1995).

O modo de gestão pela excelência apresenta alguns aspectos positivos para os trabalhadores como valorização e reconhecimento; no entanto, pode ocasionar uma grande fonte de tensão, pelas permanentes exigências por respostas às demandas externas. Os principais problemas identificados são esgotamento, doenças cardiovasculares, úlceras, insônias, enxaquecas e até mesmo suicídios. Tais problemas podem intensificar-se pela identificação total dos trabalhadores com a empresa, o que, por sua vez, alimenta um imaginário de poder e invulnerabilidade que favorece a negação dos riscos e dos acidentes no trabalho (CHANLAT, 1995). A esse respeito Pàges (1987) observa que a organização estimula o processo de deificação, que é um imaginário de poder absoluto em que a organização é vista como capaz de oferecer proteção total aos trabalhadores.

Outro modo de gestão analisado por Chanlat (1995) é o da gestão participativa; este é identificado como o mais salutar para os trabalhadores, mesmo sem eliminar os riscos e problemas de saúde. Isso porque a participação dos trabalhadores favorece seu reconhecimento, sua valorização e um bom clima de trabalho.

Outra contribuição importante no entendimento sobre a subjetividade na gestão do trabalho é apresentada por Scherer *et al.* (2009) em um estudo sobre o trabalho coletivo em

saúde a partir da ergologia e dos processos de trabalho. Nesse enfoque, a gestão é definida como fenômeno universal que ultrapassa a macro-política, pois há uma relação dialética entre o visível e o invisível na gestão do trabalho, entre o global e o local. Os autores afirmam que, na realização do trabalho, existe uma prescrição, que contempla objetivos definidos, regras e procedimentos construídos pela sociedade, pela instituição e pelos próprios trabalhadores.

A ergologia não negligencia as determinações e constrangimentos macro políticos e econômicos, mas acrescenta que, no exercício das atividades cotidianas os trabalhadores fazem a gestão de si mesmos e de sua relação com os outros participantes de coletivos de trabalho. Levam em consideração as normas prescritas e tecem, entre a trama e a urdidura, permanentes renormalizações (SCHERER *et al.*, 2009, p. 1).

Os trabalhadores aprendem consigo mesmos e se redescobrem pelo processo de trabalho, o que leva a um distanciamento entre o prescrito e o real do trabalho. Além disso, toda organização é permeada por relações de poder, sendo a ética da responsabilidade¹ fundamental na orientação de ações e na construção de coletivos. Esses coletivos se integram mediante estabilidade e tempo necessários para o estabelecimento de laços de confiança e cooperação.

A atividade de trabalho "é sempre uma dramática do uso de si." Nessa dialética de uso de si, o trabalhador faz uso de si mesmo em função do que os outros lhe demandam e do que ele próprio se demanda, e faz uso dos demais. Esse jogo expressa o coletivo de trabalho (SCHERER *et al.*, 2009, p.2).

Na perspectiva da ergologia francesa, toda gestão deve considerar a participação de todos, uma vez que o exercício do trabalho é fundamentalmente exercício da gestão do trabalho. Schwartz (1994) entende que o trabalhador sempre vai imprimir sua subjetividade e resistir aos mecanismos opressores de mecanização do trabalho, mesmo que a resistência se dê de forma inconsciente, por meio de adoecimento. O autor assevera que qualquer gestão só existe no encontro e nas disputas de interesses entre gestores, sendo que todos os atores em uma organização são gestores, cada um em seu âmbito de governabilidade (SCHWARTZ, 1994).

Além da complexidade envolvida na gestão de (com) pessoas, a gestão de pessoas no campo da saúde vai ampliar a necessidade da consideração da subjetividade no trabalho, uma

¹O conceito ética da responsabilidade foi desenvolvido por Weber, diferenciando-a da ética da convicção que é pautada em condutas normativas sociais a partir de valores morais. A ética da responsabilidade é reflexiva, favorece laços sociais, envolve o agente da ação com a finalidade desta. Valoriza a alteridade, pressupondo análise crítica dos valores morais (CEMBRANELLI, 2010).

vez que a eficácia do trabalho em saúde está relacionada ao grau de autonomia dos trabalhadores no lidar contínuo com imprevistos, situações inusitadas e relacionamentos entre sujeitos (CAMPOS, 1997). Dessa forma, é necessário que os trabalhadores estejam comprometidos com um projeto ético e político do trabalho com a saúde dos seres humanos. Além disso, o trabalho em saúde pode propiciar enriquecimento subjetivo, pela gama de experiências que possibilitam aprendizados.

O trabalho em saúde é, portanto, caracterizado por especificidades que demandam estratégias e práticas específicas de gestão de pessoas, conforme apresentado a seguir.

3.3 Gestão de Pessoas na Saúde

Para abordar o tema gestão de pessoas na saúde é necessário tomar como ponto de partida a especificidade do processo de trabalho em saúde e os modelos de atenção que influenciam e influenciaram esse trabalho.

O trabalho em saúde, como enfoca Merhy (2002, p.47), diferentemente do trabalho do artesão de sapatos e das indústrias, é centrado em “trabalho vivo em ato” permanente, um pouco semelhante ao trabalho da educação. Entende-se por trabalho vivo aquele que é produzido em ato, quer dizer o produto do trabalho é realizado na hora em que está sendo executado. Além disso, o trabalho em saúde não pode ser capturado pela lógica do trabalho morto (quer dizer daquele produto já acabado, concretizado), expresso nos equipamentos e saberes tecnológicos estruturados, pois seu objeto é a saúde humana. Esse trabalho não é plenamente estruturado e suas tecnologias² de ação mais importantes são processos de intervenção em ato, por meio de tecnologias de relações, de encontros, de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, com um grau importante de liberdade de escolha no modo de fazer o trabalho.

As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como:

Leves (como no caso das tecnologias das relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos

² Tecnologia, aqui, tem definição ampla; inclui, na utilização feita por Merhy, as tecnologias como certos saberes, até mesmo pela dimensão humana (MERHY, 2002).

tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) (MERHY, 2002, P. 49).

O mesmo autor observa que o trabalho em saúde é sempre coletivo e produzido em ato, sendo o usuário ao mesmo tempo objeto e co-partícipe do trabalho.

Considerando que o objeto de trabalho nesse campo é a saúde, é necessário compreender o conceito de saúde que influencia o modelo de trabalho e, conseqüentemente, sua organização, tendo em vista que o modelo de gestão é inseparável do modelo de atenção (BRASIL, 2008). O modelo de atenção, segundo Paim (2002), é a forma de organização das relações entre profissionais e usuários, mediadas pelas tecnologias (materiais ou não) utilizadas no trabalho em saúde para intervir sobre os problemas e necessidades de saúde historicamente definidas.

O conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) é o completo bem-estar físico e mental dos seres humanos. Esse conceito enfrenta críticas, uma vez que é inconcebível um completo bem estar físico e mental dos seres humanos, além de transmitir uma concepção de completa adaptação do sujeito ao social (SEGRE; FERRAZ, 1997). Apesar dos questionamentos apresentados, esse modelo ampliou a noção de saúde para além da simples cura das doenças, que corresponde ao modelo organicista na saúde.

Logo após a divulgação da definição de saúde da OMS decorrente de movimentos democráticos e de cidadania, ocorreu, em 1978, a Conferência Internacional de Alma Ata, na República do Kasaquistão. Nessa Conferência, foi acordado entre os países participantes, o compromisso de *saúde para todos no ano 2000*, com foco prioritário na atenção primária dentro do sistema de saúde, com suas ações de prevenção e promoção, além do foco na ampliação do acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA, 2009).

Essas concepções influenciaram o movimento pela reforma sanitária no Brasil, que culminou com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), num momento de crises econômicas e políticas do país que fortaleceram movimentos de resistência à ditadura militar da época e organizações coletivas. Após a VIII Conferência Nacional de Saúde com ampla participação da sociedade e de intelectuais, em 1988, foi promulgada a nova Constituição Federal e o SUS, com garantia de acesso universal à saúde a todos os cidadãos, enfatizando que a saúde é direito dos cidadãos e dever do Estado. O conceito de saúde do SUS norteia a organização do sistema de saúde em níveis de atenção diferenciados e articulados entre si. Esse conceito foi construído pela Reforma Sanitária e compreende que a saúde é definida no contexto histórico de determinada sociedade, devendo ser conquistada

pela população. Além disso, a saúde é resultante das condições de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1987).

Esse é um conceito amplo e complexo e requer ações intersetoriais e trabalho multiprofissional. Para tal, a organização do sistema de saúde compreende a articulação entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária, constituindo uma rede de atenção à saúde.

A atenção primária é realizada nos postos de saúde e estratégias de saúde da família, locais onde os cuidados são voltados para a prevenção e a promoção, além de contemplar ações curativas de menor complexidade. A atenção secundária ou de média complexidade é realizada nas unidades de atendimentos intermediários ou unidades de pronto atendimento, onde os cuidados à saúde necessitam de infraestrutura e equipamentos para intervenção em urgência e emergência. O terceiro nível ou de alta complexidade é realizado nos hospitais, com ações mais intervencionistas e curativas, necessitando de equipamentos de alta tecnologia e infraestrutura mais complexa para o atendimento (OLIVEIRA, 2009).

Essa complexa organização requer a racionalização do sistema, o planejamento adequado com base em dados epidemiológicos e demográficos para o atendimento das necessidades de saúde da população. Acima de tudo, exige uma cultura que possibilite a integração não só entre diferentes níveis de atenção, mas sobretudo entre as equipes de saúde e os usuários. Enfim, uma cultura ética e política de envolvimento, participação e solidariedade entre todos os atores envolvidos (trabalhadores, usuários e gestores) (CAMPOS, 1997).

Há que se chamar a atenção para o fato de a gestão de pessoas nos serviços de saúde ainda ser fortemente influenciada pelo modelo flexneriano, que preponderou, desde 1910. Tal modelo foi criado por Abraham Flexner nas escolas americanas de formação médica e baseia-se no paradigma biológico, mecanicista, individualizado e especializado, com foco no curativismo e devoção à tecnologia. Esse modelo reforçou o hospital como lugar de tratamento curativo de doenças já existente no pensamento médico ocidental do séc. XVIII (SCHERER *et al.*, 2005).

O enfoque organicista e medicalizante oriundo de escolas médicas influenciou a formação de outras categorias de profissionais da saúde e a organização da assistência antes da instituição do SUS. Contudo, sofreu alterações devido à ineficácia na atenção à saúde e em decorrência de pressões dos movimentos sociais por uma sociedade democrática e participativa (CAMPOS, 1994).

Na perspectiva da ampliação do conceito de saúde o modelo de atenção do SUS enfatiza que a atenção primária deve ser central e organizadora do sistema. O desafio é a formação de uma nova cultura no trabalho para novas posturas profissionais e valores que sustentem os princípios do SUS. Para tanto, demanda-se a construção de uma cultura que sustente relacionamentos pautados em relações estabelecidas por meio de diálogo, solidariedade, envolvimento, vinculação social, autonomia e reflexividade. Esta cultura é contra-hegemônica em uma sociedade capitalista, que se reproduz pelos comportamentos individualistas, competitivos e pela desigualdade social (ENRIQUEZ, 2006).

Campos (1994) destaca que a configuração de um modelo de atenção no cotidiano do trabalho em saúde deve ser um compromisso ético-político radical na defesa da vida das pessoas e dos coletivos. Acrescenta, ainda, que qualquer projeto de mudança deve buscar a transformação das pessoas e da dinâmica das organizações de saúde, cabendo construir outra forma de administrar essas organizações, “(...) superando o eixo central de todas as escolas de administração que buscam, de diferentes maneiras, reduzir sujeitos humanos à condição de instrumentos dóceis e submetidos aos objetivos da empresa, transformando-os em insumos ou em objetos (CAMPOS, 1994, P. 31)”. Segundo o autor, o desafio de nossa época é governar para produzir sujeitos!

Para favorecer um processo de mudança cultural e de comportamentos nos serviços públicos de saúde, com a inclusão de todos os atores (gestores, trabalhadores e usuários) foi criado, em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, pelo Ministério da Saúde. Posteriormente, com a mudança do governo federal, em 2003, esse Programa passa a ser denominado Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde (PNH) - Humaniza/SUS. Essa Política objetiva a mudança da cultura existente nos serviços a favor do SUS, bem como favorece a produção de novas formas de subjetividade que fortaleçam a democracia e a cidadania. Para tanto, apresenta dispositivos como Visita Aberta com Direito a Acompanhante; Valorização do Trabalhador; Acolhimento e outros que devem ser implantados coletivamente mediante discussões e processos autoanalíticos e autogestores nos coletivos das organizações (BRASIL, 2008). Os processos autoanalíticos e autogestores são definidos pela Análise Institucional e podem ser compreendidos como análises das vivências dos coletivos realizadas pelos próprios trabalhadores sem interferências ou somente com o apoio dos especialistas (experts) e elaboração de propostas construídas mediante discussões dessas análises, ampliando o protagonismo dos coletivos (BAREMBLITT, 1992).

A PNH defende, ainda, que a gestão dos serviços de saúde deve ser concebida de forma ampla, considerando que todos os atores na organização são gestores (responsáveis pela gestão, trabalhadores e usuários). Cada um em seu âmbito de governabilidade exerce ações administrativas e decisórias na produção do trabalho em saúde. Dessa forma, todos devem participar dos processos de planejamento, devendo considerar e administrar as disputas de interesses e poder inerentes aos grupos de trabalho (BRASIL, 2008).

A concepção de trabalho defendida por Campos (1994) é semelhante à enfocada na PNH. O autor considera que os seres humanos necessitam se reconhecer no trabalho, descobrir novos potenciais e novas formas de ser e de existir. O trabalho visto como labor, produção, favorece o enriquecimento subjetivo e proporciona saúde. É dessa forma que os sujeitos se vinculam e se responsabilizam com a gestão do trabalho.

Com a finalidade da formação dessa nova cultura no trabalho em saúde, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Educação Permanente que tem somado esforços com a PNH. Essa Política vem se organizando democraticamente a partir de instâncias coletivas regionalizadas em todo o território nacional, com ampla representação de trabalhadores, instituições de ensino, instâncias gestoras e comunidade usuária, discutindo temas e cursos a serem implementados para a formação dos profissionais (BRASIL, 2004).

A esse respeito, Ceccim (2005) destaca que a Educação Permanente em Saúde ganhou estatuto de política pública na saúde, pela difusão da Organização Pan-Americana da Saúde da credibilidade de que essa vertente pedagógica proporciona aprendizado significativo para novas práticas e posturas no trabalho em saúde (CECCIM, 2005).

Esse autor defende uma proposta para a construção da educação permanente no cotidiano dos serviços de saúde destacando que:

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde, pelo menos no nosso caso (CECCIM, 2005, p.165).

Analisando os contextos históricos e suas influências políticoeconômicas nas reformas na área da saúde, Pierantoni (2001) destaca dois momentos. O que é o da institucionalização do SUS na década de 1980 e o da definição macropolítica da Reforma do Estado na década de 1990. Tais reformas conservam velhos problemas e introduzem alguns novos no âmbito da gestão de pessoas. O primeiro momento tem como foco o trabalho em saúde voltado para a

multiplicidade de processos e atores envolvidos, com diversas qualificações e a reorganização dos pactos federativos pela descentralização da gestão. O segundo momento é marcado pelo desenvolvimento da ideologia capitalista no País, com crescimento das empresas e indústrias. Nesse cenário, são alteradas as formas de alocação de recursos financeiros aliada às propostas de flexibilização do Estado. Essas propostas de flexibilização propiciam a entrada de novas relações de trabalho nos serviços públicos, mediante contratos precários de trabalho e terceirizações.

A Reforma do Estado faz parte de um movimento mundial intensificado na década de 1990 no Brasil e se refere a um conjunto amplo de modificações que vêm ocorrendo no âmbito estatal, em diversos países do mundo. Essas modificações referem-se à mudança do papel do Estado, envolvendo suas relações com a sociedade e com o mercado. Esse movimento ganhou força num momento de crise econômica do país e implicava a necessidade de reformar e reconstruir o Estado, redefinindo suas funções devido à globalização da economia. A proposta apoiava-se na necessidade de aumentar a governança do Estado (ROQUETE, 2002).

No Brasil, o processo de Reforma do Estado teve duas fases, a primeira nos governos de José Sarney, Fernando Collor de Mello e Itamar Franco em que predominava a ideia de redução do Estado e a agenda governamental era ocupada pelos temas: desestatização, reinserção no sistema internacional, abertura da economia, desregulamentação e privatizações. A segunda fase corresponde ao período do governo de Fernando Henrique Cardoso, por meio do Plano Diretor da Reforma do Estado. Enfatizou-se a função desse Plano como indutor e regulador do desenvolvimento do país por meio da agilidade, da inovação e da democracia na gestão. Essa fase é considerada Reforma Regulatória (ROQUETE, 2002).

Em movimento pela democracia e pela seguridade social, encontra-se a defesa do SUS. Sabe-se a importância e a necessidade de formação dos profissionais desse sistema para o exercício de práticas que efetivem seus princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade. No entanto, é evidente a dívida do Estado com relação às Políticas de Recursos Humanos, apesar de a valorização dos servidores ser exigida desde a regulamentação do SUS pelas leis orgânicas da saúde 8080 e 8142 de 1990 (BRASIL, 1990).

No compromisso com a reversão da dívida do Estado com relação aos servidores públicos da saúde, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) organizou oficinas de Recursos Humanos para o SUS sistematizando produções e experiências dos órgãos gestores e das instâncias de controle social para definir mecanismos e instrumentos mais adequados para a gestão do trabalho no SUS (BRASIL, 2003). Foram gerados a partir destas oficinas a Portaria

GM nº 830, de 20 de junho de 1990, do M.S., que constituiu Comissão Especial para Planos de Carreira, Cargos e Salários para o SUS; a Resolução nº 12, aprovada em outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde, que estabeleceu Orientações Gerais para o Plano de Carreira, Cargos e Salários para os Estados, Municípios e Distrito Federal; os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos para o SUS; os trabalhos desenvolvidos pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e pela Mesa Nacional de Negociação do SUS. Esses instrumentos influenciaram somente iniciativas isoladas de Políticas de Recursos Humanos e não uma Política nacional para a gestão do trabalho no SUS (BRASIL, 2003).

Com base nessa constatação, foram elaborados os “Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS” (BRASIL, 2003, p.10) de forma participativa em Conferências Nacionais de Saúde (10ª em 1996 e na 11ª em 2000), reuniões do Conselho Nacional de Saúde e em oficinas realizadas em alguns estados do país.

Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) constitui-se em mais um dos instrumentos produzidos a partir da participação da sociedade organizada para a consolidação do Sistema Único de Saúde, recolocando a importância do trabalho, a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor Saúde. Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2003,p.09)

Esses princípios e diretrizes têm por finalidade o estabelecimento de parâmetros gerais para a Gestão do Trabalho no SUS, compatibilizando-os com as diferentes realidades dos estados e municípios. O documento apresenta também a definição das atribuições das instâncias gestoras com a Política de Recursos Humanos no SUS.

Além disso, o Ministério da Saúde (M.S.) criou, em 2003, a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES/MS) para formular políticas orientadoras da gestão, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. A SGTES/MS desenvolve suas ações por meio de políticas nos seguintes eixos: Gestão da Educação, Gestão do Trabalho, Desenvolvimento Gerencial e Rede Observatório de Recursos Humanos. Esta última é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) para o desenvolvimento de pesquisas e projetos para intervenção nos recursos humanos do SUS (BRASIL, 2011).

A Gestão do Trabalho do M.S. apresenta políticas e programas voltados para a desprecarização do trabalho; articulação do MERCOSUL e América Latina; Mesa de

Negociação do SUS; Regulação do Trabalho; a qualificação da gestão e os sistemas de informações sobre o mercado de trabalho em saúde (BRASIL, 2011). Assim, evidencia-se que a gestão de pessoas em saúde é crucial e deve envolver várias estratégias para sua eficácia. Deve se comprometer com a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para a transformação das práticas do trabalho com foco na atenção integral e humanizada na saúde.

Nesse sentido, a administração pública federal também está estimulando a implantação da gestão de pessoas por competências e define-a como conhecimentos, habilidades e atitudes necessários ao desempenho dos servidores para alcançar os objetivos da instituição (BRASIL, 2006a). Potencializando o emprego dessa nova concepção em gestão de pessoas, o Conselho Nacional de Educação também inseriu a gestão de pessoas por competência nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional. Esse documento define-a como a capacidade dos trabalhadores em mobilizar, articular e colocar os valores, conhecimentos e habilidades necessários ao desempenho eficaz em ação no trabalho (BRASIL, 1998).

Outra organização importante, principalmente para a administração hospitalar no Brasil, que tem enfatizado a importância da gestão de pessoas por competência é a Organização Nacional de Acreditação Hospitalar. A gestão de pessoas por competência foi inserida no Manual da ONA de 2010. Este Manual especifica as exigências para o reconhecimento da qualidade dos hospitais por essa organização social. A implementação da gestão de pessoas por competência deve ser realizada de maneira sistêmica e holística a partir da organização como um “todo”, articulado com a missão, visão, valores e estratégia organizacionais (RUTHES, 2007).

Atualmente, um grande número de organizações tem trabalhado com gestão de pessoas por competência, mas de formas diferenciadas. A gestão de pessoas nas organizações hospitalares deve identificar, manter e renovar as opções e ações de desenvolvimento de competências, levando em conta a relevância para cada caso ou equipe de trabalho. Desse modo, a formação de competências deve ser um processo contínuo (RUTHES, 2007).

No cenário hospitalar, a gestão de pessoas apresenta características singulares e complexas. Trata-se de um espaço onde se lida com alta tecnologia, diversidade de categorias profissionais e de especialistas e seres humanos que se encontram em uma situação fragilizada. Além disso, é uma organização que apresenta características históricas de corporativismo profissional, principalmente dos médicos, tratando-se assim de um espaço no qual a gestão de pessoas torna-se singular.

3.3.1 Gestão de Pessoas no hospital

A administração dos hospitais deve estar articulada à Reforma da Atenção Hospitalar (BRASIL, 2004). Além de buscar sua sustentabilidade financeira, a qualidade, a humanização e a eficácia nos serviços prestados, os hospitais integram-se à rede de saúde e atendem às necessidades de saúde da população. Os principais eixos norteadores da Reforma da Atenção Hospitalar são: garantia de acesso aos serviços, humanização na atenção e gestão, democratização da gestão, criação de contratos de serviços com estabelecimento de metas pactuadas, descentralização e regionalização (BRASIL, 2004).

No cenário da Reforma da Atenção Hospitalar, os hospitais universitários, segundo Médici (2001), estão sendo reestruturados para atender às novas demandas na saúde e para a profissionalização da administração com vistas à racionalização da gestão para o enfretamento de seus altos gastos.

Os Hospitais Universitários têm se caracterizado como complexos hospitalares voltados para o atendimento em alta e média complexidade, com alta tecnologia, existência de muitas especialidades médicas e boa estrutura assistencial (MÉDICI, 2001). Nesse contexto, segundo Jorge (2002), há alguns anos os interesses de ensino nesses hospitais predominavam sobre os assistenciais, o que favorece a compreensão de que os temas da superespecialização, da incorporação de tecnologias e definição do perfil da clientela do hospital eram realizados pelos professores das escolas.

Médici (2001) afirma que atualmente vivemos outra realidade no campo da saúde, diferente de épocas com ênfases na assistência hospitalar. Ressalta-se o fortalecimento de políticas públicas da saúde e a centralidade da atenção primária, o que demanda integração dos hospitais na rede de saúde. O autor cita os principais fatores relacionados à ênfase na atenção primária, quais sejam mudanças no perfil demográfico, tais como o envelhecimento da população e aumento do controle sobre a taxa de natalidade e conseqüente alteração no perfil epidemiológico. Atualmente se evidencia o aumento das doenças crônico-degenerativas. O trabalho em saúde, nesse cenário, requer ações de promoção e prevenção à saúde com práticas de estímulo à mudança dos hábitos de vida, etc. Outro fator que favorece o foco na atenção primária está relacionado à ampliação do processo democrático na saúde e inclusão social, além do incremento de mecanismos de defesa do consumidor e do aparato judicial. Por fim, outro fator apresentado por Médici (2001) está relacionado à necessidade crescente do controle das práticas médicas pelos planos de saúde.

A Reforma da Atenção Hospitalar, dessa forma, demanda que os hospitais de ensino estejam integrados à Rede de Saúde e com as comunidades em que estão inseridos, a fim de definir formas de assistência domiciliar e aumento do atendimento ambulatorial, etc (MÉDICI, 2001). Nessa perspectiva, a gestão do hospital universitário deve atender aos compromissos, pactuações e convênios assumidos com as instituições a que está vinculado, tais como o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde.

Para a melhor compreensão da missão do hospital universitário, Machado e Kuchenbeker (2007) afirmam que os hospitais de ensino foram definidos efetivamente a partir da criação em 1991 do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária. Nessa definição, são reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC) os hospitais de ensino que apresentam funcionamento regular há pelo menos cinco anos e caracterizam-se como centro de referência nacional no Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (MACHADO; KUCHENBEKER, 2007).

Recentemente, o MEC, por meio das Portarias 1000, 1005 e 1006 no ano de 2004, estabeleceu a certificação dos hospitais de ensino como instituições que servem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam hospitais gerais ou especializados, de instituições de Ensino Superior, públicos ou privados, ou ainda, conveniados com Instituição de Ensino Superior (MACHADO; KUCHENBEKER, 2007). Dessa forma, os hospitais universitários “(...) têm sido implicados de modo crescente na tradução do conhecimento científico em práticas capazes de incidir sobre a saúde das populações” (MACHADO; KUCHENBEKER, 2007, P. 874)

Com relação à gestão dos hospitais universitários, um dos principais problemas enfrentados está relacionado à forma de captação e contratação dos trabalhadores. Na ausência de concursos públicos em anos anteriores, muitos hospitais recorreram à contratação dos trabalhadores por meio de Fundações de Apoio, empresas fornecedoras de mão de obra licitadas, cooperativas de trabalho contratadas, pagamento de serviços contra-recibo, dentre outras soluções (BRASIL, 2004).

Na década de 1990, os atravessamentos mercantilistas se intensificaram no âmbito da saúde pública e iniciou-se a entrada no setor público de serviços terceirizados, inclusive com contratos temporários, o que implicou na precarização do trabalho, assim como na redução dos ganhos trabalhistas pela falta de aumentos salariais e de pagamentos por desempenho profissional (PIERANTONI, 2001).

A partir da flexibilização do trabalho deu-se a entrada de prestadores de serviços, sem vínculo profissional e com permanência temporária nas organizações. Essa categoria de trabalhadores é uma realidade no mundo do trabalho, assim como a generalização dos mecanismos de terceirização da força de trabalho, incluindo os serviços profissionais e as cooperativas médicas. O grau de flexibilização alcançado em diferentes países tem variado em função da evolução do sistema sanitário e do nível de participação nas decisões na política do setor saúde. Um dos riscos mais importantes da flexibilização trabalhista é a precariedade das condições do trabalho e as fragilidades dos sindicatos nesse contexto (BRASIL, 2004).

A flexibilização na gestão refere-se também à remuneração flexível, implementação de políticas de terceirização da administração pública a empresas ou fundações privadas. Os objetivos desses mecanismos de flexibilização na gestão são maior autonomia, sustentabilidade organizacional e regulação própria para compras e contratação de serviços nas organizações públicas. As flexibilizações são polêmicas e têm sofrido resistências por parte dos sindicatos, do ministério público e de especialistas em direito administrativo (COSTA *et al.*, 2000).

Outro desafio apontado por esses autores é a situação que as organizações hospitalares públicas estão enfrentando para atender às exigências contratuais de qualidade da assistência que tem assumido com as instâncias gestoras do SUS. Isso tem estimulado alteração na missão organizacional e exigido novas estratégias com o aparelho do Estado, mobilizando o hospital para inovações.

Essas novas exigências do SUS fazem parte de um conjunto de medidas implantadas a partir do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado criado no governo Fernando Henrique Cardoso no período de 1995-1999. Dentre os objetivos expressos no Plano Diretor um deles se refere à implantação de Contratos de Gestão nas empresas que não estavam em condições de ser privatizadas e acordos por resultados (ROQUETE, 2002).

Dessa forma, os dirigentes de hospitais têm procurado implantar novos modelos de gestão, a fim de garantir qualidade, eficácia no trabalho, reconhecimento social e cumprimento das metas pactuadas. Para tal, no entendimento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), qualquer modelo de gestão nas organizações na área da saúde deve considerar a participação e a ação dos trabalhadores (BRASIL, 2004). A participação dos trabalhadores acentua a complexidade da gestão em face das propostas de mudanças, uma vez que estas dependem da adesão e do comprometimento dos trabalhadores num ambiente com fortes corporações profissionais como é o caso dos hospitais.

A partir das abordagens teórico-metodológicas utilizadas na gestão organizacional hospitalar, as autoras Azevedo *et al.* (2002) realizaram um estudo sobre seus limites e possibilidades identificando no enfoque estratégico de planejamento e na gestão pela qualidade total, a potencialidade da contribuição da psicossociologia.

Segundo essas autoras, a gestão pela qualidade total (GQT), de origem japonesa e amplamente utilizada nas teorias administrativas americanas, sofreu críticas em sua implantação na área da saúde por diversas razões, dentre as quais destacam-se: a baixa adesão dos médicos, os escassos treinamentos das equipes nas técnicas de manuseio das ferramentas da qualidade e o curto período para implantação das mudanças necessárias. Outra discussão levantada refere-se ao fato de essa abordagem não se constituir efetivamente em uma filosofia gerencial revolucionária. A questão central era se a abordagem da qualidade total visava o maior empoderamento e participação dos profissionais na gestão como defendido ou se era apenas instrumentalização e manipulação do comportamento dos profissionais para melhorar o desempenho organizacional. Discute-se se haveria de fato conciliação de interesses individuais e organizacionais ou se somente os interesses organizacionais eram considerados, visando o aumento da produção (AZEVEDO *et al.*, 2002).

O enfoque do planejamento estratégico de gestão introduz diferentemente a dimensão humana e política. Considera as disputas de interesses nos processos de planejamento e gestão, reconhece a pluralidade dos atores mas concebe os seres humanos somente em sua racionalidade. Enfoca a questão dos conflitos de interesses entre os trabalhadores como fenômenos explicados pela consciência e vontade dos mesmos. O tratamento para os problemas da interação humana e das estratégias para gestão de pessoas também não considera os sujeitos como seres singulares. A subjetividade valorizada é atribuída somente à consciência. O “não-dito” por parte dos atores grupais e o latente do grupo não são tratados, bem como questões ambíguas não são consideradas nos processos grupais (AZEVEDO *et al.*, 2002).

A proposta dessas autoras é que se acrescentem, aos modelos de gestão, as contribuições da abordagem da psicossociologia na gestão de pessoas, buscando uma “desconstrução” dessas perspectivas instrumentais a fim de abrir brechas para trabalhar projetos coletivos voltados para a valorização da vida. Para tal, é necessária a consideração da complexidade da subjetividade e das inter-relações entre os sujeitos na organização. Esses sujeitos não são movidos apenas pela razão e pela vontade, mas também pelo desejo e pela pulsão. Manifestam o que sabem e o que não sabem, movem-se em busca de novas

possibilidades de ser e de existir e não só em função de afirmar sua identidade. Necessitam de oportunidades de crescimento e de reconhecimento profissional.

Nos processos de implantação de novos modelos de gestão, é importante a construção de um imaginário social que represente os valores comuns entre os sujeitos e suas idealizações, criando-se mecanismos de identificação nos grupos em torno de qualidades compartilhadas entre as pessoas que favoreçam o vínculo grupal (AZEVEDO *et al.*, 2002).

O reconhecimento da importância por parte da gestão da criação de mecanismos para lidar com a diversidade de interesses e conflitos é necessário para a construção de novos modos de gestão. A criação de um novo desenho institucional é um processo dinâmico que necessita de contínua avaliação, co-responsabilização nos processos de trabalho, metas e indicadores, assim como o uso de diferentes estratégias de implantação, em razão dos conflitos entre as equipes de saúde que compõem o cenário político institucional e setorial. (CAMPOS, 2000)

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde a gestão de pessoas nos hospitais implica criar estratégias para estimular o protagonismo dos trabalhadores e construir uma cultura integrada, com valores éticos, solidários e democráticos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPAS, 2004). Relaciona-se à capacidade de tomar decisões e resolver ações concretas do dia a dia organizacional e, ao mesmo tempo, estabelece relação com a dimensão política e com as diferentes instituições do Estado e da sociedade que regulam a formação profissional, o mercado de trabalho, a legislação trabalhista ou o conflito frente às exigências sociais.

A desconcentração e a descentralização crescentes dos serviços de saúde, bem como a constituição dos hospitais públicos em empresas sociais enfraquecem as representações centrais de sindicatos e modificam a natureza da negociação trabalhista. Esse novo cenário deverá ser de negociação de trabalho por meio de diálogo permanente orientado para os benefícios ao trabalhador, para as instituições e para a população, não com sentido assistencialista, mas como direito e cidadania (BRASIL, 2004).

De acordo com a OPAS (BRASIL, 2004), a gestão de pessoas de um hospital conta com os seguintes elementos, conforme demonstrado no Quadro 2.:

QUADRO 02

ELEMENTOS CONSTITUINTES DA GESTÃO DE RH NO HOSPITAL

Planejamento e Política			
Papel que outorgará o RH no trabalho		Manejo global da força de trabalho	
Princípios, direitos e deveres do RH		Definição dos sistemas de compensação	
Estrutura profissional em função do plano e do modelo de atenção do hospital		Política de relações trabalhistas	
Proposta de desenvolvimento de RH		Planejamento orçamentário da força de trabalho	
Pessoal	Gestão de desempenho	Administração e relações trabalhistas	Educação e desenvolvimento de RH
Desenho de perfis	Desenho de sistema de monitoramento- Informação para avaliar desempenho	Condições de trabalho	Desempenho pessoal e profissional
Análise da composição do pessoal	Gerência do desempenho	Ambiente trabalhista	Treinamento em serviço
Recrutamento	Folha de pagamento	Assessoria para realocização e aposentadoria	
Distribuições e transparências	incentivos	Transição- traslado	
Planejamento da sucessão	Retenções	Processo de separação	
contratação			
indução			
Desenvolvimento e manutenção do sistema de informação	-Auditoria -Medição do desempenho -Informes de gerência		Comunicação dos empregados

Fontes: Price Waterhouse and Coopers. Documento de consultoria. Quito: Ministério da Saúde Pública; 1999; World Health Organization. Training manual on management of human resources for health. Geneva: WHO; 1993 (Document WHO/EDU/93:201). Elaboração: Fundação Equatoriana da Saúde, 2000 (BRASIL, 2004, p.261).

Os elementos apresentados no Quadro 2 refletem a multiplicidade de aspectos envolvidos na gestão de pessoas em um hospital. Esses aspectos envolvem ações nos campos do planejamento e da política, além da definição e manutenção do contingente de trabalhadores.

No que se refere à complexidade das ações da gestão de pessoas no hospital, podem ser encontradas, no Manual de Acreditação versão 2010, como atividades relacionadas à organização e coordenação das ações relativas ao planejamento dos recursos humanos, condições de trabalho, saúde, segurança e desenvolvimento das pessoas (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO-ONA, 2010).

As organizações hospitalares apresentam especificidades a serem consideradas nos processos de análise para estratégias de gestão de pessoas. Uma dessas especificidades refere-se ao que Carapinheiro (1998) denominou de sistema dual de autoridade. Uma autoridade

formal, hierárquica, do topo para a base, que corresponde aos cargos formais de direção e a segunda autoridade representada pelos médicos. Esta última se estabelece tanto pelo poder carismático na cura de doenças, quanto pela competência técnica que lhes permite opor e sobrepor às exigências da administração.

No hospital, de todas as categorias profissionais envolvidas no trabalho, a única verdadeiramente autônoma é a profissão médica. Essa autonomia é sustentada pela domínio de seu saber e de sua competência técnica no cotidiano do trabalho. Conseqüentemente, essa categoria profissional dirige e avalia o trabalho das demais categorias profissionais sem, em contrapartida, ser seu objeto de avaliação. Mesmo no interior da profissão, o exercício da regulação profissional entre os médicos organiza-se com liberdade, autonomia e responsabilidade (CARAPINHEIRO, 1998). Para a autora, essa situação acaba sendo tão problemática quanto a organização burocrática racional-legal, uma vez que as demais categorias profissionais experimentam formas de alienação social. A respeito da burocracia nos hospitais, Mintzberg (2008) afirma que, nessas organizações, existem as burocracias profissionais, com predomínio dos conhecimentos técnicos.

Os hospitais são organizações em que se configuram múltiplos sistemas de autoridade e múltiplas formas de poder profissional, que excluem a referência a um conjunto bem definido de objetivos ou a uma única linha de direção (CARAPINHEIRO, 1998).

O poder de cada profissão está relacionado a alguns fatores como a importância das tarefas que executam, assim como o grau de criticidade e dificuldade destas; os graus de influência que exercem na definição de políticas para tomadas de decisão para os objetivos operacionais; a menor vulnerabilidade da categoria frente aos efeitos do constrangimento de seus objetivos particulares frente aos organizacionais. Acrescenta-se, ainda, que a capacidade de explicar e demonstrar a ligação íntima entre esses objetivos particulares e os objetivos oficiais também confere poder à categoria profissional dos médicos. Dessa forma, a vida da organização hospitalar é entendida como o resultado de uma multiplicidade de negociações (CARAPINHEIRO, 1998).

De acordo com a autora, no cotidiano do trabalho da organização hospitalar, criam-se regras informais para regular ações e preencher os vazios deixados pela regulação formal. Essas regulações cruzam-se constantemente, sendo que umas e outras podem cair em desuso, podendo ser reiteradas ou substituídas de acordo com as exigências estabelecidas nas interações e negociações entre os diferentes participantes da divisão do trabalho.

Além das disputas de poder e do sistema de autoridade nas organizações hospitalares, outra característica que influencia fortemente o trabalho dos profissionais no hospital é o lidar

contínuo com a dor e a morte. Esse trabalho envolve relacionamento com uma diversidade de sujeitos e suas reações emocionais perante o sofrimento (PITTA, 1999). Essa característica do trabalho aponta para a importância de práticas específicas na gestão de pessoas nos hospitais. Nessa perspectiva, considerando o marco teórico apresentado buscou-se por meio desse estudo, analisar as práticas de gestão na visão de profissionais de saúde, considerando as dimensões prescritas no planejamento do hospital e o real do cotidiano do trabalho. Para tanto, foram consideradas as dimensões subjetivas, culturais e os aspectos das relações de poder na organização hospitalar, assim como a complexidade envolvida no trabalho em saúde em um hospital universitário.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Este estudo busca analisar as práticas de gestão de pessoas na visão de profissionais de saúde, considerando as dimensões prescritas no planejamento do hospital e o real do cotidiano do trabalho, a fim de compreender as relações complexas envolvidas na gestão de pessoas em uma unidade de internação hospitalar, com foco nos aspectos subjetivos envolvidos nos processos de trabalho. Foram analisadas as práticas de gestão de pessoas na visão de profissionais de saúde, considerando as dimensões prescrita e real da dinâmica do trabalho.

Esse objetivo não é apreensível por meio de uma pesquisa quantitativa, uma vez que busca não só evidenciar dados, mas analisá-los em profundidade, compreendendo a dinâmica dos relacionamentos e contribuindo com novos questionamentos e pesquisas (BARDIN, 2009). Trata-se, portanto de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter descritivo-analítico, pois procura a apreensão, descrição e análise dos significados que os trabalhadores atribuem ao que vivenciam no dia a dia do trabalho tanto no que tange aos elementos prescritos ligados às práticas de gestão de pessoas quanto aos não prescritos, isto é, estratégias informais de gestão de pessoas no cotidiano do trabalho.

A pesquisa qualitativa trabalha com os significados, os motivos, as aspirações, crenças e valores. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como realidade social, uma vez que o ser humano se diferencia de outros seres não só na ação, mas por pensar o que faz e interpretar suas ações. Isso se dá tanto dentro quanto a partir do que os seres humanos vivenciam e partilham com outros seres humanos. “A pesquisa qualitativa se aprofunda no mundo dos significados. Esse nível de realidade não é visível, precisa ser exposta e interpretada, em primeira instância, pelos próprios pesquisados” (MINAYO, 2007, p. 22).

O estudo é de natureza descritiva, uma vez que por meio dos objetivos pretende descrever os fenômenos, classificá-los, analisá-los para depois interpretá-los. (GODOY, 1995), o conjunto de características essenciais capazes de identificar uma pesquisa qualitativa são o ambiente como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental, o caráter descritivo, o significado que as pessoas dão às coisas e sua vida e o enfoque indutivo.

Os dados serão analisados por meio da análise de conteúdo, que “(...) é um conjunto de técnicas de análise de comunicações” (BARDIN, 2009, p.33). Essa análise ocorre segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo dos enunciados. Pode ser uma análise dos significados, mas também dos significantes. Mediante algumas regras, definem-se unidades de codificação ou de registro que, por sua vez, serão agrupadas em categorias (BARDIN, 2009).

A pesquisa foi realizada em três momentos. Após aprovação do projeto de pesquisa nas instâncias da UFMG (Câmara Departamental da Escola de Enfermagem; Núcleo de Pesquisa do Hospital das Clínicas e Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP), iniciou-se com a análise documental e posteriormente realizaram-se as entrevistas.

4.2 Cenário do estudo

O cenário de estudo foi uma unidade de internação pediátrica de um hospital com modelo de gestão colegiada, por ser esse modelo considerado adequado a organizações de saúde, segundo a OPAS (BRASIL, 2004) e, ainda, um hospital comprometido com investimentos na melhoria da gestão.

Considerando o exposto, o hospital escolhido é referência no que concerne aos investimentos em melhorias na gestão e está inserido no PRO-HOSP – Programa de Fortalecimento e Qualidade dos Hospitais de Minas Gerais, um dos programas estruturadores da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), desde seu início em 2003. Esse hospital já formou três membros da direção no curso de Gestão Hospitalar realizado pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais para os hospitais do PRO-HOSP, curso que faz parte de uma das metas pactuadas com a SES/MG no referido Programa.

O hospital também está inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde desde 2001, quando ainda era denominado Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, permanecendo até hoje na Política Nacional de Humanização. Está implementando a Política de Qualidade desde 2001, com a criação do setor GESQUALIS (Gestão pela Qualidade na Saúde). Atualmente está se preparando para a Acreditação Hospitalar, sendo que, no ano de 2009, ganhou o 1º lugar no Prêmio Célio de Castro, prêmio de incentivo à Qualidade promovido pela SES/MG. Atualmente, recebe consultoria do Ministério da Saúde pela Fundação Osvaldo Cruz para prepará-lo para

reconhecimento da Acreditação Hospitalar pela Joint-Comission (Acreditação Internacional de Qualidade).

Ressalta-se que o hospital implantou, a partir de maio de 1999, um novo modelo de gestão que favorece a descentralização, por meio da criação de Unidades Funcionais (UF), que são responsáveis, em conjunto com a direção, pelo planejamento e pela gestão. Essa organização é caracterizada por uma gestão participativa, apontada por muitos teóricos, como Campos (2000) e Cecílio (1994), como uma forma de gestão que favorece uma efetiva transformação no modelo de atenção e gestão em saúde.

Trata-se de um hospital de grande porte, criado como hospital de ensino para atender às demandas da Faculdade de Medicina da Universidade. Atualmente este hospital é uma unidade especial da universidade, autônoma e ocupa lugar de destaque no estado de Minas Gerais por seu papel estratégico na formação de profissionais de saúde e na pesquisa científica. Participa de Projetos Especiais como Centro de Telessaúde; Programa de Humanização; Gestão pela Qualidade; Hospital Sentinela; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Projeto Elsa e Doutores da Alegria.

O hospital é referência na propedêutica e atendimento aos pacientes do município de Belo Horizonte e do Estado. Presta atendimento ambulatorial e hospitalar, em média e alta complexidade, integrado ao Sistema Único de Saúde. Estendeu seu campo de estágio para alunos de graduação e pós-graduação da Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição e Fonoaudiologia, além de oferecer residências médicas em 38 especialidades e uma residência multiprofissional. A estrutura física é composta por três prédios para atendimentos das especialidades médicas, além do prédio central do hospital, dois ambulatórios e um anexo. O modelo de gestão descentralizada é operacionalizado por meio de 24 Unidades Funcionais.

Há no hospital diversos vínculos profissionais como por exemplo: os servidores públicos vinculados à universidade; os contratados pela Fundação de Apoio Universitário para prestação de serviços e os profissionais prestadores de serviços sem vínculo empregatício os que assinam Recibo de Prestação de Serviços Autônomos (RPAs). Neste estudo, será utilizado o nome fictício - Hospital Beta para representar o hospital e Fundação de Apoio Universitário para representar a Fundação que presta Apoio ao hospital assegurando seu anonimato.

O *locus* da pesquisa foi a unidade de internação pediátrica. Essa unidade foi escolhida por ter sido uma das primeiras a ser implantada como Unidade Funcional e onde há investimentos significativos em ações da Política Nacional de Humanização, conforme

informações fornecidas por representante da Política Nacional de Humanização do hospital. A unidade de internação pediátrica está inserida na Unidade Funcional da Pediatria junto com o CTI Pediátrico e com o ambulatório. Atende a crianças e adolescentes em clínica médica e oncologia, pacientes com doenças graves. Possui 60 leitos distribuídos em duas alas.

As Unidades Funcionais da Nutrição e da Multiprofissional prestam serviços na unidade de internação. Os profissionais de saúde que prestam atendimento na unidade são das seguintes categorias profissionais: serviço social, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia, enfermagem, médicos pediatras e de várias especialidades, técnicos e auxiliares de enfermagem. Os profissionais administrativos, da limpeza e da vigilância são terceirizados.

O estudo não foi realizado em toda a Unidade Funcional, uma vez que esta engloba o CTI, o ambulatório e a unidade de internação e esses três setores apresentam processos de trabalho específicos, com características distintas o que impacta na gestão de pessoas. Dessa forma, para possibilitar o entendimento da visão dos profissionais de saúde sobre a gestão de pessoas, foi escolhida, como campo de pesquisa, somente a unidade de internação pediátrica.

Nas entrevistas, os coordenadores médico e administrativo e o gerente relataram que os três setores são bem diferenciados pelas características de seus processos de trabalho. O CTI é um setor fechado, no qual os profissionais se encontram com facilidade a todo momento; apresenta equipamentos de alta tecnologia e onde são realizados procedimentos complexos. Já o Ambulatório é bem diferente pois conta com atendimentos agendados, pacientes com estado de saúde menos grave e que frequentam periodicamente o setor facilitando a vinculação com os profissionais da saúde das diversas categorias que lá atuam.

4.3 Sujeitos da pesquisa

As entrevistas foram realizadas com profissionais que ocupam funções gerenciais na unidade de internação pediátrica do hospital, quais sejam: o gerente da Unidade Funcional, o coordenador administrativo, o coordenador médico e o coordenador de enfermagem. Na discussão dos resultados, os relatos desses profissionais serão identificados como gestores (gestor 1, gestor 2, gestor 3 e gestor 4) para garantia do anonimato.

Também foram realizadas entrevistas com um grupo heterogêneo de profissionais de saúde, compreendendo profissionais de diversas categorias, envolvidos diretamente com a

assistência aos pacientes na unidade de internação e um profissional administrativo. Os profissionais que participaram das entrevistas foram escolhidos aleatoriamente dentro de cada categoria profissional, incluindo os do horário noturno e dos plantões de sábado e domingo.

Foi incluído um auxiliar administrativo da rouparia no grupo de profissionais entrevistados, pelo fato de que, na entrevista com o gerente e com o coordenador administrativo, foram apresentados relatos sobre a existência de ações estratégicas de gestão de pessoas realizadas na unidade que se iniciaram com os profissionais administrativos.

Desta forma, foram entrevistados quatro coordenadores; dezesseis profissionais da saúde e um auxiliar administrativo, perfazendo o total de vinte e um sujeitos. A delimitação do número de entrevistados seguiu o critério de saturação, quando não surgiram dados novos na coleta de dados. O Quadro 3 apresenta o perfil dos sujeitos entrevistados:

QUADRO 3
PERFIL DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

Profissão	Nº de profissionais	Tempo de trabalho na organização e tempo na coordenação	Vinculação profissional	Sexo
Gerente -Psicólogo	01	08 anos 02 anos – na coordenação	Vínculo efetivo	Feminino
Coordenador Administrativo -Administrativo	01	15 anos 12 anos na coordenação	Vínculo efetivo	Feminino
Coordenador Médico - Médico	01	Não informado 02 anos na coordenação	Vínculo efetivo	Masculino
Coordenador de Enfermagem - Enfermeira	01	08 anos 04 anos na coordenação	Vínculo efetivo	Feminino
Enfermeiros	02	- 03 anos - 09 meses	-Contrato Fundação -Contrato Fundação	Feminino Feminino
Médicos	02	-06 anos -12 anos	-vínculo efetivo -RPA	Feminino Masculino
Psicólogos	02	-01 anos -02 anos	-RPA -RPA	Feminino Feminino
Técnicos de enfermagem	05	- 03 anos - 07 anos -12 anos -12 anos - 09 meses	- vínculo efetivo - vínculo efetivo - vínculo efetivo - vínculo efetivo -Contrato Fundação	Feminino Feminino Feminino Feminino Feminino
Terapeuta Ocupacional	01	4 anos	RPA	Feminino
Fisioterapeuta	01	03 anos e meio	Contrato Fundação	Feminino
Assistente Social	01	13 anos	Vínculo efetivo	Feminino
Fonoaudiólogo	01	15 anos	Vínculo efetivo	Feminino
Nutricionista	01	06 anos	Vínculo efetivo	Feminino
Auxiliar Administrativo	01	16 anos	Vínculo efetivo	Feminino
Total	21			

Fonte: Elaborado para fins desse estudo.

É possível observar pela apresentação do Quadro 3 que a maioria dos entrevistados é do sexo feminino e servidores públicos efetivos há mais de cinco anos de organização.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de fontes primárias e secundárias. Inicialmente foram coletados dados secundários com a utilização dos seguintes documentos obtidos no setor de Recursos Humanos do hospital: Plano Diretor; Diagnóstico ONA; Programa de Capacitação; Regime Jurídico Único e o Relatório do Modelo de Gestão do hospital.

Foi solicitado ao setor de Recursos Humanos o Plano Diretor, o diagnóstico ONA e outros documentos que correspondam aos registros das práticas de gestão empregadas na unidade pesquisada. Ressalta-se que essa solicitação foi feita inicialmente ao gerente da Unidade Funcional, mas não existia registro de documentos ou planejamentos de gestão na unidade de internação pediátrica.

A análise documental na definição de Bardin (2009) é um conjunto de operações que visam representar o conteúdo de um documento sob forma diferente do original, para facilitar sua consulta e referência. Segundo Neves (1996), é uma consulta a materiais que não foram analisados, sendo muito utilizada em estudos de administração que procuram saber como e por que certos fenômenos acontecem.

Esse estudo de documentos focalizou o registro das práticas planejadas de gestão de pessoas e adotadas pela administração. As informações foram selecionadas e organizadas de acordo com os três processos da gestão de pessoas desenvolvidos por Dutra (2002).

No segundo momento da pesquisa, foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado (APÊNDICE B) com os gestores da unidade de internação pediátrica e com profissionais de saúde de diferentes categorias (APÊNDICE C), envolvidos diretamente com a assistência aos pacientes na unidade de internação. As entrevistas foram realizadas nos horários diurno e noturno, bem como nos plantões de sábado e domingo.

As entrevistas com roteiro semiestruturado contêm perguntas abertas e fechadas que permitem ao entrevistado discorrer livremente sobre as questões apresentadas, assim como possibilitam o aprofundamento de algumas delas pelo entrevistador. De acordo com Gil (1994), a entrevista é uma excelente técnica para a investigação social. Por ser flexível, permite a obtenção de dados referentes a vários aspectos da vida social, aprofundamento

acerca do comportamento humano, bem como a classificação e a quantificação dos dados obtidos. O autor argumenta ainda que as limitações da entrevista são a desmotivação do entrevistado em responder às perguntas; a falta de compreensão do significado das perguntas; as respostas falsas e a insuficiência vocabular ou provocada por problemas psicológicos do entrevistado, dificultando suas respostas. Outros aspectos limitadores referem-se à influência do entrevistador sobre o entrevistado, a influência de opiniões pessoais do entrevistador e os custos com o treinamento de pessoal para aplicação das entrevistas (GIL, 1994). Tendo em vista essas limitações, as entrevistas devem ser planejadas adequadamente e, se possível, deve-se realizar uma ou duas entrevistas-piloto, a fim de possibilitar adequações. Nesta pesquisa, foram feitas duas entrevistas-piloto que possibilitaram alterações no roteiro.

As entrevistas semiestruturadas foram iniciadas a partir de algumas questões norteadoras, mas realizadas de forma flexível de modo a permitir a livre expressão do entrevistado e o aprofundamento por parte do entrevistador sobre algumas questões de interesse colocadas durante sua realização. A esse respeito, Boni e Quaresma (2005) ressaltam que a entrevista com roteiro semiestruturado se dá numa interação entre o entrevistado e o pesquisador. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume de informações, podendo direcionar para o tema e intervir a fim de que os objetivos sejam alcançados.

No início da entrevista, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa aos participantes convidados que, ao final da explicação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foram informados sobre a liberdade em interromper a entrevista, se o desejassem. Foi-lhes solicitado que a entrevista fosse gravada, garantindo-se o anonimato e o sigilo de sua identificação. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

O critério de delimitação do número de entrevistas ocorreu por saturação. A saturação, segundo Fontanella *et al.* (2008), é muito utilizada em investigações qualitativas. Sua delimitação se dá pela suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar redundância, não sendo acrescentados novos dados relevantes.

As entrevistas foram realizadas no período de junho a setembro do ano de 2010. O tempo foi maior que o previsto por falta de disponibilidade de tempo dos profissionais no horário de trabalho. Para tal, foram utilizados roteiros semiestruturados, sendo um para profissionais que ocupam função gerencial (APÊNDICE B) e outro para os demais profissionais (APÊNDICE C), tendo em vista as funções diferenciadas.

Os sujeitos foram eleitos tendo em vista seu envolvimento e sua vivência nas práticas de gestão do hospital.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados primários e secundários foi tratada por meio da técnica de análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2009), na análise de conteúdo, a pesquisa deve ser organizada em torno de três polos cronológicos, quais sejam a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação.

O processo inicia-se com a pré-análise que é o estabelecimento de um programa, que pode ser flexível, mas deve ser preciso. É realizada para a escolha dos documentos a serem submetidos à análise e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Nessa perspectiva, após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas na íntegra e foi realizada a leitura repetida para assegurar a exatidão da transcrição. Nesse momento foi organizado o conjunto das entrevistas, ou seja o *corpus* (MINAYO, 2007).

Em seguida, foi realizada a leitura “flutuante”, a qual consiste em uma forma de leitura exaustiva de todas as entrevistas a fim de possibilitar intuições, permitindo que o pesquisador seja invadido por impressões e orientações que possibilitem a projeção de teorias adaptadas sobre o material (BARDIN, 2009).

Posteriormente, foi feita a categorização dos temas relevantes, analisados à luz da literatura. A categorização permite a classificação das unidades de registro pertencentes a elementos de significação constitutivos da mensagem. Essas categorizações podem ser feitas por semelhanças entre as unidades de registro ou diferenças ou ainda seguindo critérios de associação entre essas unidades (BARDIN, 2009). No entender da mesma autora, algumas regras são fundamentais e devem ser seguidas para a definição de categorias, para que as análises dos dados sejam válidas. São elas:

- a) homogêneas,
- b) exaustivas: devem esgotar a totalidade do texto;
- c) exclusivas: um mesmo elemento do conteúdo não pode ser classificado em duas categorias diferentes;
- d) objetivas: codificadores diferentes devem chegar aos mesmos resultados;

e) adequadas ou pertinentes: isto é, adaptadas ao conteúdo e ao objetivo (BARDIN, 2009).

Após a categorização, faz-se a análise dos conteúdos classificados. Esse momento é muito importante e foi realizado à luz das teorias da Administração moderna, da psicossociologia e da ergologia. A respeito da análise de conteúdo, Bardin enfatiza que a “intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (BARDIN, 2009, p.40).

Essa autora destaca ainda que a descrição, a enumeração das características do texto após tratamento, corresponde à primeira etapa da análise de conteúdo. Em seguida, pela inferência, explicita-se a passagem da primeira etapa para a última fase; esse procedimento é intermediário, a última fase é a interpretação, a atribuição de significação a essas características.

Trata-se portanto, de buscar os significados das mensagens por meio de seus significantes (a mensagem dita), buscando outros significados, que podem ser de natureza psicológica, sociológica, política, histórica, etc.

A categorização culminou com as seguintes categorias temáticas: Trabalho em Hospital Universitário – lócus privilegiado de aprendizado e atualização; Os Desafios da Gestão Colegiada – Avanços e Retrocessos; O Cuidar de Crianças Gravemente Enfermas – Singularidades do Trabalho na Pediatria e a Imagem (Ação) do Prescrito ao Real - Visão dos trabalhadores sobre as práticas de gestão de pessoas, estas foram analisadas à luz da literatura adotada.

O próximo capítulo é destinado a apresentação e discussão dos resultados, iniciando pela análise dos documentos apresentados pelo setor de Recursos Humanos, que representa a dimensão prescrita da gestão de pessoas no hospital e nas seções seguintes as análises de cada categoria temática que representam, por sua vez, a dimensão real do cotidiano do trabalho.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 A gestão de pessoas no hospital: dimensão prescrita

A primeira fase da pesquisa consistiu na análise dos seguintes documentos fornecidos pelo setor de Recursos Humanos do hospital: Plano Diretor do Hospital -; Programa de Capacitação elaborado para todo o hospital; Regime Jurídico Único que regulamenta o trabalho dos servidores públicos federais vinculados à Universidade (BRASIL, 1998); diagnóstico da ONA realizado pelo IQG e Relatório do Modelo de Gestão descentralizada.

A respeito da análise documental, cabe ressaltar que a abordagem teórica de Gestão de Pessoas de Dutra (2009) foi tomada como eixo norteador, considerando-se os processos de Movimentação, de Desenvolvimento e de Valorização do trabalhador. Na apresentação deste capítulo, serão mostrados os processos mencionados, bem como as ações de ampliação na participação nas decisões advindas do Relatório do Modelo de Gestão do Hospital.

No que concerne aos tipos de vínculos dos profissionais, a unidade de internação pediátrica tem funcionários contratados pela Fundação de Apoio Universitário, que integram a enfermagem, a fisioterapia, dentre outros e os servidores com vínculo efetivo da Universidade Federal. Há também os profissionais que assinam Recibo de Pagamento Autônomo (RPA), que não possuem vínculo empregatício e, dessa forma, não possuem os direitos trabalhistas. Os profissionais RPA estão distribuídos entre os médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, etc. Além dos vínculos mencionados, a unidade conta com empresas prestadoras de serviço terceirizadas para os serviços gerais, vigilância, alguns cargos administrativos, bem como os guardas-jovens vinculados à Cruz Vermelha.

Os contratos com a Fundação de Apoio Universitário, segundo informado, não são realizados de forma sistematizada. Assim, o processo seletivo, a progressão profissional e a avaliação de desempenho dependem de cada projeto da Fundação no Hospital.

Um dos documentos analisados foi o Regime Jurídico Único (RJU) que regulamenta os servidores civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. O RJU está relacionado ao Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, que representou um esforço de diagnóstico e elaboração de princípios e diretrizes para a reforma da administração pública. Nesse diagnóstico, foram identificadas três dimensões de problemas a serem enfrentados: a dimensão institucional-legal, com obstáculos legais para maior eficiência do aparelho do

Estado; a dimensão cultural, na administração pública brasileira com a coexistência de valores patrimonialistas, burocráticos e as modernas orientações gerenciais. Na dimensão da gestão, há necessidade de novos modos e instrumentos gerenciais referentes à administração dos recursos humanos (BRASIL, 1998).

O Regime Jurídico Único dos servidores civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, instituído pela Lei n.º8.112, de 11 de dezembro de 1990, mereceu grande atenção nesse processo de reformulação legal: em pouco mais de doze meses, foram alterados 58 dos seus 253 artigos originais e ainda, revogados outros 7 artigos e 13 alíneas, incisos e parágrafos (BRASIL, 1998, p.10).

A partir do Regime Jurídico Único, algumas mudanças foram implementadas na administração de recursos humanos, como por exemplo, o tempo para ingresso do servidor quando aprovado em concurso público que passou a ter limite mínimo de 10 dias e máximo de 30 dias, de acordo com as especificidades. Além disso, as reformulações flexibilizaram e moralizaram as normas que regem o provimento de cargos, os direitos e deveres dos servidores públicos federais (BRASIL, 1998).

O Regime Jurídico Único apresenta regulamentação para todos os processos de gestão de pessoas que foram analisados neste estudo abrangendo as normas para movimentação, o desenvolvimento e a valorização dos servidores. Também foram considerados os compromissos de gestão de pessoas como orientações para as relações sindicais.

A análise documental dos demais documentos como Plano Diretor; Diagnóstico ONA; Programa de Capacitação; Relatório do Modelo de Gestão do Hospital, evidenciaram práticas prescritas para a gestão de pessoas que serão apresentadas a seguir.

Para o processo de movimentação dos trabalhadores, o Plano Diretor especifica ações que correspondem ao processo de movimentação dos trabalhadores conforme classificado por Dutra (2009): dimensionamento de pessoas do hospital, de acordo com a metodologia aprovada pelo Conselho Universitário da Universidade, em cumprimento ao Decreto 5.825, de 29 de junho /2006. Esse Decreto estabelece as diretrizes para a elaboração do Plano de Desenvolvimento dos Integrantes do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação (BRASIL, 2006b).

Apresenta ainda outras ações como promoção de oficinas do projeto de Acolhimento do hospital para a integração dos profissionais, a ser realizado em parceria com o Programa de Humanização, assim como a reavaliação dos critérios de movimentação dos trabalhadores e de acompanhamento funcional com a implementação de nova sistemática de

acompanhamento dos servidores. Nesse acompanhamento são consideradas as dificuldades técnicas ou de adaptação dos trabalhadores, com ações específicas para cada caso.

Os critérios de movimentação como remoção interna e externa, afastamento, recrutamento e seleção/Fundação de Apoio Universitário, ascensão e acompanhamento funcional devem ser implantados nos colegiados internos e no Colegiado Gestor.

Ainda em relação aos processos de movimentação, na análise do documento elaborado pelo Instituto Qualiza de Gestão (IQG) referente ao diagnóstico ONA, foram identificadas as seguintes ações a serem planejadas e realizadas: analisar os motivos de desligamento dos funcionários, o índice de rotatividade do quadro funcional, a fim de implantar programa de alinhamento das competências dos funcionários admitidos pelo concurso e analisar as descrições de cargos e funções para melhorar as práticas de seleção, recrutamento e desenvolvimento. Essas sugestões refletem o investimento nas pessoas e a importância de a gestão buscar a conciliação de interesses pessoais e organizacionais na atualidade.

No processo de desenvolvimento dos trabalhadores, o Plano Diretor apresenta as seguintes ações: realização de eventos e capacitações atendendo às demandas prioritárias das Unidades Funcionais e dos temas dos projetos institucionais. As capacitações deverão ser planejadas para atender às exigências do Plano de Carreira dos Técnico-administrativos em Educação. As ações de capacitação serão priorizadas para atender às demandas das Unidades Funcionais. Esse processo será coordenado pela Vice Diretoria de Recursos Humanos.

Outras ações relacionadas aos processos de Desenvolvimento dos trabalhadores prescritas no Plano Diretor são a avaliação de todas as gerências do hospital, com a participação da diretoria, assessoria e vice-diretoria de Recursos Humanos e a implementação da avaliação de desempenho mediante proposta aprovada pelo Conselho Universitário da Universidade, em cumprimento ao Decreto 5.825 (BRASIL, 2006b).

No que se refere ao processo de desenvolvimento dos trabalhadores, o diagnóstico do IQG para a Acreditação Hospitalar sugere melhorias voltadas para a definição de ações formais para os diferentes resultados obtidos na avaliação de desempenho dos funcionários da instituição.

Outro documento relacionado ao processo de Desenvolvimento dos trabalhadores é o Programa de Capacitação do Hospital BETA desenvolvido para o segundo semestre de 2008 e o ano de 2009. Dele consta o Programa de Formação Integrada e Qualidade de Vida na Gestão de Pessoas.

Um dos objetivos descritos no Programa relaciona-se às capacitações para os Projetos institucionais, para a Gestão da Qualidade/Acreditação, treinamento introdutório e

continuidade do desenvolvimento gerencial. Outros objetivos estão direcionados para o aprimoramento profissional, ao compromisso com o clima organizacional, a qualidade de vida no trabalho e cidadania dos trabalhadores.

O levantamento das necessidades de capacitações para a organização da programação de cursos foi realizado de forma participativa mediante oficinas com gerentes e coordenadores. As sugestões apresentadas nessas oficinas foram agrupadas em linhas mestras institucionais definidas no Plano Diretor do hospital. Posteriormente, os gerentes e coordenadores apresentaram demandas específicas para a avaliação da coordenação do Programa de Capacitação e técnicos da Vice-Diretoria de Recursos Humanos.

A diretoria também apresentou demandas relacionadas à necessidade de capacitação para estimular o compromisso dos profissionais com a instituição, interação e integração. As demandas de cursos pelo setor do Serviço de Assistência à Saúde do Trabalhador da Coordenadoria e Desenvolvimento de Recursos Humanos também seriam encaminhadas posteriormente, segundo registro do documento.

O Programa apresenta o planejamento de cursos para todo o hospital, contemplando os específicos organizados por categoria profissional e eventos, inclusive aqueles planejados em nível central para todo o hospital. Apresenta, ainda, indicadores para a avaliação e esclarece que os certificados para fins de progressão por capacitação devem ser emitidos pela Coordenação de Recursos Humanos. Outros certificados podem ser considerados para a progressão, desde que contribuam para o desenvolvimento profissional e atendam aos interesses institucionais e que suas cargas horárias satisfaçam as exigências da Tabela de Progressão por Capacitação Profissional prevista na Lei nº 11.233 de 23/12/2005 (BRASIL, 2005a).

O processo de desenvolvimento está estruturado de modo a favorecer o desenvolvimento dos trabalhadores e atende às necessidades da organização. Além disso, está planejado de forma integrada ao processo de desenvolvimento dos trabalhadores, uma vez que as capacitações propiciam progressão salarial prevista no Plano de Carreira do Regime Jurídico Único - Lei 11091/2005 publicada no DOU de 13/01/2005 (BRASIL, 2005b).

Com relação ao terceiro processo proposto por Dutra (2002), o processo de valorização dos trabalhadores, o planejamento apresentado foi o que corresponde às práticas de remuneração, premiação, serviços e facilidades, está prescrito e regulamentado no Regime Jurídico Único para os servidores federais.

O Regime Jurídico Único regulamenta as gratificações e adicionais e os benefícios dos servidores públicos federais. O Plano de Carreira é o dos Técnico-administrativos em

educação e está normalizado pela Lei 11091/2005, publicada no DOU de 13/01/2005; prevê a progressão salarial mediante participação em cursos ou capacitações, avaliação de desempenho e tempo de serviço (BRASIL, 2005b).

O Plano de Carreira está pertinente às exigências da SGTES/MS; no entanto a existência de outros vínculos profissionais, como contratos com a Fundação de Apoio Universitário e os profissionais sem vínculo empregatício como os RPAs representa um dos problemas que a SGTES/MG tem procurado resolver mediante as políticas para Desprecarização do trabalho (BRASIL, 2009).

Outros compromissos da gestão de pessoas são descritos por Dutra (2009) como processo de apoio e referem-se ao Clima Organizacional, o contrato psicológico e aspectos relacionados às condições biopsicossociais no trabalho, a qualidade de vida e a participação dos trabalhadores no trabalho.

Com relação ao Clima Organizacional, o Plano Diretor propõe a realização de pesquisas de clima organizacional periodicamente no hospital e a divulgação dos indicadores de moral (turn over e absenteísmo) dos trabalhadores, além de ações para reforçar a análise desses indicadores pelos gestores das Unidades Funcionais.

As propostas para a Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) são apresentadas no hospital Beta, em ações no Plano Diretor e no diagnóstico ONA realizado pelo IQG como sugestão de melhorias. No Plano Diretor, propõem-se a melhoria das condições de trabalho com aquisição de equipamentos e reformas para a adequação do espaço físico; o desenvolvimento de parcerias com as Unidades Funcionais para ampliar ações para a melhoria da QVT, seguindo as diretrizes do Programa de Humanização e demandas identificadas na pesquisa de clima organizacional. Além desses pontos, constata-se a manutenção de visita domiciliar para servidores de acordo com critérios de priorização da Vice-diretoria de RH.

As ações preventivas para a segurança dos trabalhadores nos diversos ambientes laborais, de acordo com as prioridades identificadas pelo Serviço de Atenção à Saúde do trabalhador, deverão ser implantadas como, por exemplo, o Projeto de Ginástica Laboral e outras ações para a melhoria da qualidade e das condições de trabalho. Também serão propostas ações para promover a saúde dos profissionais no ambiente de trabalho, mediante prevenção e enfrentamento das dificuldades relacionadas ao absenteísmo, fortalecendo a interlocução com o Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador e revisão dos processos de trabalho. Serão realizadas também ações para a ampliação da participação dos trabalhadores nas decisões sobre o trabalho.

O documento do diagnóstico do IQG, para Acreditação Hospitalar pela ONA identificou que não há programa de segurança ocupacional e que é necessário desenvolver ações políticas junto aos órgãos competentes para promover ações estruturais e operacionais que viabilizem a assistência à saúde física e mental dos trabalhadores. Constatou-se, ainda, a fragilidade da integração multiprofissional para o planejamento da assistência e do estabelecimento de uma política de comunicação institucional para a melhoria dos processos de comunicação e informação. Esse documento reforça também a necessidade de uma política de pessoas baseada em valores institucionais que contemple todas as categorias profissionais, independente do vínculo empregatício, bem como a atualização das descrições de cargos e funções para a garantia de melhores resultados nos processos de recrutamento, seleção e desenvolvimento dos recursos humanos.

Podemos considerar, dentro das ações de qualidade de vida no trabalho, as ações de ampliação da participação nas decisões com relação ao trabalho, esta é apresentada na síntese do Relatório do Modelo de Gestão do Hospital que é uma proposta de descentralização da gestão.

O Relatório do Modelo de Gestão descentralizada do Hospital mediante implantação das Unidades Funcionais apresenta o projeto de reorganização administrativo-gerencial elaborado após o III Seminário realizado no hospital. Esse projeto objetiva a descentralização das decisões e da gestão com a elaboração de metas e compromissos pactuados entre as Unidades Funcionais e a direção do hospital.

O modelo de gestão baseia-se no planejamento participativo e democrático que possibilita a implementação do projeto institucional e dos planos de trabalhos específicos a partir da gestão cotidiana e colegiada.

Os elementos considerados estratégicos para o sucesso dessa reorganização são a qualidade do processo de gerenciamento, a definição clara das responsabilidades, as atribuições e os resultados esperados, o desenvolvimento de uma política de recursos humanos motivacional e avaliativa e a adequação das condições de suporte técnico e administrativo. Para isso, é fundamental a existência de uma estrutura gerencial capaz de coordenar o planejamento e a operacionalização do Plano de Trabalho que deve ser readequado a partir de avaliações frequentes e sistemáticas, motivando a participação e a articulação da equipe multiprofissional e multidisciplinar.

A estrutura gerencial visa otimizar as funções de recursos humanos, financeiros e materiais na definição de prioridades, elaboração de indicadores e definição de metas assistenciais, de ensino, pesquisa e extensão e financeiras. Apresenta a revisão das funções

gratificadas a fim de adequar a remuneração ao grau de responsabilidade no processo de gestão, à organização do trabalho e aos resultados alcançados. Dessa forma, foi elaborada uma proposta única de funções gratificadas para o hospital abrangendo assessoria, gerência, coordenação administrativa, coordenação técnica profissional e secretaria administrativa com responsabilidades, atribuições e gratificações diferenciadas.

O hospital estabeleceu fóruns em dois níveis organizacionais – Colegiados Internos das Unidades Funcionais e Colegiado Gestor do hospital. Tais fóruns são espaços de discussão e decisão sobre o funcionamento das UF, tendo, como responsabilidade, o planejamento, a alocação e o gerenciamento dos recursos e o acompanhamento da unidade por meio de um processo de avaliação com vistas à eficiência e à eficácia da assistência/ensino/pesquisa.

O Colegiado Interno deve ser composto por representantes dos funcionários indicados pelos serviços/setores e equipes de trabalho, docentes e discentes do hospital. O Colegiado Gestor deve ser composto pela Diretoria, assessorias e gerentes das Unidades Funcionais.

A estrutura gerencial é formada pelo gerente da Unidade Funcional; Coordenação administrativa e secretaria administrativa das Unidades Funcionais; Coordenações técnicas assistenciais das Unidades Funcionais; Coordenação Médica e Coordenação de Enfermagem.

O modelo de gestão do hospital tem a seguinte dinâmica de acompanhamento e avaliação: avaliação semestral dos indicadores e metas das UF, tendo como referência o Contrato de Gestão e Termos Aditivos posteriores e a avaliação anual do desempenho do hospital quanto à evolução dos indicadores e metas alcançadas pela UF, evolução dos indicadores e metas alcançadas no Convênio Global com o gestor municipal e com o gestor estadual por meio de contrato com o PRO HOSP.

A Comissão Permanente de acompanhamento e avaliação é um fórum democrático privilegiado para participar do aperfeiçoamento do modelo de gestão descentralizada do hospital mediante estratégias de monitoramento do processo e dos resultados.

O Programa de incentivo ao desempenho (PID) é integrante do modelo de gestão de Unidades Funcionais do Hospital. É um incentivo de desempenho sob forma de gratificação e premiação pagas aos funcionários da Universidade, Fundação de Apoio Universitário, RPA e profissionais cedidos de outros órgãos em disponibilidade para o hospital. É uma importante estratégia para a motivação e o envolvimento dos trabalhadores com os objetivos da instituição, valorizando o trabalho da equipe interdisciplinar e multiprofissional e estabelecendo sistematicamente metas e compromissos entre as UF e a direção com avaliação dos resultados.

Segundo relatado pelo assessor da direção do hospital, esse programa de incentivo foi encerrado há muitos anos por determinação do Tribunal de Contas da União que o considerou ilegal.

Na análise documental, evidenciou-se que as práticas para gestão de pessoas planejadas para o hospital estão de acordo com os novos enfoques de gestão de pessoas que consideram os trabalhadores em sua subjetividade. Enfatizam a participação na gestão, o desenvolvimento e a formação dos trabalhadores e projetos para Qualidade de Vida no Trabalho. Além disso, foi evidenciado que o hospital está em busca de melhorias na gestão organizacional por meio do processo de Acreditação Hospitalar e está ciente da necessidade do fortalecimento da gestão de pessoas, conforme identificado no diagnóstico ONA e no Plano Diretor.

Nos tópicos seguintes, serão apresentadas as análises dos resultados das entrevistas. Por meio da análise de conteúdo, foram identificadas quatro categorias temáticas: O trabalho em Hospital Universitário – Locus privilegiado de aprendizado e atualização; os desafios da Gestão Colegiada – Avanços e retrocessos; O cuidar de crianças gravemente enfermas – singularidades do trabalho na pediatria; A imagem (ação) do prescrito ao real das práticas de Recursos Humanos. Essas categorias estão, por sua vez divididas em algumas subcategorias. Na análise e na discussão dos resultados será considerada a análise documental que foi apresentada.

5.2 O trabalho no Hospital Universitário – Locus privilegiado de aprendizado e atualização

Neste tópico, são abordadas as principais características do hospital universitário e a visão dos profissionais sobre o trabalho nessa organização. Nessa perspectiva, o hospital é referendado pelos entrevistados como *locus* de atualização e desenvolvimento profissional, reforçando sua vocação para o ensino e a pesquisa, conforme exemplificado:

O que facilita o trabalho é ser um hospital escola, é ser um hospital ligado à pesquisa e ao ensino, os médicos são atualizados os enfermeiros são atualizados, o pessoal é uma medicina mais informada, porque as pessoas sabem melhor o que elas estão fazendo, também (médico 1).

Os entrevistados relataram acreditar que há possibilidade de crescimento profissional pela oportunidade de aprendizado no trabalho no hospital.

A esse respeito, (MEDICI, 2001) destaca que os hospitais universitários são organizações complexas destinadas à atenção à saúde em alta e média complexidade, atendimentos ambulatoriais especializados e ao ensino e pesquisa, principalmente para a categoria médica.

A prática do ensino educação e da oferta de serviços de saúde no espaço institucional torna mais complexa a gestão do hospital, tendo em vista a abrangência de sua missão. Essa dupla missão influencia a cultura e as relações de trabalho no dia a dia.

E acaba que o professor exerce essa atividade e tem essa questão de ser um cargo com essas características, você tem um trabalho, você tem uma atividade intensa, tem uma valorização pela equipe de trabalho, mas do ponto de vista de universidade tem essas questões. Não é um cargo que conta como carga horária em termos de serviço e não é remunerado, não tem nada que acrescenta (gestor 3).

Nesse relato, constata-se que o gestor não considera que sua atividade na coordenação é remunerada adequadamente, sendo interessante somente a atividade de ensino e o reconhecimento da equipe de trabalho.

Outra questão apresentada pelos entrevistados é que o hospital oferece boa estrutura para a realização do trabalho, tais como acesso a exames e a medicações, bem como apoio de colegas da equipe multiprofissional.

A facilidade que a gente tem aqui de conseguir material, de conseguir medicação...de ter sempre residente por perto. A gente não tem tanta dificuldade de falar com médico, tem sempre alguém perto pra dar suporte pra gente. A estrutura do hospital também é muito boa, os exames...então assim tudo que pode facilitar assim...pra gente aqui a gente consegue (técnica enfermagem 2).

Essa fala exemplifica que a assistência direta aos usuários não está afetada pela crise financeira que os hospitais vêm enfrentando, com estratégias de gestão para redução de custos. Por outro lado, os entrevistados comparam o hospital com outros hospitais em que trabalharam ou trabalham e relatam a melhor organização e infraestrutura deste perante os demais.

O que facilita é a quantidade de material, que é bastante abrangente, normalmente não temos problemas com os produtos descartáveis, com as medicações. Tem alguns, mas poucos problemas diante de uma realidade de um hospital privado, diante de outros dois que eu trabalhei. Então assim a gente não passa muito por esse problema (técnica enfermagem 5).

Além disso, outro aspecto que facilita o trabalho é a existência de diversidade de categorias profissionais disponíveis e muitas especialidades médicas que favorecem a segurança dos profissionais no atendimento à complexidade de doenças atendidas na unidade.

Bom, acho bom, gosto de trabalhar aqui, trabalho já há muito tempo, acho que é um serviço bem estruturado, a gente tem apoio de muita gente, né? Se for comparar com outros lugares, né? Então assim como a gente tem acesso a muitas especialidades, né...nefrologia, hematologia, infectologia, o pessoal da CCIH, então qualquer dificuldade que a gente tem, né? Então é isso, você tem o suporte de muitas especialidades né? É lugar geralmente tranquilo da gente trabalhar.(médico 2)

Por ser um espaço de pesquisa e ensino conta com a presença constante de alunos, residentes e estagiários de várias categorias profissionais, assim como de preceptores, o que foi relatado como fator de motivação para os profissionais se atualizarem e procurarem aperfeiçoamento contínuo.

Acrescenta muito, aqui especialmente no hospital os casos são muito diferentes do comum, sabe. E faz crescer. E a gente tem que tá sempre buscando, pesquisando, e..nenhum caso é igual. E me faz crescer como profissional sim, e aqui por ser um hospital escola às vezes tem aluno acompanhando a gente, isso faz com que a gente busque realmente, que esteja sempre atualizado, informado. Tem estudos de casos, a gente propõe. E cada setor, acredito lá no adulto eles tem reuniões periódicas, é aqui como eu tô sozinha sinto a necessidade de discutir também com as outras profissionais de outras áreas também. (fonoaudióloga)

Além disso, os profissionais participam de estudos e pesquisas com certa frequência, o que além de aprimorá-los pode propiciar a identificação com a fortaleza que representa a organização universitária.

Nessa perspectiva, Pagés (1987) considera as organizações formadas por um sistema sócio-mental, em que os níveis políticos, econômicos, ideológicos estão relacionados com as estruturas inconscientes dos trabalhadores, por meio de um sistema de mediações que a organização oferece para favorecer estabilidade evitando conflitos. Além disso, a realidade econômica e política da organização na sociedade oferece aos indivíduos uma imagem de força e de poder. O porte organizacional, seu lugar e seu reconhecimento social contribuem para uma autoimagem de onipotência aos indivíduos, favorecendo projeções dos sonhos individuais de onipotência e ao mesmo tempo mantendo a angústia que os alimenta (PAGÈS, 1987).

A esse respeito, Enriquèz (1997) elucida que uma organização possui três sistemas, a saber: o simbólico, o cultural e o imaginário. O sistema imaginário pode ser caracterizado em

imaginário ilusório e imaginário motor. O primeiro corresponde à formação, pela organização, de uma imagem global de si própria que dá a ilusão de pertencimento a uma estrutura capaz de retribuir-lhes o que há de melhor (dinheiro, prestígio, realização) desde que haja adesão total a seus objetivos. O segundo, o imaginário motor, é dinâmico, inventivo e sua presença permite que as pessoas formulem projetos individuais ou coletivos. Esses dois imaginários são importantes para o dinamismo e a vida subjetiva organizacional.

Enriquez (1997) afirma que a organização dispõe de um conjunto de normas e valores que influencia na forma como as pessoas apreendem a realidade vivida e se comportam. Esse processo equivale, do ponto de vista psíquico, ao imaginário compartilhado pelos sujeitos sobre as organizações e sobre seu trabalho, conformando um imaginário social mais ou menos interiorizado por seus membros (ENRIQUEZ, 1997).

Ao se referirem sobre como é trabalhar em um hospital universitário, os trabalhadores, além de relatarem que o hospital proporciona aperfeiçoamento, oportunidade de crescimento, expressaram o privilégio e facilidades oferecidas pela organização.

Eu acho que é um hospital universitário e você tem muita facilidade de fazer coisas você entendeu, tem facilidade de fazer curso, de ir pra congresso. Então eu acho que isso é uma grande vantagem (médica).

Privilégio, Ué. Acho que trabalho numa boa instituição, o que mais...que dentro das limitações oferece algumas garantias, para o servidor (técnica enfermagem 5).

Eu acho que, a própria instituição te estimula, né? A Universidade, a federal te estimula a estudar, né? Eu sou formada também, né, eu sou enfermeira, eu tô fazendo pós-graduação não aqui, mas eu tô fazendo fora, mas eu tenho vontade, gosto de estudar, gosto de aprender, gosto de estar atenta às coisas (técnica enfermagem 1).

Segundo os relatos, o hospital universitário estimula e valoriza o desenvolvimento contínuo favorecendo acesso a cursos, palestras, congressos e projetos assistenciais multiprofissionais para servidores efetivos vinculados à Universidade. Apesar das vantagens apontadas, Jorge (2002) destaca que o fato de o hospital ter um grande número de residentes acarreta alta rotatividade destes, interferindo na continuidade da assistência. O posicionamento da autora é confirmado por

O que dificulta, eu acho que a rotatividade de residentes, por ser um hospital universitário, a gente tem uma rotatividade grande de residentes aqui, e isso às vezes, assim eles tão sempre retomando quanto a condutas, às vezes a gente tava um pouco mais à frente aí troca residente, aí volta um pouco e isso dificulta um pouco o nosso processo na reabilitação (fisioterapeuta).

Outro ponto que se contrapõe aos aspectos positivos do trabalho no hospital universitário refere-se ao fato de os residentes se apropriarem dos prontuários para a realização de estudos com seus preceptores no horário de trabalho, o que interfere nas atividades cotidianas dos demais profissionais, bem como na assistência prestada aos pacientes. Essa situação reforça a constatação de Merhy (1999) sobre o autogoverno da classe médica no hospital, tornando secundários e subordinados os espaços organizacionais coletivos de ordenamento do trabalho.

Carapinheiro (1998) também contribui para o entendimento dessa dificuldade, mencionando a característica dos hospitais universitários como um espaço físico em que se cruzam redes sociais múltiplas, sendo difícil distinguir imediatamente as zonas das duas atividades, ensino e assistência clínica, uma vez que se entrecruzam a todo tempo.

(...) questões práticas e burocráticas de prontuários, por exemplo, a gente precisa tá evoluindo e muitas vezes residentes e até mesmo plantonistas, retiram do local onde ele fica pra poder estar discutindo casos, levando pra sala de reunião aí a gente tem uma certa dificuldade de estar agilizando o nosso trabalho por estas questões. (fisioterapeuta)

Observa-se que o hospital universitário também se configura como um espaço de contradições. Ao mesmo tempo em que propicia o desenvolvimento profissional, permite a emergência de conflitos profissionais e a manifestação de relações de poder que refletem desigualdades entre as categorias profissionais.

O hospital como cenário de inovação e aprimoramento implantou um modelo de Gestão Colegiada desde 1999. A vivência, no cotidiano do trabalho, desse modelo de gestão foi identificada nas entrevistas e sua análise será apresentada na próxima seção que abordará os desafios da gestão colegiada – avanços e retrocessos.

5.3 Os Desafios da Gestão Colegiada – Avanços e Retrocessos

Nesta seção, serão abordados os aspectos referentes ao modelo de gestão colegiada prescrito no Relatório do Modelo de Gestão descentralizada do hospital e o cotidiano desse modelo de gestão na visão dos profissionais entrevistados. Assim, foram identificados avanços na gestão e retrocessos relacionados à influência da cultura organizacional na dinâmica dos inter-relacionamentos na unidade de internação.

O modelo de gestão do hospital, anterior à implantação da gestão colegiada, era semelhante ao modelo de outros hospitais universitários no Brasil; isto é, um modelo caracterizado por centralização dos processos decisórios e da gestão para enfrentamento das necessidades econômicas e políticas. Esse modelo provocava distorções que resultavam em ineficácia, principalmente pelo fato de o planejamento restringir-se à direção, dificultando o crescimento mais autônomo dos diversos setores e serviços do hospital, conforme observou Jorge (2002), em estudo anterior.

A partir de um diagnóstico administrativo do hospital, realizado em 1997, foi evidenciada a ineficácia da centralização da gestão e as dificuldades financeiras que o hospital enfrentava na época. Esse diagnóstico desencadeou um processo de discussão interna para repensar o modelo de gestão. Com esse objetivo foi realizado, em 1999, o III Seminário do Hospital, aberto a todos os trabalhadores da organização. Nesse evento, foi definida a reestruturação da gestão com a implantação de um modelo descentralizado em Unidades Funcionais (UF) mediante metas e compromissos pactuados com a direção, sendo acordado que o processo deveria ser implantado gradativamente (JORGE, 2002).

A formação das Unidades Funcionais apresenta as seguintes características: equipes estáveis, processos de trabalho definidos e semelhantes, inter-relacionados e com produtos específicos, e determinados usuários. A nova proposta reorganizou a lógica gerencial em Unidades Funcionais (UF), responsáveis, em conjunto com a direção, pelo processo de planejamento e gestão, captação e alocação de recursos. O objetivo foi aprimorar a gestão e a qualidade da assistência, ensino e pesquisa (JORGE, 2002).

A implantação da UF tem a intenção de horizontalizar o organograma, facilitando a comunicação lateral entre as Unidades e a descentralização da gestão, além de propiciar mais autonomia para as Unidades e agilidade nos processos assistenciais, como também favorecer a integração entre as categorias profissionais diminuindo os corporativismos.

A unidade de internação pediátrica é administrada por um gerente, um coordenador administrativo, um coordenador médico e um coordenador de enfermagem. Esse grupo, acrescido de representantes das categorias profissionais da UF e de UFs que prestam serviço na unidade, forma o colegiado interno, com o objetivo de analisar, discutir, planejar e avaliar os processos de trabalho da unidade. Além do colegiado, a gerente da Unidade Funcional reúne-se periodicamente com a diretoria, representante do conselho gestor do hospital, assessorias e vice-diretorias no colegiado gestor para a integração da gestão do hospital, conforme ocorre na prática e é relatado por um dos entrevistados.

Eu tenho uma reunião fixa com o colegiado, que é o colegiado gestor. É uma reunião com a diretoria e eu trago sempre para o colegiado interno da pediatria as notícias do colegiado gestor e as ações que a gente precisa implantar na unidade que são determinações do colegiado (gestor 1).

O início do processo da implantação do novo modelo de gestão contou com alguns dispositivos de intervenção como: curso de qualificação para os responsáveis pelo gerenciamento das UF, sendo enfatizada a formação da gerência com perfil adequado para o cargo para liderar o processo; reuniões para sensibilização e discussão sobre as dificuldades do processo; elaboração de apostas da direção com o novo modelo; estímulo ao protagonismo e à participação dos trabalhadores. Nas propostas da direção, foi importante a expressão de sua intencionalidade com a descentralização (JORGE, 2002).

A construção foi realizada em oficinas com membros da Diretoria, Assessoria de Planejamento, Divisões e Departamentos Administrativos e Clínicos (Divisão de Material, de Recursos Humanos, Divisão Técnica de Enfermagem) e um consultor externo. O consultor acompanhou o projeto do curso de gerência e assessorou a direção do hospital (JORGE, 2002).

É importante observar que o processo de formação das gerências por meio de realização de cursos, como ocorreu no início, foi interrompido por um longo período. Segundo um gestor entrevistado esta falta de formação deixa a gestão sem uma diretriz definida.

Ah! Eu acho que não tem uma linha de gestão bem definida não. Eu acho que as pessoas que se envolvem na gestão aqui na instituição elas não estão treinadas pra isso, não tem uma discussão não tem um preparo não tem um fundamento, vai meio que no instinto assim de funcionamento. Não tem um curso assim para fazer, não. Agora é que está tendo, um que o hospital tá fazendo. (gestor 3).

Essa interrupção contrasta com o descrito e planejado no Relatório do Modelo de Gestão, que enfatiza que a formação é imprescindível para o processo, representando fator crítico de sucesso para a mudança da gestão. O curso para as gerências foi retomado em 2010, com a preparação do hospital para a Acreditação Hospitalar, que consiste no reconhecimento da Qualidade do Hospital mediante parâmetros definidos pela Organização Nacional de Acreditação Hospitalar, conforme apontado:

Eu entrei nesse cargo sem ter muita noção do que eu podia fazer, eu acho que eu ainda não tenho essa noção concreta não, porque a gente conta com imprevistos o tempo inteiro de coisas que acontecem uma atrás da outra de coisas diferentes todo dia então é um desafio enorme, eu acho que o curso vai dar muito esse suporte de

realmente gerenciar é isso, porque eu não aprendi, eu aprendi fazendo algumas coisas...(gestor 1)

Eu posso te falar do que a gente está vivenciando agora, então agora mesmo eles estão tentando modificar algumas coisas, chamando a gente pra reunião para discutir questão de pessoal, questão de material coisas assim e com essa acreditação que vai ter...então, a gente monta as instruções técnicas de trabalho...(gestor 4)

A retomada dos cursos voltados para a gerência, assim como as reuniões com trabalhadores, organização dos processos de trabalho e redimensionamento do quadro de pessoal têm motivado os trabalhadores, coordenadores e o gerente da Unidade Funcional. O processo de melhorias está relacionado com a preparação do hospital para a conquista da Acreditação Hospitalar, que é uma forma de reconhecimento da qualidade da assistência do hospital.

A Política da Qualidade teve início no hospital em 2001, com o grupo GesQualis, o hospital conquistou o reconhecimento pela Qualidade na Assistência da Secretaria de Estado de Saúde, com o 1º lugar no Prêmio Célio de Castro, prêmio de incentivo à qualidade dos hospitais, vinculados ao Programa de Fortalecimento e Qualidade dos hospitais (PRO-HOSP). Tal fato mobilizou o hospital para se preparar para Acreditação Hospitalar pela ONA. Fortalecendo esse movimento, ainda em 2009, o hospital ganhou o diagnóstico ONA pelo Instituto Qualiza de Gestão (IQG) da SES/MG.

Um acontecimento que favorece a mobilização em prol da Acreditação hospitalar é o fato de o hospital ter sido escolhido pelo Ministério da Saúde para receber consultorias para Acreditação Hospitalar pela Joint-Commission, uma Organização internacional de Acreditação Hospitalar. Essas consultorias se iniciaram também em 2009.

Apesar de o gerente e coordenadores médico e de enfermagem não terem participado de curso para gerência, definem a gestão de pessoas de acordo com o enfoque atual da realização da gestão com pessoas, considerando-as e buscando a conciliação de interesses organizacionais e pessoais (Dutra, 2002). Alguns relatos destas definições são apresentados a seguir.

Eu acho que é uma forma de organizar o trabalho. Uma proposta, uma forma de trabalhar coerentemente com as pessoas da equipe. Gerir pessoas é gestar pessoas. É construir alguma coisa com o grupo, com uma equipe, para a organização do processo de trabalho (gestor 1).

Bom, acredito que gestão de pessoas tem um pouco de liderança de pessoas, você tem que administrar, envolver as pessoas que trabalham aqui na unidade. Tem cobranças, mas tem que ser feitas de modo que elas respeitem a instituição e

tenham prazer de trabalhar ali. Eu acho que gestão é muito isso, saber liderar uma equipe pra fazer que elas se dediquem à instituição e pra isso você tem que saber também respeitar essas pessoas (gestor 3).

Outro aspecto observado nas entrevistas é que mesmo com a implantação de todas as UF, o hospital ainda apresenta problemas identificados anteriormente no estudo de Jorge (2002). Esse estudo foi realizado no início do processo da implantação do modelo de gestão colegiada. A autora identificou alguns “ruídos”, que representavam contradições ou estranhamentos do processo de trabalho na análise de sua micropolítica. A pesquisa foi realizada na pediatria e na clínica médica; tais ruídos referem-se à unidade da pediatria, apesar de alguns deles serem comuns às duas unidades. Conforme apresentado por Jorge (2002), foram identificados ruídos interunidades e intraunidades. Os interunidades relacionavam-se com a demora na realização de interconsultas e na liberação de resultados de exames; os intraunidades estavam relacionados com a falta de articulação e integração entre os diversos profissionais que atendem aos pacientes, fragilidade e/ou dificuldade no estabelecimento de vínculo entre paciente e médico, provocada pela alta rotatividade de residentes; falha na comunicação, realizada predominantemente por intermédio do prontuário. Ressalta-se que a comunicação entre as especialidades médicas era mais articulada. A falta de articulação intraequipe foi descrita como superada mediante a “integração de corredor”. No entanto, foi evidenciado um desejo expresso por parte dos trabalhadores de melhorar essa articulação.

O presente estudo também identificou a “integração de corredor” e o desejo dos trabalhadores pela articulação interprofissional.

Não temos reuniões para discutir os casos, os encontros são aqui na pediatria. São reuniões informais, necessárias para discussão de casos onde a fonoaudiologia esteja incluída, né? (fonoaudióloga)

Eu acho que tá caminhando pra reuniões multiprofissionais para discussão de casos. Se a gente pensar que não tinha isso, essas duas reuniões clínicas para projetos e agora já tem e até com o envolvimento da medicina, então...isso melhorou (terapeuta ocupacional).

A despeito da mudança do modelo de gestão colegiada do hospital ter objetivado a alteração da dinâmica organizacional, alguns “ruídos” apontados por Jorge (2002) foram identificados nas entrevistas, como fraca articulação e integração entre as categorias profissionais; falha na comunicação; falta de articulação inter-setorial e corporativismos profissionais. O relato abaixo exemplifica a falta de integração entre os setores.

Às vezes é depender de outros setores, né? Igual no caso a gente depende do almoxarifado por exemplo, se não houvesse uma agilidade, interesse no serviço, né? Dificulta para gente. Porque tem coisas que a gente não pode esperar, porque tem coisas que é urgente, né? E às vezes demora (auxiliar administrativo).

A dinâmica de relacionamento entre os profissionais em uma organização, mesmo com mudanças estruturais na gestão, pode ser compreendida em estudos sobre a cultura e sua influência nos inter-relacionamentos de Fischer (2009). A autora afirma que a essência da cultura organizacional encontra-se nas premissas subjacentes, nas quais se originam valores e comportamentos, mantêm-se os mitos (estórias de fundadores da organização ou heróis do passado que permanecem no inconsciente organizacional) e os símbolos que fortalecem a coesão entre as pessoas e definem os sistemas de poder e de comunicação. Essas ideias e valores são tão internalizados que indivíduos e grupos não se conscientizam de que suas ações e decisões são influenciadas por eles. Esses valores e ideias internalizados conferem identidade à organização e geram sentimentos de segurança e coesão entre os trabalhadores.

O processo de mudança em uma organização requer estratégias diversificadas considerando os níveis para apreensão da cultura; isto é, o nível dos artefatos visíveis (organização do ambiente, modo das pessoas se vestirem e se comportarem, etc.); o nível do valor que governa o comportamento das pessoas (como as pessoas justificam seus comportamentos, etc.) e o nível dos pressupostos inconscientes (determinam como as pessoas se expressam, percebem e se sentem na organização). As estratégias construídas com a análise desses níveis devem ter enfoques multidisciplinares em projetos de intervenção para favorecer mudança cultural. Dessa forma, é possível impactar na dinâmica dos relacionamentos e do sistema de poder entre as pessoas (FLEURY; FISCHER, 2009).

Estudos sobre mudanças organizacionais foram anteriormente desenvolvidos por Cecílio (2000) que acompanhou várias organizações na implantação de modelos de gestão de unidades de produção pelo Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA). Avaliando tais processos o autor afirma que há uma cadeia de “pares de apostas” que são expectativas em projetos de tal natureza e apresentou esses pares de “apostas” dividindo-os da seguinte forma: situações ou “apostas” da direção que ocorreram como o esperado; “apostas” que foram bem diferentes do esperado e apostas que ainda estão em processo, ocorreram parcialmente até o momento.

As “apostas” referentes à situação esperada se expressam na criação de espaços reais de trabalho das equipes como centro da lógica da gestão (unidades de produção, organograma horizontalizado); gestão unificada das unidades (Gerente único e colegiado interno); trabalho

em equipe capaz de quebrar rígidas relações de poder intra e inter-corporações profissionais; avaliação periódica da qualidade da assistência prestada pela equipe e por cada categoria profissional (protocolos, projeto terapêutico individual e multiprofissional, indicadores da unidade e comissões); combinação da autonomia com a coordenação centralizada do hospital; organização do processo de trabalho centrado no usuário; resolução mais rápida e desburocratizada dos problemas cotidianos por meio da agilização da comunicação interna. O hospital, objeto da presente pesquisa, apresenta semelhantes “apostas” da direção que estão expressas no Relatório do Modelo de Gestão Descentralizada do hospital.

Ainda de acordo com Cecílio (2000), as “apostas” da direção que ocorreram conforme o esperado se referiam à organização do colegiado interno da Unidade em seu objetivo de integrar os profissionais e ser um espaço bem participativo e mais ágil para a resolução de alguns problemas e fluxos de trabalho por meio da melhor comunicação lateral entre as unidades. Esse espaço interno participativo também foi identificado nos relatos dos entrevistados, como exemplificado abaixo:

Só tem um colegiado interno da unidade, que eu falei do hospital, mas dentro da unidade tem um colegiado que todo mundo é ouvido participa, discute, fala das dificuldades dentro da unidade funcional. São dadas as informações do colegiado gestor, esse funciona regularmente. Pelo menos se discute alguma dificuldade e tudo, o que eu falei foi do envolvimento das unidades funcionais como um todo, mas o daqui funciona bem a gente consegue ajustar algumas coisas, mas ele é lá da ponta, né? O que vem de cima já chega comunicado meio que nele, algumas coisas discutidas. (gestor 3)

O funcionamento do colegiado interno da UF da pediatria é um espaço considerado pelos trabalhadores como eficaz na gestão que tem favorecido a gestão participativa. Além disso, grande parte dos entrevistados relatou que participa das decisões referentes ao trabalho e de reuniões com categorias profissionais. No entanto, a gestão colegiada é caracterizada por participação mediante representação, o que implica em socialização e discussão das informações dos representantes com o grupo representado. Nesse sentido, foram identificadas contradições na participação efetiva dos trabalhadores, dentre as quais se destaca a realização de reuniões separadas por categoria profissional, o que reforça a falta de articulação dos trabalhadores.

Temos reuniões administrativas que são feitas mais com as nossas categorias, né? O serviço social com o serviço social, e às vezes na pediatria tem reuniões gerenciais, que quem participa são os colegiados e quando necessita a gerente convoca pra reunião, pra passagem da informação ou pra construir algum protocolo, mas isso não é tão periódico, dependendo da necessidade da unidade (assistente social).

Outra contradição está relacionada ao fato de não existirem reuniões para os técnicos de enfermagem no horário noturno, dificultando a participação desses trabalhadores nas decisões com relação ao trabalho, como exemplificado no relato abaixo.

Olha, se participam isso deve ocorrer mais durante o dia, né? Então essa informação é meia, é um pouco complexa para eu te dar. Até porque a gente não tem reuniões. As reuniões administrativas de jeito nenhum. (técnica enfermagem 4)

O desconhecimento dos trabalhadores sobre o planejamento do hospital e das práticas de recursos humanos também é outro aspecto contraditório da participação na gestão do trabalho. Esse aspecto abrange também os coordenadores, conforme exemplificado:

O Plano Diretor do Hospital? Não conheço não, nada, nada. É, a gente participa de algumas reuniões, eu quando a unidade de internação foi implantada, né? Porque quando eu cheguei já tinha sido implantada, então eu não posso te falar assim como foi implantada, eu não estava aqui nessa época. Eu posso te falar do que a gente está vivenciando agora, então agora mesmo eles estão tentando modificar algumas coisas, chamando a gente pra reunião para discutir questão de pessoal, questão de material, coisas assim e com essa creditação que vai ter. (gestor 4)

A falta de informações sobre a programação de capacitação promovida no âmbito do hospital também foi evidenciada:

Eu acho assim o trabalhador deveria ser mais bem visto né? Às vezes acontecem coisas que parece que não chega até a gente, assim não sei se é porque...já colocam alguém na frente, sabe? Com relação a cursos mesmo. Tem muitos cursos, só que a gente não chega até o conhecimento da gente. (auxiliar administrativo)

Também foram identificadas dissonâncias entre o prescrito e o real na participação dos trabalhadores nas decisões, tendo sido evidenciadas imposições da direção e divergências entre o que é planejado e o que é executado na unidade.

Se as meninas quiserem mudar alguma coisa nas rotinas de trabalho aí a gente senta e conversa. Mas algumas decisões são lá da VDTE e não tem como mudar. Às vezes os profissionais de baixo não tem como argumentar, ainda mais que às vezes as ordens vem lá da diretoria para o hospital. As meninas reclamam, mas como é decisão de lá para o hospital inteiro, pode ser que não se aplica aqui ou a gente tem dificuldade de aplicar aqui, né? (enfermeira 1).

A coisa é repassada...não é nem repassado pra te falar a verdade, porque as vezes já chega pra gente de um jeito e você só comunica pra frente, não existe um: Olha, nós estamos planejando fazer isso e isso assim, a ideia da gestão é esta... Não tem muito isso, não, pelo menos eu sinto isto. Até tento ter cuidado com as coisas quando envolve a parte médica, mas de uns tempos pra cá a gente também tá recebendo, oh: Vai precisar disso. Ai você tenta discutir, mas do mesmo jeito que a

informação já chega meio truncada pra gente, a gente já passa ela pra frente (gestor 3).

Tem total, contradição....ah! Algumas coisas sim. Porque não é discutido às vezes, às vezes você tem uma situação que é passada e que a estrutura não comporta não tem como funcionar, então continua funcionando igual tava, como não tem também uma regulação de forma efetiva então existe, sim. Quando a coisa é compatível, funciona, mas se não discutir antes, não explicar (gestor 3).

É possível observar que a gestão democrática não está plenamente amadurecida, dentre outros fatores porque ainda oscila entre democracia e imposições. Um exemplo disso é o fato de a socialização das informações gerenciais aos demais profissionais estar relacionada ao perfil de cada coordenação, como identificado por uma entrevistada.

A informação aqui é muito discutida no nível gerencial e no nível de coordenação. Quem tem um coordenador e um gerente que se interessa em passar a informação você tem acesso, se não, você fica no patamar da informação técnica do que você tem que fazer e do que você não tem que fazer (assistente social).

A despeito das críticas, alguns entrevistados relataram que, além de participarem das decisões referentes ao trabalho, a atuação da coordenação é boa. No entanto, outro fato que provocou estranhamento perante o modelo de gestão participativa no hospital foi a observação do receio exacerbado de alguns trabalhadores com relação à decisão de participarem ou não das entrevistas. Houve grande preocupação sobre a autorização do superior (coordenador ou supervisor), mesmo com a apresentação dos documentos de autorização do COEP e da DIREPE - Diretoria de Ensino e Pesquisa do hospital.

Além disso, outra característica evidenciada no hospital é a falta de integração entre setores e as disfunções da burocracia.

O que que dificulta? Às vezes a burocracia dificulta um pouco, porque...por exemplo, a farmácia, a gente não pode sair do setor para ir lá pra buscar remédio. A gente não deve sair do setor pra ir lá buscar remédio, mas às vezes não tem boy, e pra gente não atrasar a medicação, pra não deixar o paciente prejudicado a gente, às vezes tem que se desdobrar pra ir láa gente tem ligar: o remédio não chegou, o que que tá faltando..e corre atrás de médico...faz o pedido pra mim, aí fica aquela...coisa assim, a gente corre atrás de um, corre atrás de outro. E às vezes demora, mas o serviço sai...Mas assim demora um pouco e isso atrapalha.(técnica enfermagem 2)

Esses relatos exemplificam a falta de integração entre os processos de trabalho e entre os setores, com a fragmentação e a dificuldade de comunicação impactando na assistência aos usuários.

Então, por exemplo, pra eu fazer uma alteração, eu avalio um paciente, pra eu fazer uma alteração de dieta....não é uma coisa simples assim...ó...eu aperto um botão e faço uma alteração de dieta sabe...tem que falar com pessoas, tem muitos mapas, papéis para preencher e assim até essa dieta chegar no paciente, né...então assimnem sempre você encontra com os profissionais na hora que você quer, na hora que eu mais preciso da fono, ela não tá lá, eu tento o celular e não consigo, não por culpa dela, mas porque ela tem os horários dela e eu tenho os meus, então assim... é muita gente envolvida no mesmo processo, entendeu? (nutricionista)

Algumas das características do processo de trabalho relatadas pelos entrevistados são semelhantes ao modelo de gestão tecno-burocrática. O modelo tecno-burocrático, citado por Chanlat (1995), é hierarquizado, com centralização do poder, divisão do trabalho, regulamentação escrita onipresente, grande importância aos especialistas e técnicos, controles sofisticados sobre o trabalho e comunicação difícil entre os escalões da empresa, além da fraca autonomia dos patamares inferiores e pouco direito à expressão dos trabalhadores.

No entanto, Carapineiro (1998) pondera que, na organização hospitalar, a burocracia é diferente da definida por Weber como tipo-ideal. Os hospitais apresentam traços específicos no que concerne ao poder e à autonomia profissional da categoria médica, apesar da existência de uma estrutura administrativa burocrática. Dessa forma, nos hospitais universitários, a burocracia não prioriza as regras, mas os conhecimentos técnicos específicos e seus princípios orientadores para aplicação. Corroborando com essa análise, Mintzberg (2008) afirma que nos hospitais existe uma burocracia profissional, caracterizada pelo predomínio do conhecimento dos profissionais.

Quanto à burocracia, os entrevistados parecem considerá-la natural no serviço público.

Então às vezes tem equipamento que você precisa...a pediatria, por exemplo, quase não tem balança, pra gente avaliar um paciente. Nutricionalmente falando, uma criança, sem você ter equipamento adequado é muito complicado, e não depende da gerente pra comprar esse equipamento, depende de um processo de compras, de prioridades que o hospital tem na hora de fazer as compras, de verba, então assim eu acho que o fato de ser um serviço público traz algumas burocracias né? E por ser muito grande e ter muita gente envolvida no mesmo processo (nutricionista).

Tudo que precisa tem burocracia. Tudo que precisa passar por trâmites burocráticos, né? Igual acontece em todo hospital. Isso tem em todo hospital, mas isso dificulta aqui..... um remédio, quando vc precisa...Tem muito isso?Tem demais, mas eu acho que é em todo serviço público, né (médica 1).

A respeito dessa conformação dos profissionais sobre o funcionamento dos serviços públicos, estudos de Mattos (1994) auxiliam a compreensão das formas de alienação no serviço público, manifestada em formas imaginárias e simbólicas. Esse autor analisa que saímos de um sistema autoritário explícito para um sistema em que vivenciamos uma nova

forma de alienação pela exclusão e pela violência simbólica, o que parece respaldar o clima de aparente normalidade da situação em que se encontra a administração pública. Os entrevistados mostram-se conformados com as disfunções da burocracia, relatando que é própria do serviço público.

A falta de integração entre os setores e profissionais parece se agravar em decorrência de falhas na comunicação organizacional. Essas falhas foram citadas como fator dificultador para o trabalho em equipe interprofissional e para a eficácia do trabalho.

Eu acho que é a falta de informação. Por exemplo, nós tínhamos aqui passagem de plantão, agora não tem passagem de plantão é escrita, antes era falada e escrita, né? Agora é só a passagem de plantão escrita, aí às vezes, eu, por exemplo, esqueço de ler, então eu vou lá pra enfermaria e aí tem uma intercorrência e quem vai me falar é a mãe, entendeu? Então eu acho que seria interessante essa passagem de plantão falada mesmo, nossa aconteceu isso com o paciente, e tal, uma intercorrência, coisa rápida, né? Mas a informação para o trabalho, tipo assim técnicas, não, a gente sempre é orientada. (técnica enfermagem1)

Comunicação, é outro processo que entrava, tanto pra chegar nos profissionais como também pra chegar nas pessoas do hospital. Nível de informação aqui é horrível, assim, às vezes chega pessoas aqui da portaria que foram encaminhadas pra cá, que era lá pro Bias Fortes, chega aqui que com certeza era pra vir pra cá, então é falta de pessoas preparadas pra responder. (assistente social).

Além dessas colocações, profissionais da enfermagem relataram que, atualmente, há um prontuário separado do prontuário dos médicos. Esse fato foi justificado pela manipulação dos prontuários pelos residentes para estudo com seus preceptores durante o horário de trabalho dificultando o acesso de outros profissionais aos mesmos, o que interfere e dificulta o trabalho, provocando morosidade na assistência aos pacientes. No entanto, a estratégia utilizada pela enfermagem para enfrentar esse problema, representa retrocesso para a integração entre os profissionais e para a melhoria da comunicação, imprescindíveis na construção do projeto terapêutico em equipe interdisciplinar defendido por Campos (2000).

Eu acho que o grande problema nosso aqui são os prontuários, tanto...por isso é que nós separamos o prontuário de enfermagem do prontuário médico, porque como tem muito estudante, muitas vezes o estudante pega o prontuário leva pra lá, aí o paciente precisa fazer um exame, a gente precisa conferir alguma coisa na..no prontuário do paciente, você não consegue fácil, porque aí tem que procurar e aí o pessoal fica bravo, e o paciente tá aqui esperando e o pessoal lá embaixo tá esperando também, você não consegue achar, você não consegue pegar esse prontuário rápido (enfermeira 1).

Apesar de os profissionais identificarem dificuldades em seu processo de trabalho, não conseguem alterá-lo de forma eficaz. Dessa forma, desenvolvem estratégias para o

enfrentamento dos problemas que muitas vezes intensificam as dificuldades na comunicação e no relacionamento inter-profissional.

Contribuindo com essa análise, Zarifian (2001) define a “comunicação autêntica” na organização como um processo que instaura uma compreensão recíproca e com um sentido compartilhado por todos, resultando em ações que os sujeitos envolvidos assumem juntos. É uma comunicação que se opera pela explicitação das necessidades comuns e das quais todos devem se apropriar para o trabalho. A expressividade nessa comunicação é fundamental e é entendida como direito de todo indivíduo de se expressar livremente. Outro aspecto que esse autor salienta é que não tem valor reconhecer o direito de expressão do trabalhador se seu poder de iniciativa não for expresso em ações e em autonomia para se responsabilizar por elas.

Assim, identificamos controvérsias entre a visão dos trabalhadores no que concerne à participação nas decisões do trabalho, ao mesmo tempo falta de atendimento às solicitações dos trabalhadores, como identificado em uma das entrevistas referindo-se aos aspectos dificultadores do trabalho.

Várias vezes a gente foi atrás do RH para fazer alguma solicitação de um problema e varias vezes a gente teve a promessa que ia ser resolvido e não aconteceu então desestimula a gente um pouco. Porque você vai escuta e depois a verdade é outra, a fala da chefia é uma e depois é outra na hora da realidade (gestor 4).

Os paradoxos e estranhamentos identificados evidenciam que qualquer processo de mudança organizacional, como enfatizado por Campos (2000), requer mudança da estrutura organizacional e das pessoas. Dessa forma, o compromisso da gestão da organização deve ser não só a produção de bens e serviços, mas também a produção de sujeitos, o que quer dizer novas formas de as pessoas se relacionarem consigo mesmas e com os outros.

Nesse sentido, existem ações desenvolvidas pelo gerente da UF junto com o coordenador administrativo e profissionais da psicologia, terapia ocupacional e serviço social que objetivam a ampliação da participação dos trabalhadores nos processos de trabalho e a construção de uma cultura de acolhimento na unidade de internação. Tais ações podem favorecer o que Campos (2000) define como produção de sujeitos e, na unidade pediátrica, caracterizaram-se na realização de reuniões. As reuniões que fazem parte do projeto de Acolhimento dos trabalhadores, que o gerente e o coordenador administrativo elaboraram junto com a equipe multiprofissional iniciaram-se com os profissionais administrativos.

A gente tem várias reuniões, tem trabalhos de oficinas. Aqui nós temos oficinas com os profissionais, atualmente com os administrativos na construção do processo de trabalho da unidade, Então a gente levantou os problemas para discutir o que a gente podia fazer, dividiu em comissões e cada comissão ficou responsável por um problema, por uma organização. (gestor 1).

Na defesa da ampliação da gestão participativa, Campos (2000) apresenta o Método Roda para gestão. Esse método está relacionado com a proposta de organização em colegiados, conselhos, grupos, reuniões, assembleias. Esses espaços ou reuniões favorecem a participação de todos os atores envolvidos na gestão do trabalho (gestores, trabalhadores e comunidade usuária), devendo ser organizados com a finalidade de ampliar o diálogo e a capacidade de análise sobre o trabalho.

O processo democrático pretendido é fruto de um esforço deliberado dos sujeitos. “Depende da correlação de forças, do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos” (CAMPOS, 2000, p. 41). É a possibilidade do exercício do poder e não depende da cúpula, depende de seu conjunto de pessoas. Para isso, requer a reformulação dos espaços de exercício dos micropoderes organizacionais e das formas de relacionamentos entre as pessoas.

O objetivo do Método Roda não é só o de produzir bens e serviços no coletivo, mas também de produzir sujeitos, desenvolvendo novas capacidades de análise e de encontros entre as pessoas. Campos (2000) ressalta, ainda, que é necessária a criação de estratégias que favoreçam esse processo. A esse respeito, Cecílio (2000) sugere a estratégia da presença de um apoiador na gestão, que seria um facilitador do processo da gestão participativa, estimulando os grupos a se auto-analisarem e avaliarem seus processos de trabalho, buscando estratégias para o enfrentamento dos problemas coletivamente. Campos (2000) também defende a importância do papel do apoiador na organização para produzir uma forma de formação educacional dos trabalhadores construída democraticamente.

Segundo esses autores, são necessárias estratégias para a construção de uma cultura de compartilhamento de poder que não se dá por si só. Porque envolve a administração de conflitos, disputas de interesses e negociações. Esse é um processo complexo que exige estratégias específicas e contínuas na gestão de pessoas em uma organização comprometida com a gestão participativa.

Mintzberg (2008) apresenta argumentos contrários à defesa da gestão participativa sustentada por Campos (2000); Cecílio (2000) e OPAS (2004). Para Mintzberg (2008), as palavras centralização e descentralização são frequentemente utilizadas nas teorias organizacionais, mas representam um tópico ainda muito confuso e abordado de formas

diferentes. Define centralização como poder para tomada de decisão em um único ponto da organização, centrado em uma pessoa e descentralização como poder disperso entre muitas pessoas. O autor apresenta tipos distintos de descentralização: vertical (da alta direção para a base) e horizontal (entre os pares, trabalhadores sem cargo de gerência) de acordo com os modelos organizacionais.

O autor relativiza a descentralização com base no argumento de que as tentativas de democratizar organizações centralizadas levaram-nas de um modo ou outro de volta para à centralização. Nas organizações profissionais, como laboratórios de pesquisas e hospitais, a descentralização da gestão se aproxima mais do ideal, uma vez que o poder segue o conhecimento e o saber.

(...) poder este que é distribuído amplamente, mas desigualmente. Assim, parece que, na melhor situação, teremos que estabelecer a meritocracia, não a democracia, em nossas organizações não voluntárias e apenas quando ela for exigida nas tarefas de natureza profissional (MINTZBERG, 2008, p.132).

Essa análise assemelha-se à descrição das organizações hospitalares apresentada por Carapinheiro (1998) que destaca o fato de essas organizações serem formadas por dupla autoridade, uma do topo da direção para a base, correspondendo aos mecanismos formais de autoridade e outra da autoridade profissional dos médicos em seus mecanismos informais no cotidiano do trabalho.

No entendimento sobre autoridade e relação de poder, Weber (1994) considerando a complexidade das situações, afirma que as relações de poder definidas como dominação ocorrem quando há imposição da vontade de um indivíduo sobre outro em uma relação social. No tipo ideal weberiano, a dominação assume três denominações: a legal, a carismática e a tradicional. A dominação legal é exercida pela legitimação daquelas pessoas que estão nomeados para o exercício desse tipo de poder, a dominação carismática é exercida mediante o poder heróico e exemplar de uma pessoa e a dominação tradicional emerge das crenças e tradições vigentes daquelas pessoas que representam autoridade. Podemos analisar, a partir dessa perspectiva, que o poder dos médicos pode ser definido como dominação tradicional pelo predomínio histórico do modelo organicista e intervencionista no trabalho em saúde e a correlata centralidade da atenção à saúde em hospitais.

Associado a essa concepção weberiana, podemos entender, de acordo com Mintzberg (2008), que o poder atribuído aos médicos está relacionado à burocracia profissional

fortemente presente no hospital com predomínio do conhecimento e do saber científico nas decisões profissionais.

5.3.1 Corporativismo profissional

O corporativismo profissional é configurado mediante demarcações de territórios de poder e de defesa de uma determinada categoria profissional. No hospital, a categoria médica apresenta forte corporativismo profissional, mas outras categorias também se organizam de forma corporativa, como a enfermagem e outras profissões (CARAPINHEIRO, 1998).

Um dos objetivos do modelo de gestão colegiada, como analisado por Cecílio (2000), é acabar com o “corpo das profissões” no hospital, ou seja, com as corporações. Contudo, o autor identificou, em seus estudos sobre modelos de gestão colegiada em hospitais, que as corporações, com suas disputas de poder, resistem à mudança no cotidiano do trabalho pela dificuldade no compartilhamento do poder. Apesar da gestão colegiada, a existência de corporações profissionais foi identificada neste estudo.

A organização hierárquica dos serviços no hospital tem reforçado a separação entre as categorias profissionais. Foi relatado pelos trabalhadores que cada categoria profissional se reúne separadamente com sua coordenação e que a participação no colegiado interno é feita por um representante da categoria ou da Unidade Funcional da Multiprofissional. Esse fato parece fortalecer as organizações por categorias e as corporações, como relatado nas entrevistadas abaixo.

Temos reuniões administrativas que são feitas mais com as nossas categorias, né? O serviço social com o serviço social, e às vezes na pediatria tem reuniões gerenciais, que quem participa são os colegiados e quando necessita a gerente convoca pra reunião, (assistente social).

Tenho reuniões do setor da fonoaudiologia, aí são reuniões agendadas e acontecem com os profissionais que estão atuando nos diversos setores do hospital. Mas no dia a dia, a gente não tem reunião com os outros profissionais a não ser que eu busque mesmo né? (fonoaudióloga).

Conforme identificado nos estudos de Jorge (2002) e Cecílio (2000) e nesta pesquisa, observa-se que a categoria médica representa um grupo profissional que não se envolve muito com as questões da administração geral do hospital.

Não conheço o que é planejado em Recursos Humanos no hospital...mas eu também não sou muito interessada nisso, porque se eu fosse interessada eu saberia, mas eu só sei o que me falam (médica 1).

Eventualmente temos reuniões administrativas, mas isso não é uma coisa rotineira. Mas quando existe uma necessidade, igual, por exemplo, quando houve essa necessidade de ter...porque tinha um plantonista fixo aqui e dois lá no CTI. E aí aconteceu de acabar com o plantonista, né, de forma que ele ficasse lá e cobrisse aqui. Então, essas decisões foram todas discutidas, né, então em princípio então quando tem uma demanda dessa forma, de alguma coisa que vai interferir no trabalho de todo mundo, aí sim, mas isso são coisas fortuitas, né? (médico 2).

Além das reuniões realizadas separadamente por categorias profissionais, existem profissionais que pertencem a outras Unidades Funcionais. Como é o caso da psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e serviço social que pertencem à Unidade Funcional da Multiprofissional e das Nutricionistas, profissionais da copa e do lactário que pertencem à UF do Serviço de Nutrição e Dietética. Essas outras UFs possuem outros gerentes, outro colegiado interno e coordenadores para cada categoria profissional, aumentando, o número de superiores aos quais esses profissionais estão subordinados.

A gente tem a reunião do colegiado interno da unidade de internação pediátrica, que é com a gerente da pediatria, eu não participo da reunião. É a outra profissional da terapia que participa e me dá repassa as informações. Eu participo da reunião do colegiado interno da multiprofissional, que é a unidade que eu tô né? Junto com a psicologia, é regular e é de quinze em quinze dias. E a reunião da Terapia Ocupacional, que também acontece de quinze em quinze dias. É muita reunião, né? (terapeuta ocupacional)

Deixa eu fazer uma correção, é porque a gerência que cuida dessa parte do administrativo porque na verdade eu sou funcionária direta da multiprofissional, entendeu? Então meu superior seria minha coordenadora da psicologia, né? (psicóloga 2).

O número de gestores superiores para algumas categorias profissionais pode dificultar a governabilidade da gerente da UF da Pediatria com esses profissionais. Em vários momentos durante as entrevistas, os profissionais que pertenciam a outra UF, como os psicólogos, os fisioterapeutas, os assistentes sociais, os terapeutas ocupacionais e os nutricionistas tiveram que obter autorização de seus superiores para participar da pesquisa, mesmo com as autorizações documentais do COEP/UFMG e da DIREPE. Ressalta-se que a liberação dessas autorizações se deu mediante a análise do Colegiado interno da UF com a representação de todas as UFs que prestam serviço na unidade. Nota-se essa dificuldade na socialização das informações e predomínio dos relacionamentos informais da organização sobre os formais. A esse respeito, Carapinheiro (1998) afirma que

Criam-se constantemente regras informais para regular acções e situações no preenchimento dos hiatos deixados pela regulação formal, cruzando-se constantemente no quotidiano do hospital as regras formais e informais, sendo umas e outras susceptíveis de cair em desuso, de serem reiteradas ou serem substituídas, em sintonia com as exigências que, em cada momento, decorrem das interacções e negociações que se estabelecem entre os diferentes participantes na divisão do trabalho (CARAPINHEIRO, 1998, P. 63).

Segundo a autora a estrutura informal da organização é lubrificadora da estrutura formal. No hospital pesquisado, a unidade conta com coordenadores para cada categoria profissional além dos gerentes da unidade e das outras em que prestam serviço. Os territórios de poder são bem demarcados, com âmbitos de governabilidade que não se misturam ou não se integram na Unidade Funcional. A título de exemplo, pode-se mencionar os médicos que se reúnem e discutem seus assuntos com o coordenador médico, a enfermagem com a coordenadora de enfermagem que, por sua vez, se reporta à VDTE – Vice Diretoria Técnica de Enfermagem. Essas situações também são evidenciadas nas análises de Cecílio (2000) como empecilhos para a integração dos profissionais para um efetivo trabalho em equipe interprofissional.

O que talvez tenhamos subestimado, e tenha que ser considerado nesta reflexão, é o nascimento da “nova” equipe significa, antes de mais nada, uma significativa distribuição de poder e o questionamento de relações de dominação, hoje “naturalizadas” e ideologicamente justificadas por uma hierarquização dos distintos saberes portados pelos distintos trabalhadores (CECÍLIO, 2000, p. 10).

Outro aspecto que interfere nas relações de poder entre as categorias profissionais é a diversidade de treinamentos, competências e ideologias sobre a doença e o tratamento dos doentes de cada categoria profissional, desencadeando múltiplos processos de negociação (CARAPINHEIRO, 1998). Cada categoria profissional apresenta uma programação de cursos e/ou discussões de casos separadas das demais. O depoimento a seguir exemplifica essa situação:

Temos, não o programa geral da instituição não, mas a psicologia tem uma educação continuada semanal, toda semana tem uma discussão de texto teórico, a gente tem um supervisor interno, que é de fora do hospital que vem. Às vezes a gente discute caso clínico....é pago pelo hospital, então isso a gente tem essas informações (psicóloga 2).

A negociação necessária entre as categorias profissionais para a realização de um projeto terapêutico pode ser dificultada pela falta de compartilhamento do poder, o que, por sua vez, influencia na socialização das informações e dos conhecimentos, gerando

fragmentação do trabalho entre os profissionais e impactando na eficácia da assistência aos pacientes, conforme exemplificado:

Eu acho que mudou, eu acho que o médico, o enfermeiro, eles tavam mais ligados, tavam formando mais uma equipe, agora eu acho que tem uma fragmentação, não sei por quê, mas eu acho que fragmentou um pouco. Porque era bom ter aquela conversa, entre equipe, paciente, agora não o médico conversa com a mãe do paciente e a mãe do paciente conversa o que o médico falou com ela com você. Então qual é o ponto, é a mãe é que fala o que o médico falou, que faz a ligação. Não tem trabalho em equipe, falta comunicação, é acho que é a comunicação, porque o trabalho em equipe, por exemplo, colocar um soro, puncionar, faz isso, isso cada um faz o seu melhor, mas eu acho que o problema é a comunicação (técnica enfermagem 1)

A socialização das informações e a comunicação entre as categorias profissionais é dificultada também pelo não reconhecimento por parte de médicos e enfermeiros de outras categorias profissionais que compõem a equipe de saúde.

Ah, deixa eu pensar, é tanta coisa que pra eu localizar assim um pontinho...deixa eu pensar aqui o que mais dificulta aqui, eu não sei, eu acho que ainda tem profissionais que ainda têm preconceito com a psicologia, que ainda não entendem, não só com a gente não. Tem por exemplo médico aqui dentro que não sabe o que que a terapia ocupacional faz, e também não procura saber, entendeu, então fica difícil de fazer uma interconsulta, não é? (psicóloga 2)

O que dificulta um pouco é o não reconhecimento talvez pela minha categoria, né, terapia ocupacional, não reconhecimento da categoria por alguns profissionais. Então eu tenho que estar sempre comprovando, provando. Principalmente a enfermagem e a medicina, são os que a gente tem mais dificuldade de explicar, né? De chegar um encaminhamento apropriado, é...de entender, porque como a gente tá vinculado ao projeto de humanização, muitas vezes é...a gente é desvalorizado por isso: Ah...É aquela que vem brincar! E vem brincar não no sentido de brincar, no sentido importante que a gente entende, né...num sentido mais desvalorizado mesmo. Então isso é uma coisa importante. A relação com as categorias da enfermagem mesmo, principalmente enfermagem e medicina é o que mais dificulta.(terapeuta ocupacional)

Esses relatos mostram a situação de não reconhecimento ou subestimação das categorias profissionais da Terapia Ocupacional e Psicologia. Essas categorias profissionais não se sentem valorizadas pelos profissionais da medicina e enfermagem. A falta de reconhecimento pode estar relacionada ao predomínio do paradigma do modelo de atenção flexneriano, concebido por Abraham Flexner em 1910. Esse modelo teve grande impacto na formação médica e nos modelos de atenção à saúde³ (SCHERER *et al.*, 2005) e pode ser definido da seguinte forma:

³ Modelo de Atenção à Saúde são formas de organização das relações entre os sujeitos, mediadas pela tecnologia utilizadas no processo de saúde para intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (Paim, 2002).

O modelo flexneriano, baseado num paradigma fundamentalmente biológico e quase mecanicista para a interpretação dos fenômenos vitais, gerou, entre outras coisas, o culto à doença e não à saúde, e a devoção à tecnologia, sob a presunção ilusória de que seria o centro de atividade científica e de assistência à saúde (SCHERER *et. al.*, 2005, p.57).

Essa concepção organicista impregnou a formação dos profissionais da saúde em geral e predominou durante muitos anos na assistência à saúde. Ainda é bastante presente e valoriza os saberes medicalizantes e intervencionistas que lhe são afins. Além disso, historicamente, por influência da ciência positivista, a produção do conhecimento nas faculdades e universidades apresenta metodologias com fracionamento das disciplinas, provocando dissociação do saber, o que favorece o império das especializações interferindo negativamente na integração entre as categorias profissionais (JAPIASSU, 1976).

No hospital, foi observado que as categorias profissionais da Psicologia e da Terapia Ocupacional se unem com o Serviço Social e se fortalecem construindo uma equipe articulada. Assim, atuam na elaboração e na realização de projetos, como o Acolhimento, realizado junto com o gerente e o coordenador administrativo, além de outros três projetos multiprofissionais que envolvem outras categorias profissionais do hospital.

A organização desses profissionais em equipe parece constituir mecanismo de defesa para enfrentamento da falta de reconhecimento que vivenciam, pois favorece o fortalecimento e a ampliação de seu campo de atuação.

Essa situação pode ser compreendida pelos estudos de Dejours (1994) ao descrever que os trabalhadores desenvolvem mecanismos de defesa coletivos para o enfrentamento de situações nocivas ou que causam sofrimento no trabalho. A saúde no trabalho está relacionada à capacidade de realização e da possibilidade de transformação das situações penosas vivenciadas em seu dia a dia. O depoimento da Terapeuta Ocupacional expressa a situação.

Olha, essa interação com esses profissionais facilitam o trabalho, com a própria gerente. Quando eu falo essa interação com os profissionais, eu tenho que delimitar né, porque são poucos que eu tenho facilidade. Seria os profissionais da multi mesmo, a psicologia, o serviço social e até o próprio administrativo e a gerência e o administrativo que está vinculado à gerência, são as profissionais que eu tenho mais contato e facilidade pra desenvolver o trabalho em conjunto. Isso é uma coisa que facilita (terapeuta ocupacional).

Outros autores que contribuem para a compreensão desse enfrentamento e organização das profissionais são Swartz; Scherer e Pires (2009), da ergologia, que estudam a capacidade de atuação dos trabalhadores e dos coletivos no trabalho (SCHERER *et al.*, 2009). Esses autores apontam que as situações vivenciadas no dia a dia do trabalho demandam ao

trabalhador o “uso de si mesmo e dos outros”. Esse é um movimento dialético que expressa o coletivo de trabalho, isto é, no trabalho cotidiano, os trabalhadores são provocados a desenvolver estratégias de enfrentamentos e de relacionamentos. Essas estratégias ampliam sua capacidade de ação e reação.

Eu acho assim que o ambiente aqui é o trabalho aqui é muito bom, principalmente o que a gente chama de equipe multiprofissional. Os profissionais desta equipe, aqui na pediatria, são principalmente, a terapia ocupacional, o serviço social, a psicologia, a gente atua bem junto sabe. Aí por exemplo, a fisioterapia, a enfermagem, os médicos, nem tanto, mas por exemplo a gente tá montando uma comissão para atendimento ao adolescente internado. (psicóloga 2)

A ampliação da capacidade de atuação de cada categoria profissional e a integração dos profissionais são esperadas em um modelo de gestão colegiada. No entanto, observa-se que ainda não há redução das hierarquias profissionais entre as mesmas categorias e entre grupos profissionais diferentes, condição necessária para essa integração. A esse respeito, Cecílio (2000) destaca que as características singulares dos processos de trabalho entre as categorias profissionais reforçam as corporações e resistem à mudança. Isso porque resistem ao compartilhamento de poder necessário para relações mais horizontalizadas. Essas relações é que viabilizariam um efetivo trabalho em equipe interprofissional.

Analisando a hierarquia de organizações hospitalares, Carapinheiro (1998) argumenta que, no hospital, todas as categorias profissionais estão envolvidas na complexa divisão do trabalho e a única que tem verdadeira autonomia é a categoria médica. Sua autonomia é sustentada pelo domínio do saber e por sua competência técnica na divisão do trabalho. Desta forma, o médico avalia o trabalho de outras categorias, sem ser, em contrapartida, avaliado pelas mesmas, o que é confirmado na realidade do cenário pesquisado.

Em termos de situação (...) o que você vê o retorno é das pessoas. A gente tem um treinamento muito constante é em atendimento à parada, isso a própria equipe fala como que tá diferente até com relação à qualificação da enfermagem, quer dizer o que eles melhoraram (gestor 3).

Assim, um dos aspectos que dificulta o trabalho interprofissional é o corporativismo, o que, segundo Cecílio (2000), exige a adoção de estratégias como a criação de um apoiador para avaliações e problematizações contínuas junto com os grupos de trabalhadores. É sugerido que tal processo ocorra de forma participativa, incentivando revisões e processos dialógicos sobre o trabalho. Tal estratégia pode favorecer a formação de uma equipe multiprofissional integrada e capaz de construir projetos terapêuticos singulares, conforme

preconizado pela PNH (BRASIL, 2008). A próxima seção apresentará os avanços e dificuldades envolvidos na constituição das equipes multiprofissionais no hospital.

5.3.2 Conquistas e dificuldades no trabalho em equipe na unidade pediátrica

Na unidade pediátrica investigada, existem projetos desenvolvidos por equipes multidisciplinares com as seguintes categorias profissionais: Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Medicina, Enfermagem, Fisioterapia e Fonoaudiologia. São projetos voltados para a Atenção ao Adolescente, para os Cuidados Paliativos e para o Atendimento Domiciliar, conforme ilustrado.

A gente tá começando com reuniões clínicas que possibilitam isso. E antes a gente não tinha reunião clínica. Agora a gente tem a comissão do adolescente internado, a gente discute aí com a psicologia, com o serviço social e também com o administrativo. Tem uma médica também que participa, mas a enfermagem ainda não se envolveu. (terapeuta ocupacional)

Esses projetos são recentes e os entrevistados relataram que consideram a equipe multidisciplinar e não interdisciplinar, uma vez que há necessidade de mais integração entre as categorias profissionais para que seja considerada uma equipe inter-profissional.

Eu continuo falando que ainda é um dos lugares que funciona melhor em termos de equipe, mas pode ser multiprofissional, ela não é interprofissional. Por quê? Porque, eu acho que falta muito, maior participação de discussão, de respeitar o conhecer do outro, de transformar esse conhecer do outro em um conhecer comum, a gente sabe que todo mundo precisa trabalhar naquela causa, mas não chega num denominador que essa causa que tem um lugar aqui que gente encontra, que esse conhecimento é único, mas se cada profissional participar é muito mais rico. (assistente social)

A integração interprofissional se constrói por meio da integração entre conhecimentos distintos com superações direcionadas para a construção de um novo conhecimento. Esse processo requer amadurecimento do grupo e rupturas com práticas e com conceitos orientados pela lógica hegemônica.

Deslandes e Gomes (1994) afirmam que os principais obstáculos para se alcançar a interdisciplinaridade estão relacionados à tradição positivista e biocêntrica na atenção e formação em saúde e às dificuldades na operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas.

Complementando essa concepção, Japiassú (1976) afirma que a interdisciplinaridade se apresenta sob a forma de protesto contra um saber fragmentado, pulverizado em muitas especialidades. O trabalho interdisciplinar caminha contrário à separação entre a universidade compartimentada e a realidade concreta da vida, assim como contra o conformismo das situações adquiridas ou impostas. Dessa forma, a possibilidade da construção da interdisciplinaridade está na disposição para a reformulação de nossas estruturas mentais, exigindo desprendimento para a construção de novos conhecimentos.

As integrações inter-profissionais no dia a dia do hospital ocorrem predominantemente por necessidade de complementaridade entre as categorias profissionais, conforme mencionado em uma das entrevistas:

Nós lidamos mais com os médicos, né, porque assim eu acho que de todas as categorias profissionais, são os que têm uma interface maior, são os médicos e a fonoaudiologia, porque elas tratam muito a questão do distúrbio de deglutição, então assim...é paciente neurológico, que tem muito na pediatria. Então são as duas categorias que a gente tem uma relação maior. De modo geral assim a gente tem conseguido fazer um trabalho muito bom. O serviço de nutrição já atua na pediatria há muito tempo, eu acho que já tá bem estruturado lá, então eu acho muito bom. (nutricionista)

O depoimento apresentado aponta para avanços, ainda que restritos a algumas categorias profissionais, no sentido do alcance de práticas mais integradas e compartilhadas na unidade pediátrica em estudo.

Nos relacionamentos inter-profissionais, os profissionais da enfermagem apresentaram uma situação específica identificada nas entrevistas. Tanto as enfermeiras quanto as auxiliares e técnicas são percebidas por alguns profissionais à margem dos projetos multiprofissionais.

Todo mundo. A ideia é todo mundo entrar nisso. Então agora o estágio encerrou, a gente está na seleção de uma nova estagiária e a ideia é que a gente possa resgatar bem mais de perto a enfermagem, que a gente pensa que é uma equipe extremamente importante, na unidade, e que a gente vê que elas estão mais afastadas dessas rotinas, desses cuidados, dessas reuniões também. Então a gente tá tentando trazê-las, pra continuar caminhando. (psicóloga 1)

Olha o mais tenso é a enfermagem, sem sombras de dúvida assim, é...é...até porque a gente escuta muito das mães, ou até dos profissionais, né... então sempre há uma queixa com relação às técnicas de enfermagem, a gente é muito chamado para intervir diante de um conflito com a equipe. (psicóloga 1).

As dificuldades referentes à interação com a enfermagem foram apresentadas também pelas coordenações. Isso nos remete às constatações semelhantes às de Cecílio (2000) sobre o

fato de a enfermagem ficar à parte das outras categorias profissionais e diretamente ligada a sua direção, formando uma forte corporação profissional.

O corpo de enfermagem, por sua vez, comporta-se de forma muito conservadora também, em particular ao manter, ciosamente, suas linhas de mando, seus rituais, seus degraus de autoridade. Em particular, cabe ressaltar que a coordenação do corpo de enfermagem se mantém totalmente à parte, uma coordenação muito própria, da categoria, “um negócio de enfermeiras” (CECÍLIO, 2000, P.4).

Outros relatos exemplificam a ausência da enfermagem nas reuniões multiprofissionais bem como o corporativismo profissional.

De uns meses pra cá, talvez um ano, tá tendo sim, tá tendo mais interação entre equipe médica, fisioterapia, fono. A enfermagem ainda tá um pouco individual, elas ainda fazem a parte delas, as reuniões, a gente já tentou algumas reuniões em conjunto, isso está começando a acontecer no CTI mas na enfermaria a gente ainda não conseguiu.(gestor 3).

É..tem dois anos que tá mais tranquilo. Acho que quando entrou o pessoal de enfermagem mais novo, elas são mais tranquilas para trabalhar, são mais modernas. É... acho que o pessoal mais antigo, que tem mais tempo no hospital, tá mais enfrornado na política e é mais difícil de tratar. Quem mexe com movimento político, quem mexe com...esse pessoal é mais difícil. (médica 1)

A respeito do exercício da função gerencial do enfermeiro Brito (2004) salienta que essa função, no contexto hospitalar, “reveste-se de grande complexidade, detendo algumas particularidades que parecem interferir diretamente no seu exercício profissional, em seus relacionamentos e, portanto na sua configuração identitária” (BRITO, 2004, p. 105). Nessa ótica, a autora afirma que, por um lado, a complexidade de atribuições pode gerar indefinição de papéis e desencadear conflitos e baixa de autoestima no trabalho. Isso, por sua vez, pode desencadear dificuldades nos inter-relacionamentos com as outras categorias profissionais. Por outro lado, o êxito alcançado no exercício da gerência propicia o reconhecimento profissional e o reforço da autoestima, o que reforça a identidade desse grupo profissional.

Os profissionais do nível médio, técnicos e auxiliares de enfermagem, atuam de forma operacional e em contato direto com os pacientes, e expressam essa sobrecarga no trabalho. Segundo alguns entrevistados, esta sobrecarga é intensificada pela falta de pessoal provocada tanto pelo déficit no quadro de pessoal, quanto por absenteísmo no trabalho, situação que pode influenciar nos inter-relacionamentos no trabalho.

Olha..o que eu consigo localizar mais nitidamente é porque o número de profissionais ainda é pequeno para o número de pacientes, nem tanto por falta de vontade, entende? Tanto é que, no atendimento, as mães vão reclamando, mas aí

elas acabam chegando à conclusão é.... mas também elas estão sobrecarregadas. E estão mesmo. (psicóloga 1)

Ah! Tem a questão de fazer reuniões clínicas, tem de ser num horário de assistência pra elas, porque elas não vão sair em outro horário, porque se não contar carga horária num vai participar. Então acho que esse é o ponto importante, porque até quando elas vão fazer as reuniões clínicas, as reuniões científicas da enfermagem é no horário de serviço, nesse horário elas param todas e reúnem.(gestor 3)

Spagnol (2006), em seus estudos sobre a trama dos conflitos vivenciados pela enfermagem, descreve que existem causas geradoras de conflitos relacionadas à macropolítica e à micropolítica do hospital. As primeiras relacionam-se às questões com o Estado, a vida na sociedade capitalista, por exemplo, a duplicidade de vínculos profissionais da enfermagem, deficiências na estrutura organizacional e escassez de recursos do hospital, dentre outros. Nas segundas, relacionadas à micropolítica, encontram-se questões como funcionamento das equipes e setores, centralização do trabalho, relações hierárquicas, autoritarismo, falta de respeito entre os profissionais, inseguranças, imaturidade, descompromisso e escalas de plantão. Essas questões acabam por interferir nos inter-relacionamentos no dia a dia do trabalho. Segundo a autora,

Além disso, devido a este tipo de comportamento e sentimentos, as relações de trabalho acabam ficando cada vez mais desgastadas, a trama começa a se esgarçar, chegando muitas vezes a se romper. Nesse momento é preciso tecê-la novamente, com muito cuidado, reconstruindo as relações interpessoais, para que essas, principalmente, não interfiram de forma negativa na assistência ao paciente que deve ser prestada livre de riscos e baseada em princípios éticos (SPAGNOL, 2006, p. 196)

As dificuldades nos inter-relacionamentos devem ser analisadas tomando como referência seus contextos. A esse respeito, Ayres (2001) enfatiza que é necessário que se superem pressupostos reducionistas que estão na base da concepção sobre o que é o sujeito e dar conta de que se deve pensar mais em intersubjetividade do que em subjetividade. Esse entendimento se deve ao fato de que o sujeito se constitui em seus relacionamentos, contingentes de sua identidade e historicidade como indivíduos e grupos (AYRES, 2001).

Assim, ao se escutar a enfermagem, pode-se identificar a sobrecarga e o estresse vivenciados no cotidiano do trabalho, bem como a preocupação simultânea com a eficácia do trabalho.

É o excesso de pacientes. É, eu percebo que a gente fica com muito paciente, então não dá pra você dá...se você tá com um paciente grave, não tem como você dar aquela assistência total. (técnica enfermagem 4).

O dia a dia? Às vezes o déficit de servidor né? Quase sempre. Sobrecarrega e aí limita a eficácia dos serviços prestados. (técnica enfermagem 5)

Outras questões que interferem nos inter-relacionamentos estão ligadas, também, aos processos de trabalho entre profissionais da enfermagem e profissionais administrativos que, às vezes, se confundem.

Eu vou na enfermagem e vejo, ó isso foi feito errado, isso tá dificultando o trabalho do administrativo, mas quem tá dificultando isso? A enfermagem, eu tenho que mostrar para os administrativos que eles são importantes. Eu pedi a enfermagem para mostrar o serviço do administrativo e para valorizar eles, porque não é só dizer ele faz errado e você vai lá e corrige. Não, você tem que mostrar o porquê, porque que ele tá fazendo a atividade que é da enfermagem e porque ele tá refazendo uma atividade que já foi feita (gestor 2).

A dificuldade de integração e articulação entre a enfermagem e os médicos pode ser identificada pelos seguintes relatos:

Em parte, eu acho que poderia, por exemplo, algumas decisões poderiam ser tomadas. Porque a gente não tem uma reunião que seja quinzenal ou alguma coisa assim. A preparação para a alta, muitas vezes, a gente é a última a saber dessa preparação pra alta. Eu acho que isso às vezes muitas vezes dificulta, porque eles chegam com uma demanda: Ah, o paciente vai embora hoje e eu preciso disso. Mas você não consegue resolver isso, se isso fosse trabalhado anteriormente, a gente tem toda uma logística que você tem que desenvolver para o paciente receber alta.(enfermeira 2).

Não, as vezes eu encontro só com as enfermeiras mesmo. Mas muito raro, a reunião de assistência não tem é muito mais para discutir problemas, mas de assistência não tem, não tem nada não (gestor 3).

A esse respeito, Carapinheiro (1998) destaca que as enfermeiras-chefes, apesar do maior conhecimento e envolvimento direto com os problemas do serviço, não interferem nas decisões médicas e não existe um trabalho em equipe. Essa situação dificulta o trabalho da enfermagem principalmente quando as decisões médicas não são compartilhadas e demanda ações urgentes desses profissionais.

A despeito de reconhecerem a importância do trabalho interprofissional, alguns profissionais ressaltaram a importância do trabalho em equipe, restringindo seus comentários a sua categoria profissional. Esse fato evidencia o quanto as profissões estão organizadas de forma isolada umas das outras. Em contrapartida, alguns profissionais relatam que o trabalho na unidade é sempre coletivo, mesmo na ausência de reuniões interprofissionais.

Existe assim uma abertura dos médicos e os demais profissionais também, a gente vê que o pessoal da fono procura muito a gente, a gente procura muito o pessoal da fono, temos bom relacionamento com a psicologia, com a terapia ocupacional e de modo geral com os médicos. (nutricionista)

Apesar de realizarem reuniões informais para resolver demandas cotidianas do trabalho, a inexistência de reuniões em equipe dificulta a construção de projetos terapêuticos, como sugerido por Campos (2000).

Foi possível constatar, a partir da análise do tema gestão colegiada, que a gestão participativa apresentou progressos identificados na realização de reuniões regulares com os profissionais e bom funcionamento do colegiado interno da unidade. No entanto, ainda se observam paradoxos semelhantes aos existentes antes da mudança do modelo de gestão. A cultura organizacional é corporativa, separada por categorias profissionais, o que dificulta o trabalho em equipe interprofissional. Além disso, os profissionais ainda possuem pouca autonomia de decisão e poucas informações sobre o planejamento do hospital. Constatou-se também a interferência da sobrecarga de trabalho dos profissionais da enfermagem nos inter-relacionamentos e na participação dos trabalhos em equipe multiprofissional.

Nesta seção, foram analisados aspectos facilitadores do trabalho da equipe multiprofissional. Evidenciou-se que a necessidade da construção de projetos de atendimentos para grupos específicos de pacientes tem impulsionado a criação de equipes multiprofissionais, como os projetos para atenção aos adolescentes, os cuidados paliativos e a atenção domiciliar.

Os aspectos que dificultam o trabalho em equipe e a formação da interdisciplinaridade referem-se à formação com predomínio da ciência positivista e da fragmentação pedagógica do saber; as demarcações de territórios de poder que configuram o corporativismo profissional, a comunicação e as relações inter-profissionais.

Na perspectiva da análise da gestão de pessoas, devem ser consideradas também as características do objeto de trabalho e seu impacto na dinâmica organizacional e na saúde dos trabalhadores.

5.4 Cuidar de crianças gravemente enfermas – Singularidade do trabalho na pediatria

O lidar com crianças que estão sofrendo ou estão felizes, morrendo ou se recuperando, bem como com seus familiares, provoca sentimentos ambíguos nos profissionais de saúde. Ao

mesmo tempo em que é muito prazeroso e enriquecedor é muito sofrido. Trata-se de experiência profissional peculiar, especialmente quando se cuida de crianças gravemente enfermas.

O trabalho em saúde é extremamente complexo, envolve habilidades e conhecimentos técnico-científicos e interacionais no atendimento aos pacientes. Além disso, demanda aprimoramento contínuo em decorrência do intenso crescimento e da inovação científica e tecnológica no trabalho em hospitais.

Essa complexidade envolve tecnologias duras, leve-duras e leves, como caracterizado por Merhy (2002). As tecnologias duras estão relacionadas com equipamentos e máquinas com as quais os trabalhadores têm que lidar no exercício do trabalho; as tecnologias leve-duras correspondem ao lidar com procedimentos, protocolos, rotinas, dentre outros e as tecnologias leves dizem respeito aos relacionamentos envolvidos no trabalho. Esses relacionamentos envolvem tanto os usuários e sua rede familiar, quanto os profissionais de saúde. Segundo o autor, o trabalho em saúde é sempre coletivo, uma vez que a complexidade envolvida na saúde humana necessita da atuação de diversas categorias profissionais. É um trabalho vivo, na medida em que é realizado em ato, envolvendo e dependendo da atuação dos usuários e seus familiares em interação com os profissionais para alcançar sua eficácia. Sendo assim, deve estar sempre aberto à criação, à inovação dos profissionais no lidar cotidiano, uma vez que não é uniforme.

Para a atenção integral ao ser humano, é importante contemplar as dimensões subjetivas, sócio-culturais, espirituais, políticas, exigindo trabalho em equipe interprofissional e formação contínua dos profissionais. O modelo de atenção integral, por sua vez, necessita de uma gestão consentânea para a promoção dessa cultura (BRASIL, 2008).

Analisando essa implicação do modelo de gestão no modelo de atenção, Pitta (1999), pautando-se no aporte teórico da psicanálise e da sociologia, afirma que o trabalho na saúde pode promover saúde e enriquecimento subjetivo aos trabalhadores, mas também pode provocar-lhes intensos sofrimentos à saúde mental. O que pode favorecer um ou outro aspecto, saúde ou sofrimento, é o modo da gestão do trabalho. Para a promoção da saúde no trabalho, é necessária a construção de uma cultura de acolhimento à expressão de sentimentos dos trabalhadores e usuários sobre o sofrimento perante a dor e a morte.

A Política Nacional de Humanização (BRASIL,2008) propõe a implantação do dispositivo do Acolhimento a partir da formação de coletivos de trabalhadores que analisem e reflitam sobre as dificuldades e sofrimentos enfrentados, ampliando sua capacidade de ação no trabalho. Tal postura possibilita a elaboração de ações e estratégias que favoreçam a

cultura do acolhimento em suas práticas de trabalho tanto para os usuários quanto para os profissionais.

Segundo Pitta (1999), um dos aspectos que favorecem a promoção da saúde dos trabalhadores no cuidar de pessoas doentes refere-se à possibilidade de esse trabalho facilitar o desenvolvimento de mecanismos de defesa intrapsíquicos, como a sublimação. A sublimação é descrita pela psicanálise como a transformação de pulsões instintivas (inconscientes) em atividades reconhecidas socialmente (LAPLANCHE; PONTALLI, 1986).

O trabalho em saúde, nessa perspectiva, representa oportunidade de enriquecimento e saúde subjetiva aos trabalhadores. O enriquecimento subjetivo do trabalho na saúde é intensificado pelo lidar com a diversidade de relacionamentos tanto com os usuários e familiares quanto com os profissionais da saúde, favorecendo o desenvolvimento de habilidades interacionais (PITTA, 1999). E, é claro, será enriquecedor, se houver reflexão crítica sobre os relacionamentos e expressão das dificuldades vivenciadas. Essas experiências autoanalíticas dos trabalhadores sobre seus comportamentos e relacionamentos contribuem para novas descobertas sobre si mesmos e sobre seu relacionamento com os outros.

Nesse estudo, as entrevistas realizadas com os profissionais evidenciaram que o lidar com crianças gravemente enfermas exige maior habilidade de relacionamentos dos profissionais tanto nos inter-relacionamentos com a equipe de trabalho quanto entre os profissionais e os pacientes e seus familiares. Ao mesmo tempo, esse trabalho favorece proximidade e vínculos de solidariedade entre os membros da equipe, uma vez que lidar com o sofrimento de crianças e seus familiares é penoso e exige apoio aos trabalhadores, como mostram os seguintes relatos:

As pessoas da pediatria são mais humanizadas, o próprio trabalhar com criança exige isso, exige da equipe um esforço maior de se juntar, de tá se unindo pra atender melhor a criança e os pais, né? Porque toda criança que interna na unidade de pediatria, ela vem acompanhada por seus pais. Então, é um atendimento que é duplo, ou às vezes é mais do que duplo, é um atendimento familiar. Então isso obriga uma proximidade entre a equipe e isso pra mim é um fator favorável. (assistente social)

Ó, eu acho que... o convívio com as pessoas aqui tem que ser uma coisa...como é que eu vou falar....a gente tem que conviver bem com as pessoas pra dar conta. Eu acho que a verdade é essa. Lidar com criança doente é uma coisa complicada. E os meninos aqui tem...são crianças potencialmente graves, né? (enfermeira 2)

É, fora a questão humana mesmo, que a gente tem que ter jogo de cintura, pra conversar com o paciente. Pra gente poder trabalhar direitinho, atendê-los com dignidade essas coisas. (técnica enfermagem 1).

A necessidade de um trabalho compartilhado e de apoio dos colegas na pediatria reforça a articulação entre a equipe, principalmente dentro da própria categoria profissional. Esses aspectos foram identificados principalmente pelos profissionais da enfermagem.

A colaboração das enfermeiras, das colegas, ajuda muito, é muito apertado aqui, são muitos pacientes, mas em tempo algum você passa sufoco, porque as pessoas estão sempre te ajudando (técnica enfermagem 6).

A gente precisa contar com o outro, a gente tem que contar muito com o outro aqui. Eu acho que todo mundo sabe disso, então eu acho que todo mundo tem bom relacionamento. Eu pelo menos com a minha equipe nunca tive dificuldade, as pessoas tem bom relacionamento entre elas, até com os pais, das crianças. (enfermeira 2)

Segundo alguns depoimentos, o trabalho na pediatria apresenta características ambíguas. Ao mesmo tempo em que é sofrido lidar com crianças doentes e seus familiares, é envolvente e enriquecedor presenciar como as crianças lidam com a doença. Porque são alegres, brincam e demonstram vontade de viver. Esse aspecto favorece ainda mais o vínculo dos profissionais com as crianças. Em relação à equipe de enfermagem, o envolvimento é tão forte que os profissionais parecem identificar-se com o sofrimento e bem estar das crianças e de suas mães. Tal identificação é favorecida pelo fato de a maioria dos profissionais dessa categoria ser composta por mulheres.

Eu acho que são as crianças. Que é mais...apesar de ser mais sofrido por causa das patologias, que você acaba...as crianças têm mais alegria de viver do que os adultos. Assim, assim as crianças passam mais essa questão.(enfermeira 1)

A estrutura física do hospital para os pacientes, banheiro....igual as mães que ficam aí, as cadeiras, eu acho inadequadas pra quem fica aí meses né, igual por exemplo nas enfermarias, não tem banheiro..., coisas assim eu acho que facilitaria muito, tanto o trabalho nosso, né, e também dos próprios pacientes, dos acompanhantes seria muito bom.(técnica enfermagem 4)

Eu gosto muito de trabalhar com pediatria, eu gosto muito de criança, quanto a lidar com criança é muito bom, gosto, apesar das dificuldades de...com o envolvimento, que acaba que às vezes a gente se envolve um pouco mais, esse contato diário com criança, mãe é um pouco mais sofrido às vezes (fisioterapeuta).

A esse respeito Menzies (1970 apud PITTA, 1999) pontua que o trabalho na saúde suscita fortes sentimentos nas enfermeiras, podendo ser contraditórios, como piedade, compaixão e amor; culpa e ansiedade; ódio e ressentimento contra os pacientes. Essa categoria profissional assume de modo mais contundente cuidados contínuos aos pacientes, durante toda a carga horária de trabalho, dia após dia, até o desfecho em alta hospitalar ou até

mesmo em morte, com atividades agradáveis ou não, podendo ser até mesmo repulsivas (PITTA, 1999).

Esse relacionamento muito próximo da enfermagem favorece mecanismos projetivos do sofrimento dos pacientes nos profissionais, como revolta, raiva, dentre outros. Além do envolvimento dos profissionais com as crianças, é verificado também sofrimento no trabalho pelo lidar com doença e sofrimento das crianças e familiares, observando-se inclusive, solicitações de apoio psicológico para lidar com essas situações.

Sim, inclusive o que a gente tava comentando a respeito da psicologia, né...que eu acho que todos hospitais deveriam ter esse acompanhamento dos profissionais com a psicóloga, porque sofrem....assim o emocional, e também é a sobrecarga né, emocional (técnica de enfermagem 3)

A partir desse e outros relatos, é possível identificar que as profissionais da enfermagem solicitam apoio para lidar com a complexidade do trabalho na unidade de internação pediátrica. A esse respeito, Pitta (1999) salienta ainda que:

As tarefas dos auxiliares e atendentes são, a um só tempo, as mais intensas, repetitivas e social e financeiramente pior valorizadas. Além de conviver mais tempo com os enfermos, os acompanham mais de perto, anotam com detalhes suas reações, cumprindo toda a estratégia de vigiar a vida e a morte dos internados, que é, em si, a atribuição do hospital como um todo (PITTA, 1999, p.54).

Analisando as características subjetivas do trabalho em saúde, Codo (1999) enfatiza que as atividades que exigem investimento afetivo são as relacionadas ao cuidado. Nesse trabalho, o estabelecimento do vínculo afetivo é fundamental para o bem-estar do outro e de sua eficácia. O autor ressalta que esta vinculação afetiva é diferente de outras que ocorrem fora do trabalho. A principal diferença se dá pelo fato de que este vínculo afetivo nunca se fecha, quer dizer não há um retorno deste investimento para o trabalhador. Esse vínculo rompe-se pelos fatores mediadores que interferem na relação como, por exemplo, a alta hospitalar do paciente ou sua transferência ou, ainda, sua morte. É necessário que o ambiente de trabalho proporcione formas alternativas de dar vazão a essa energia afetiva que fica contida a fim de oferecer alívio à tensão que pode ser gerada. A esse respeito, o autor ressalta que a falta de espaço contingente ou outros meios para a expressividade dos trabalhadores pode desencadear adoecimento no trabalho.

Nessa mesma vertente, Sá e Azevedo (2010) enfatizam que o trabalho em saúde apresenta características específicas.

Pela centralidade de sua dimensão relacional e intersubjetiva, o trabalho em saúde é altamente exigente de trabalho psíquico, entendido aqui como produção de processos e formação inconscientes, como as fantasias, as ilusões, as alianças inconscientes, as identificações e as estratégias de defesa contra o sofrimento psíquico no trabalho (SÁ; AZEVEDO, 2010, P. 7).

Tendo em vista as especificidades do trabalho em saúde, a gestão de pessoas no hospital deve considerar essas singularidades e criar estratégias para a prevenção e a promoção da saúde. Caso contrário, pode haver aumento do absenteísmo e das licenças médicas, entre outros problemas. A esse respeito o coordenador de enfermagem relatou que há um grande número de licenças médicas na unidade de internação, principalmente por depressão. É interessante mencionar que, no enfrentamento do sofrimento no cotidiano do trabalho, as profissionais da enfermagem se unem para cobrir as ausências, dando apoio umas às outras, mesmo estando sobrecarregadas.

Eu tenho muito aqui é licença prorrogada. Eu tenho são três ou quatro casos uns três ou quatro no tempo que eu estou na coordenação que estão afastadas. Eu acho que o profissional da saúde deveria ter um atendimento, a gente já tentou isso varias vezes em nível de psicologia do trabalho para as meninas, porque aqui é muito sofrido, você todo dia vê mãe e paciente sofrendo. Tem funcionário que não dá conta. (gestor 4)

Eu acho que o que facilita é a minha equipe ser muito amadurecida, muito envolvida. Então assim...e é o que eu não vejo em outras unidades, tem uma união entre a equipe muito grande. A gente tem muita dificuldade em relação ao número de funcionários, pois tão sempre em déficit nos nossos cargos, já há anos. Então os próprios funcionários cobrem as ausências, e a gente trabalha no limite, então uma pessoa que sai de licença para a gente é problema e não deveria ser. (gestor 4).

A coordenadora ressalta que não é fácil conseguir técnico ou auxiliar de enfermagem de outro setor para cobrir a unidade, pois são poucos os que “dão conta” do trabalho na pediatria. Ressalta-se que a unidade de internação atende a todo tipo de enfermidades, inclusive oncologia. Assim, um aspecto que deve ser considerado, segundo Pitta (1999), é a relação que a cultura ocidental estabelece com a morte. Essa relação dificulta ainda mais o lidar com crianças graves ou que estão morrendo.

A esse respeito, Áries (1977), com base em um histórico sobre a morte no ocidente, analisa como as sociedades lidam com a morte ao longo dos séculos e na sociedade moderna. A sociedade ocidental apresenta mais dificuldades pois, vive o que o autor nomeou como interdição da morte, quer dizer, não pode ser manifestada, perdeu seu lugar social. Isso pode ser compreendido pelas influências do desenvolvimento tecnológico e científico que conseguiu a cura de muitas doenças, anteriormente fatais. Além do aumento da expectativa de vida das pessoas, a morte passou a ocorrer no hospital, afastando a sociedade do convívio

com seus doentes em fase terminal. A dificuldade em lidar com a morte, aliada à formação com predomínio da ciência positivista dos profissionais da saúde, produz formas de relacionamento objetivadas e tecnicistas.

No hospital, ainda se pode encontrar um ambiente com recalçamento⁴ da expressão sobre o sofrimento e morte tanto pelos profissionais da saúde quanto pelos pacientes, o que exacerba o sofrimento (PITTA, 1999). A partir do entendimento da necessidade da construção de uma nova cultura na saúde para a integralidade da assistência que considere a gestão do trabalho, é que a PNH dispõe de um dispositivo relacionado à valorização dos trabalhadores. Chama-se Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) e foi desenvolvido pelo médico Ivar Oddone na Itália (1978-1982), para operacionalizar a articulação de formas de culturas, saberes e valores existentes no trabalho com as disciplinas acadêmicas. Essa articulação visa conhecer as formas de culturas e valores e estimular o confronto entre o conhecimento dos trabalhadores com os saberes formais e vice-versa. A CAP (também chamada Comunidade Científica Ampliada) seria então um instrumento privilegiado para o conhecimento do trabalho e para provocar transformações para a promoção da saúde no trabalho (BARROS, 1997).

Essa proposta utiliza a metodologia da intervenção-ação, que alia a teoria com a transformação das práticas de trabalho. Trata-se de uma proposta de formação do coletivo de trabalhadores para reflexão, discussão e pesquisa em seus locais de trabalho sobre os processos que favorecem saúde e doença no trabalho (CLOT, 2006).

Neste sentido, a falta de um “espaço” para a expressão de sentimentos e distanciamento do cotidiano do trabalho para reflexões de estratégias para o enfrentamento de dificuldades vivenciadas pode favorecer não só o adoecimento dos trabalhadores, mas relacionamentos distantes e tecnicistas em suas condutas com os pacientes. A esse respeito, Menzies (1970 *apud* PITTA, 1999) cita outros mecanismos de defesa utilizados pelos trabalhadores no cotidiano do trabalho, tais como: fragmentação da relação técnico-paciente; despersonalização ou negação (referir-se ao paciente por número ou patologia e não pelo nome); distanciamento e negação de sentimentos (o envolvimento deve ser refreado); tentativa de eliminar decisões e redução do peso da responsabilidade.

Os mecanismos de falta de envolvimento e distanciamento dos profissionais não foram identificados nas entrevistas. Ao contrário, foi identificado envolvimento dos trabalhadores,

⁴ Recalçamento é um processo hipotético descrito pela psicanálise freudiana que se refere à operação pela qual o indivíduo repele ou mantém inconsciente representações (pensamentos, imaginação, recordações) ligados a uma

em especial da enfermagem. Entretanto, verificou-se a existência de uma sobrecarga emocional, como exemplificado pelo seguinte relato:

(...) inclusive o que a gente tava comentando a respeito da psicologia, né...que eu acho que todos hospitais deveriam ter esse acompanhamento dos profissionais com a psicóloga, porque sofrem...assim o emocional, e também é a sobrecarga emocional (técnica enfermagem 3).

Silva (2002) realizou pesquisas em um hospital enfocando a saúde no trabalho e relatou a frequência com que os profissionais se negavam a participar da pesquisa alegando ter “falta de tempo”. A pesquisadora percebia também que sua presença era quase imperceptível, pois passavam por ela como se não estivesse ali. Com relação a essas observações analisa que é comum, no hospital, o descrédito nos esforços de mudança, fazendo com que nenhuma tarefa tenha acolhida. Como se não houvesse tempo para sonhar, qualquer nova atividade é vista como mais trabalho e sobrecarga, num ambiente cheio de verdades, de especialistas, de conhecimentos e ao mesmo tempo tão cheio de segredos e coisas que não podem ser comunicadas. Conclui que esse clima justifica mecanismos defensivos por parte de alguns profissionais em face da demanda por participação na pesquisa ou em outros projetos propostos.

Cenário semelhante foi percebido também no presente estudo. No momento das entrevistas, as profissionais resistiram em participar inicialmente. Essa resistência fez com que as entrevistas fossem realizadas paulatinamente e durante período de tempo mais extenso que o previsto.

A necessidade da construção de uma cultura de Acolhimento pode ser realizada mediante a proposta da Educação Permanente em Saúde⁵. De acordo com Ceccim (2005), a Educação Permanente em Saúde é um processo educativo que analisa o cotidiano do trabalho e/ou a formação em saúde, discutindo as relações concretas de forma coletiva em espaços de reflexão e avaliação do sentido dos atos produzidos no trabalho. Insere-se não só na atualização necessária mas, antes de tudo, em uma construção de relações e processos que envolvem trabalhadores, equipes e práticas organizacionais.

O projeto de acolhimento desenvolvido pelo gerente, coordenador administrativo e equipe multiprofissional teve a pretensão de promover a integração entre os trabalhadores. No

pulsão. O recalamento é produzido nas situações em que a satisfação de uma pulsão poderia provocar desprazer relativamente a outras exigências (LAPLANCHE; PONTALI, 1986).

⁵ Educação Permanente em Saúde é uma vertente pedagógica que ganhou estatuto de Política Pública (MS), devido à sua difusão pela Organização Pan-Americana de Saúde que a considera como uma proposta de educação em saúde que possibilita o alcance efetivo do desenvolvimento no setor (CECCIM, 2005).

entanto, esse projeto parece ter beneficiado mais as pessoas que faziam parte do projeto do que os trabalhadores em geral. Isso foi identificado nas entrevistas em que os envolvidos nesse processo relataram muita satisfação em sua realização ao serem interrogados sobre o impacto do projeto de Acolhimento para valorização do trabalhador.

Ah eu acho que sim, eu não sei se a minha visão por ser psicóloga é diferente, mais sei lá, mais humanizada, porque a gente tá mais envolvida nesse projeto sabe, eu não sei se contamina por causa disso, mas eu diria que pra mim sim tem um impacto (psicóloga 1).

É...por exemplo, não existe nenhum trabalho de cuidado com o trabalhador aqui da pediatria, que venha da instituição. Tudo que acontece aqui, a gente mesmo que desenvolve, né? A gente reúne um dos projetos de extensão aqui é pra isso, é o projeto acolher. Que a gente tenta pensar nos profissionais, as relações de acolhimento não só com a família, mas de um profissional com o outro (terapeuta ocupacional).

Esses profissionais não relataram as resistências ao projeto de acolhimento. A resistência pode decorrer do fato de os trabalhadores não terem participado de sua elaboração e realização. A resistência dos profissionais a esse projeto foi relatada por uma enfermeira:

Ah, tem um aqui na pediatria, tem um projeto que chama PAC, que eles tã tentando implantar aqui. Mas eu acho que pelo desgaste, da falta de funcionário, dessas coisas assim tá meio difícil, meio resistente, inclusive pros funcionários. (enfermeira 1)

A metodologia da intervenção-ação proposta pela abordagem da ergologia e os dispositivos da comunidade ampliada de pesquisa enfocam a importância da invenção e da criação de novas formas de intervenção no trabalho realizadas pelos próprios trabalhadores como potentes dispositivos para a saúde do trabalhador.

O corpo da enfermagem foi a única categoria de profissionais que relatou a necessidade de apoio psicológico para a realização do trabalho. No entanto, justamente esses profissionais são os que mais apresentam dificuldades em participar de capacitações, uma vez que ocorrem fora do horário de trabalho.

Sendo assim, é possível compreender que essa categoria profissional é a mais exposta e vulnerável ao sofrimento no trabalho, uma vez que não possui espaço que possibilite o distanciamento e a reflexão sobre as dificuldades vivenciadas no dia a dia. Conforme relatado, até a reunião administrativa mensal tornou-se bimestral, porque era improdutiva e funcionava como espaço para queixas.

Antes nós tínhamos reunião é...uma vez por mês, aí agora nós espaçamos para de dois em dois meses. Foi melhor assim porque aí, as coisas não estavam sendo resolvidas e tava virando mais uma reunião pra reclamar, não pra somar, era mais pra: Ah, porque tal horário não faz isso, Ah porque aconteceu isso e assim não tava sendo produtivo (enfermeira 1).

Segundo Pagès (1987), o recalçamento da expressão de sentimentos no trabalho na saúde no hospital pode intensificar as reclamações com relação à organização do trabalho.

É possível observar, ainda, o quanto as profissionais da enfermagem, além de estarem sobrecarregadas sofrem com as dificuldades vivenciadas pelos familiares dos pacientes durante a internação. Não só por vê-los sofrer, mas por serem procuradas para resolver questões ligadas à assistência ou a acomodações de familiares, problemas sobre os quais não possuem governabilidade. Esse fato também pode favorecer o desgaste no trabalho.

Dejours (2004) aborda a noção de carga de trabalho em dois setores: carga física e carga mental. A primeira está relacionada à sobrecarga física de trabalho, como carregar peso, má postura no trabalho por falta de condições ergonômicas⁶, como também alterações no ciclo circadiano provocadas por turno de trabalho noturno. A segunda, a carga mental, envolve fenômenos de natureza neurofisiológica e psicológica e implicam em variáveis comportamentais, psicopatológicas e motivacionais.

O autor afirma que as descompensações psíquicas apresentadas pelos trabalhadores podem estar relacionadas às situações de trabalho em que o trabalhador se vê obrigado a funcionar de forma rígida, sem espaço para criação, o que não favorece a liberação da carga de trabalho. Ressalta ainda, que o sofrimento se inicia quando há certeza, por parte do trabalhador, de que o nível de sua insatisfação não pode mais diminuir.

Os aspectos relacionados à sobrecarga de trabalho e principalmente à carga mental no trabalho no lidar com crianças gravemente doentes e seus familiares foram evidenciados na pesquisa nos profissionais da enfermagem.

Tendo em vista as singularidades do trabalho em saúde na pediatria, evidencia-se a necessidade de a gestão de pessoas criar estratégias específicas para o envolvimento dos trabalhadores, seu desenvolvimento e sua saúde no trabalho. A seção seguinte apresentará a visão dos trabalhadores entrevistados sobre as práticas de gestão utilizadas no hospital.

⁶ Para a ergonomia, as condições de trabalho são representadas por um conjunto de fatores interdependentes, que atuam direta ou indiretamente na qualidade de vida das pessoas e nos resultados do próprio trabalho e que o homem, a atividade e o ambiente de trabalho são os elementos componentes da situação de trabalho (Marziale; Carvalho, 1998).

5.5 A imagem (ação) do prescrito ao real – Visão dos trabalhadores sobre as práticas de Gestão de Pessoas

Esta seção aborda a visão dos trabalhadores entrevistados sobre as práticas de gestão de pessoas utilizadas no hospital. Serão analisadas somente as práticas de gestão de pessoas identificadas nos documentos apresentados pelo setor de Recursos Humanos do hospital e relatadas pelos trabalhadores.

As práticas de Recursos Humanos do hospital relatadas pelos trabalhadores referem-se ao processo seletivo, às capacitações, ao plano de carreira e à avaliação de desempenho.

Os trabalhadores, em geral, relataram o desconhecimento sobre o que é planejado pelo setor de Recursos Humanos do hospital. Houve relatos de que muitas ações que seriam de responsabilidade do setor de Recursos Humanos são realizadas por profissionais da equipe multiprofissional, tal como o projeto de Acolhimento. Ademais, parece não estar claro qual seria o papel do setor de Recursos Humanos no hospital, como exemplificado abaixo:

Olha, a gente sabe o que que a gente demanda, mas o que que é planejado em todo recursos humanos, não. Às vezes a gente até questiona: Mas isso não é função dos recursos humanos? Assim, acompanhar funcionários, não é função dos recursos humanos? Pensar o que que o funcionário ta precisando isso não é função dos recursos humanos, mas a gente não conhece, fala que existe uma Política de capacitação, que também é deficitária e não é tão divulgada (assistente social).

A dúvida dos trabalhadores acerca das atribuições do setor de Recursos Humanos pode ser entendida como natural em um contexto de mudança do modelo de gestão não só no hospital, mas na sociedade em geral. Atualmente o gerente passa a assumir a responsabilidade da gestão de pessoas que era do setor de Administração de Recursos Humanos. Este último passa a exercer o papel de assessor/ consultor da gerência (DUTRA, 2002).

Esse entendimento da nova função da gerência é identificado no Relatório sobre o modelo de gestão descentralizada do Hospital, em que uma das atribuições definida para os gerentes das Unidades Funcionais é o gerenciamento dos recursos humanos na Unidade Funcional.

As atividades do projeto de acolhimento desenvolvidas pelo gerente junto com a equipe multiprofissional são pertinentes com a atribuição de condução e gerenciamento dos recursos humanos e ampliação da participação dos trabalhadores na gestão definida no Relatório do hospital.

A falta de conhecimentos a respeito da Política de Recursos Humanos também pode estar relacionada com a diversidade de vínculos profissionais na unidade de internação pediátrica: efetivos vinculados à Universidade, contratados pela Fundação de Apoio Universitário e RPA, profissionais sem vinculação profissional e ainda serviços de vigilância e limpeza terceirizados.

No Relatório do modelo de gestão descentralizada do hospital apresenta-se um Programa de Incentivo ao Desempenho como integrante do modelo de gestão de Unidades Funcionais. Esse Programa tinha o objetivo de incentivar o desempenho sob forma de gratificação ou premiação a ser paga a todos os funcionários da Universidade, Fundação, RPA e profissionais cedidos de outros órgãos em disponibilidade no hospital, favorecendo a valorização de todos os profissionais independente da vinculação com a organização. Mas esse Programa foi vetado pelo Tribunal de Contas da União.

As próximas seções apresentarão a visão dos trabalhadores sobre as práticas de Captação; Desenvolvimento; de Carreira e Avaliação de acordo com a denominação de Dutra (2002). Serão apresentadas de acordo com a nomenclatura utilizada pelo setor de Recursos Humanos do hospital como: Seleção dos trabalhadores; Capacitações; Plano de Carreira e Avaliação de desempenho, respectivamente.

5.5.1 Seleção

O processo seletivo dos trabalhadores difere conforme o vínculo profissional. Os profissionais contratados pela Fundação relataram que o processo tem início com a análise de currículo, seguida de prova e entrevista. Também é adotada a prática de indicações por pessoas que já trabalham no hospital como RPA.

Às vezes, surge uma vaga que não é amplamente divulgada. Eu fiquei sabendo, na minha época, porque eu tinha feito um estágio aqui. Então uma pessoa daqui de dentro falou corre e traz o seu currículo. Mas, eu acho um pouco fechado esse processo de seleção. (psicóloga 1- RPA)

Eu fiz uma prova que tinha que obter 10 pontos, e eu tive nove pontos, tive uma entrevista com psicólogo, ele gostou da minha entrevista...da minha experiência também e fui fazer esses exames médicos...achei muito bom (técnica enfermagem – Fundação 5)

Os trabalhadores com vínculo RPA muitas vezes deixam currículo, mas normalmente já estagiaram, foram residentes ou desenvolveram alguma pesquisa no hospital e, quando surge uma vaga, são indicados. Mas esse processo pode variar entre as categorias profissionais, como exemplo a Terapia Ocupacional, que relatou um processo seletivo com entrevista, dinâmica e apresentação de projeto de trabalho para a área de atuação.

É o processo de seleção, por exemplo que eu passei, foi uma entrevista, uma dinâmica e um projeto. A gente tinha que desenvolver um projeto, eu achei bem interessante porque dentro da prática, eu consegui demonstrar o que eu conheço da Terapia Ocupacional hospitalar, o que é diferente de um concurso público por exemplo, que se eu fizesse, que ia cair aquele mundo de coisas, que não tem a ver com Terapia Ocupacional Hospitalar, com pediatria, né...e é totalmente diferente do que eu fiz. O que eu fiz foi uma prova totalmente aplicada ao que eu faço aqui, eu acho interessante (terapeuta ocupacional).

Eu já estava na instituição como voluntária há um ano e meio, quando surgiu essa vaga. E aí houve uma análise de currículo, meu currículo estava no RH também, porque eu tinha interesse, de permanecer na instituição, com vínculo, e quando houve uma seleção eu entrei nessa vaga. Então eu acho que foi a melhor forma possível, porque a instituição já conhecia o meu trabalho e acreditou que eu poderia continuar contribuindo (psicóloga 1).

Os servidores com vínculo efetivo com a Universidade ingressam na organização mediante concurso público, mas este não ocorre há muitos anos.

Os profissionais relataram que o processo seletivo deveria ser feito de forma mais ampliada e bem divulgado a fim de possibilitar a entrada de profissionais com perfil para o serviço e com habilidades para o trabalho prático podendo agregar valor ao serviço.

Os entrevistados enfatizaram que além da prova escrita, análise de currículo e entrevista deve haver prova prática para se observar as habilidades técnicas e interacionais, tendo em vista que o trabalho na unidade de internação pediátrica necessita de habilidades nos inter-relacionamentos para lidar tanto com as crianças quanto com os familiares, em especial as mães.

Acho que o ideal, ideal, seria que houvesse uma forma, que o acesso fosse um pouco diferente... eu sei por exemplo, que existe a possibilidade de uma pessoa que é um profissional que quer trabalhar aqui, ir na diretoria e deixar o currículo, igual eu já vi no site do hospital, mas desconheço qualquer pessoa que tenha entrado por esta via (médico 2).

Eu acho interessante a seleção, mas, por exemplo, só tem a parte teórica, não tem a parte prática. Bom, pelo menos, quando eu entrei nem era assim, era só uma análise de currículo, agora é que eles fazem uma prova e aí fazem tipo um ranking e vai chamando de acordo com a necessidade do hospital. Mas muitas vezes o profissional chega aqui, mas não serve pra trabalhar aqui, então aí, talvez a prova prática seria uma forma de filtrar também (enfermeira 1).

A respeito da prática de captação de profissionais Dutra (2009) ressalta a necessidade de definição de forma clara por parte da organização dos seguintes aspectos: perfil, inclusive comportamental esperado do profissional, entregas desejadas das pessoas para atender às necessidades da organização tanto presentes quanto futuras, condições de trabalho, condições de desenvolvimento profissional, como também ter clareza das condições contratuais a serem oferecidas.

Nesse sentido, Gonçalves (1987) já apontava a importância da definição clara do perfil do cargo para o qual será aberto o processo seletivo, especificando qualidades pessoais, sociais dos trabalhadores para atenderem às necessidades do cargo, com identificação desde as qualidades subjetivas, comportamentais, até as mais objetivas. Sugere a utilização de avaliação dos conhecimentos dos candidatos, mediante provas, entrevistas e testes psicológicos. Além disso, o autor atribui grande importância aos Benefícios que a organização oferecerá e enfatiza que devem ser apresentados aos trabalhadores no início do processo seletivo, representando fator decisivo na candidatura dos candidatos.

Em concordância com a necessidade das especificações para as qualificações dos profissionais, Fleury e Fleury (2007) ressaltam que definir a competência dos profissionais diz respeito à singularidade do indivíduo, à originalidade de suas experiências e habilidades. Deve-se definir quais são os conhecimentos necessários para os cargos, as habilidades e atitudes correspondentes aos comportamentos. As habilidades e atitudes devem ser analisadas dando ênfase especial à competência social, quer dizer comportamentos e atitudes no relacionamento social, além das atitudes proativas no enfrentamento de problemas do cotidiano.

A partir dessa concepção para se definir o perfil profissional, planejam-se o recrutamento e o processo de seleção estabelecendo-se um planejamento que contemple a análise dos conhecimentos teóricos e práticos (experiências), das habilidades profissionais e das atitudes. Estas últimas podem ser analisadas por meio de entrevista ou da elaboração de uma análise para a solução de um problema no trabalho ou ainda por dinâmica de grupo. A forma de seleção pode ser definida pela organização, mas deve ser clara, objetiva e relacionada ao mapeamento das competências para o trabalho (FARINHA, 2010).

Os entrevistados atribuem muita importância à elaboração de um processo seletivo adequado para escolher pessoas com perfil para a unidade, analisando habilidades interpessoais e técnicas para o trabalho, além dos conhecimentos teóricos. No entanto, o ingresso dos servidores públicos mediante processo seletivo somente com provas teóricas

fragiliza o processo de encontrar as pessoas certas para os cargos disponíveis. Alguns depoimentos ilustram essa afirmação:

Primeira coisa, é o fato de ser um hospital público que recebe, principalmente as pessoas de baixa renda, de baixa cultura, isso demanda uma equipe extremamente preparada. Não só preparada pro seu trabalho técnico, mas preparada para o trabalho de humanização. De receber, de escutar, de acolher, eu acho que isso é muito difícil em um hospital que não investe nessa capacitação e nessa seleção. Funcionário entra aqui muito de concurso público, então o hospital não consegue selecionar pessoas de perfil. É...porque as pessoas que vêm do concurso público você só entrevista e entra, ela passou no concurso ela é admitida, o máximo que você pode é remanejá-la de um local para outro. Mas você não tem essa possibilidade de falar não, essa eu não quero, não quero que trabalhe aqui (assistente social).

É interessante ressaltar que profissionais de outras categorias e com outro tipo de vínculo descrevem o processo seletivo incluindo prova teórica e prática.

Olha o meu processo seletivo foi a prova, eu fiz a prova prática. Então eu acho que no meu caso..., eu não sei como a Fundação contrata, tem prova, ou se não tem. Mas no meu caso eu acho que eu fui bem avaliada, porque...eu passei pela prova teórica e pela prova prática. Então é assim um apanhado, mas, uma prova prática você não sabe o que vai cair. Pode cair uma coisa que você sabe e pode cair o que você não sabe. Então eu acho que prova teórica e prova prática num processo seletivo é muito bom (técnica enfermagem 2).

Na Universidade é o saber, né, primeiro é o saber, eu entrei aqui com prova, e entrei aqui através também da seleção prática. Eu fiz tanto a teórica como a prática também (técnica enfermagem 1).

O coordenador de enfermagem relata que não tem participado da seleção atualmente, mas que os processos são eficazes.

Eu não participo da seleção, quem faz a seleção é a VDTE, já vem prontinha pra gente, até na gestão passada a gente tinha participado, ai era mais entrevista, olhava se tinha o perfil da unidade, agora não. Mas até que eles buscam assim, faz a prova, é selecionado de acordo com...o perfil, eu tô com uma turma que chegou ai agora, eles trabalhavam só com pediatria, então já facilitou bem, né? Porque ai já não tem que treinar desde o principio para mexer com criança que é um dificultador também que é achar um profissional que goste de mexer com criança (gestor 4).

A respeito da definição do perfil do cargo, Dutra (2009) afirma que deve ser feita a partir da compreensão ampla sobre a atuação que se espera do trabalhador que irá ocupar o cargo, levando em consideração inclusive o contexto no qual a organização se encontra. Segundo o autor, essa pertinência é fundamental para a gestão de pessoas. Para tanto, é importante a ampla participação dos responsáveis pelo processo.

Após o recrutamento e a seleção dos trabalhadores é necessário o treinamento introdutório, importante para a integração do profissional na organização e para o estabelecimento do contrato psicológico. Segundo Dutra (2009), esse treinamento corresponde à prática de internalização dos trabalhadores à organização e pertence ao processo de movimentação dos trabalhadores; por isso, é apresentado nesta seção.

A respeito da recepção dos trabalhadores pela organização, Carbone *et al.* (2005) destaca que esse é um momento delicado e importante para o estabelecimento de laços e compromissos entre os trabalhadores e a organização. É imprescindível que, nesse momento, cada trabalhador conheça a missão, a visão da organização, os setores, os funcionários, etc. Essa etapa influencia e está intimamente relacionada às práticas para a manutenção das pessoas na organização.

Alguns entrevistados consideraram importante o treinamento introdutório, mas apontaram que não ocorre de forma sistemática para todos os profissionais que ingressam no hospital.

Acho ainda não sei... se estou correta é um pouco falha a capacitação geral do hospital. Eu acho que deveria se mais...por que o hospital tá sempre dando treinamento, o hospital tá sempre em mudança, sempre com um grupo novo de funcionário que entra. Então você vê, não sei se é porque eu tenho muito tempo que eu estou aqui, a diferença das pessoas que chegam e.... às vezes as falhas acontecem e alguma coisa acontece, não porque ele quer, mas porque chega nesse processo, e às vezes não foi treinado adequadamente. (gestor 2).

No Programa de Capacitação do Hospital, há programação de treinamentos introdutórios, inclusive em atendimento à demanda da diretoria. No entanto, há divergências entre o que é prescrito no referido documento e a visão de alguns trabalhadores.

O processo seletivo consta no Regime Jurídico Único, devendo ser realizado mediante um processo público seletivo. No entanto, como esse processo não tem ocorrido há algum tempo, o setor de Recursos Humanos tem realizado contratação de trabalhadores em RPA e, para isso anunciado no site do hospital as formas de cadastro de pessoas físicas para ingresso no hospital por esse tipo de contratação. O setor de Recursos Humanos do hospital também solicita à Fundação a seleção de trabalhadores, além dos prestadores de serviços de empresas terceirizadas. Conforme relatado por alguns sujeitos da pesquisa, também ocorrem indicações considerando profissionais que já estagiaram ou que já trabalharam como RPA quando é aberto um processo seletivo pela Fundação. Destacaram, também, o treinamento introdutório como importante etapa para a internalização dos trabalhadores, o que reforça a posição e a

nomenclatura adotada por Dutra (2002). No entanto, para alguns entrevistados, esse tipo de treinamento deve ser intensificado e adotado de forma mais sistemática.

5.5.2 Capacitações

Segundo Gonçalves (1987) as capacitações devem atender aos interesses institucionais de disponibilidade de pessoal altamente treinado para exercer as diversas atividades, em particular daqueles que se relacionam diretamente com os doentes, como é o caso do pessoal da enfermagem. Devem atender também aos interesses pessoais dos profissionais que aspiram crescimento pessoal e profissional. No hospital, utilizado como cenário da pesquisa a capacitação, além de cumprir esse objetivo, contribui para a progressão salarial e está ligada ao plano de carreira. A esse respeito, Dutra (2002) salienta que esse objetivo não deve ser o foco principal da capacitação, e sim o desenvolvimento dos trabalhadores.

Segundo Gonçalves (1987), a capacitação deve ser planejada, seguindo etapas de curto, médio e longo prazo a partir da análise cautelosa da situação real e das metas a serem atingidas. Para tanto, deve ser guiada pela descrição do trabalho referente aos cargos, definindo aptidões e conhecimentos para o melhor desempenho e considerando a avaliação de desempenho dos trabalhadores. É importante também ouvir supervisores ou coordenadores dos serviços e analisar a atuação dos profissionais e das equipes de trabalho. Outros aspectos importantes a serem considerados no planejamento das capacitações dizem respeito ao número de acidentes de trabalho, danos dos equipamentos, perda de material, elevação dos custos e problemas de inter-relacionamentos no trabalho, dentre outros.

Neste estudo, foi perguntado aos entrevistados como são identificados os temas para os treinamentos. Muitos relataram que o desconhecem e outros mencionaram serem provenientes de discussões com a equipe a partir de situações cotidianas que estão vivenciando.

O funcionário que tem disponibilidade, frequenta o curso. Eu não fiz nenhum treinamento. (técnica enfermagem 3)

Geralmente a última reunião de cada semestre, no serviço da psicologia, a reunião é pra isso, pra uma avaliação e pra uma proposta de capacitação pro novo semestre de trabalho. Então as coordenadoras pegam esse material recolhido e organizam o planejamento para o próximo semestre. E a primeira reunião de cada semestre é

sempre aberta pra propor o que que elas fizeram e a abertura dos casos clínicos, quem gostaria de apresentar um caso. Discutem os casos (psicóloga 2).

O Programa de capacitação do hospital foi elaborado com ampla participação dos gerentes e coordenadores na identificação dos temas e elaboração das programações de capacitações. Para tanto, o setor de Recursos Humanos realizou oficinas com os gerentes e coordenadores; aplicou um formulário para levantamento das necessidades e interesses dos trabalhadores, gerentes e coordenadores; estabeleceu, em acordo com a alta direção, os temas para capacitação relacionados aos objetivos organizacionais (destinados a todos os trabalhadores do hospital).

Essa forma de elaboração de programação de treinamento é recomendada por Gil (1994) que acentua que o diagnóstico de necessidades de treinamento – DNT deve ser concebido como uma pesquisa e desenvolvido em três níveis: a) análise organizacional para identificação dos níveis que conferem eficiência e eficácia da organização; b) análise das tarefas que consiste na identificação dos requisitos pessoais necessários para o desempenho eficaz do trabalhador e análise dos recursos humanos que é a identificação, junto aos empregados; e c) análise de seus níveis de conhecimento, habilidades e atitudes para a realização do trabalho.

A programação de capacitação deve ser desenvolvida pelo órgão responsável visando definir objetivos e instrumentos padronizados, organizar a participação de todos os envolvidos, gestores e trabalhadores, e organizar as informações coletadas para sua elaboração (GIL, 1994).

Apesar de o hospital ter um Programa de Capacitação desenvolvido de forma eficiente, alguns entrevistados relataram que as capacitações não atendem às demandas da unidade.

Existe a capacitação, mas só que ela não atende a todo mundo, eu acho que é deficitária, e às vezes atende, alguns casos atende, existe uma capacitação, mas que não é a capacitação que as pessoas desejam. Então existe uma oferta às vezes que não é a demanda. (assistente social)

Outros trabalhadores relataram que fizeram cursos oferecidos pelo RH do hospital para se aprimorarem, mas são cursos que não são utilizados, necessariamente, em seu trabalho diário.

Eu vi o informe ali, e aí eu fui, era direcionado pra quem trabalha no PA, mas tem curso direcionado pra pediatria também. Aí, o que que eu fiz, eu fui lá e fiz a minha

inscrição, só que o pessoal do PA, era principalmente pra eles, só que tava sobrando uma vaga. Eu peguei essa vaga para participar. (técnica enfermagem 1)

A partir desses relatos, observa-se certa discrepância entre os objetivos do Programa de Capacitação e o que está sendo realizado. No entanto, o hospital, está se preparando para a certificação da ONA e da Joint Commission. Nessa perspectiva, são realizados cursos para preparar os trabalhadores, difundindo essas informações, o que foi reconhecido pelos trabalhadores.

Ultimamente a gente tá passando pelo processo de acreditação, então eu acho que a instituição tá envolvendo muito os trabalhadores nesse processo. A gente tá achando interessante, então a gente entende o que eles vão avaliar como a gente tem que se comportar prá poder melhorar o trabalho. (terapeuta ocupacional)

Os treinamentos oferecidos para todos os trabalhadores do hospital correspondem aos treinamentos corporativos; devem abordar temas relacionados às competências essenciais da organização, quer dizer às competências necessárias para garantir a sustentabilidade da organização (CARBONE *et al.*, 2005).

Compreendendo as capacitações de forma mais ampliada, Dutra (2009) entende que essas práticas pertencem ao processo de desenvolvimento dos trabalhadores e enfatiza que as ações de desenvolvimento têm o objetivo de aprimoramento dos trabalhadores e podem ser divididas em ações formais e informais. As ações formais referem-se a cursos, com conteúdos programáticos específicos, envolvendo metodologias didáticas específicas, material bibliográfico, etc; as informais referem-se a atuações no trabalho e podem ser concebidas de diferentes formas, como coordenação ou participação em projetos, trabalhos filantrópicos, visitas interinstitucionais, estágios, etc. Para o desenvolvimento das habilidades do trabalhador em cargos com atribuições mais complexas, é necessário mais participação nessas ações informais.

A respeito da capacitação da gerência, Mintzberg (2008) considera que o melhor meio de desenvolvimento das pessoas responsáveis pela gerência não são as capacitações, mas sim a doutrinação. Segundo o autor, o trabalho da gerência é complexo e existem habilidades e conhecimentos a serem aprendidos em cursos, como nas escolas de administração, mas muito do que os gerentes fazem vai além do conhecimento formal. Esse trabalho pode ser comparado ao de um artesão que aprende pela observação e trabalhando com mestres. A doutrinação deve exercer papel mais importante para a gerência, uma vez que são guardiães da ideologia organizacional. A doutrinação envolve a socialização da cultura; valores, normas

e comportamentos exigidos pela organização e é obtida por meios formais, em cursos; e informais, no cotidiano do trabalho.

Corroborando com essa perspectiva de formação dos trabalhadores o engajamento em discussões sobre processos de trabalho, análise e elaboração de projetos coletivos para mudança, Ceccim (2004) defende que, no setor saúde, há uma exigência ético-política nos processos educativos, incorporando o cotidiano da produção. A proposta da Educação Permanente em Saúde apresenta a definição pedagógica para um processo educativo que enfoca o cotidiano do trabalho ou da formação em análise, lidando com relações concretas que permitem a construção de espaços coletivos para reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

Nessa mesma linha, a Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) propõe estratégias e dispositivos para mudanças na formação dos profissionais com o objetivo de articular cada vez mais teoria e prática, ensino e serviço (BRASIL, 2011). Dessa forma, instituições de ensino e universidades são estimuladas com incentivos financeiros a participar de projetos comprometidos com a finalidade de articulação dos serviços com as instituições de ensino e a construção do trabalho em equipe interprofissional.

As abordagens teóricas que sustentam essas propostas diferem das teorias da administração clássica com enfoque em treinamentos, capacitações realizadas por especialistas externos e utilizando metodologia transmissionista e tradicional de ensino. As abordagens tradicionais diziam respeito principalmente a orientações técnicas de trabalho, a educação continuada e capacitações corporativas. Estas últimas são destinadas a todos da organização e seus temas se relacionam à missão, visão e objetivos estratégicos da organização (GIL, 1994).

A esse respeito Gil (1994) descreve mudanças nos enfoques dos treinamentos organizacionais ao longo do tempo. Assim, na época da Escola Clássica de Administração o objetivo principal do treinamento era preparar os indivíduos para o aumento da produtividade, por meio de adestramento dos indivíduos ao cargo. Com o advento da Escola das Relações Humanas, o treinamento passou a abranger os aspectos psicossociais dos trabalhadores, visando não só o melhor desempenho, como também a melhoria nos inter-relacionamentos e a integração com a organização.

O enfoque que predomina no setor de treinamento é o modelo sistêmico, em que o treinamento é visto como meio para desenvolver os trabalhadores em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para seu melhor desempenho no trabalho de acordo

com os objetivos organizacionais. Os novos enfoques de treinamento contemplam não só as necessidades de treinamento dos trabalhadores para melhorar o desempenho de tarefas, mas também suas aspirações e interesses de desenvolvimento (GIL, 1994).

Dutra (2009) considera que as capacitações devem utilizar novas metodologias visando o aprendizado significativo, com participação ativa dos treinandos a fim de desenvolver não só conhecimentos (saberes teóricos e técnicos), mas também habilidades (relacionadas ao saber-fazer, às habilidades psicomotoras) e estimular atitudes (saber-ser, ações psico-afetivas).

De acordo com os entrevistados, a programação de capacitações do hospital é organizada diferentemente por cada categoria profissional e acordada com suas respectivas coordenações. Algumas capacitações ainda são bem tradicionais em sua metodologia de ensino; outras utilizam discussão de “casos clínicos” e outras a metodologia da problematização.

Eu fui e peguei essa vaga para participar, eles conversaram, eles fizeram muito problematização das situações, então por exemplo eles falaram: Hoje nós vamos falar sobre o atendimento na parada cardíaca. Aí eles levantaram, o que vocês têm dificuldade, então além de conceituar eles também problematizaram. (técnica enfermagem 1).

Para os profissionais da psicologia, há uma programação organizada para todo o ano, definida pela coordenação juntamente com sua gerência e com as psicólogas. A liberação de recursos financeiros para a capacitação foi pactuada com o Setor de Recursos Humanos. No momento de capacitação, realiza-se também uma supervisão do trabalho.

Temos, não o programa geral da instituição, mas a psicologia, a gente tem uma educação continuada semanal. Toda semana tem uma discussão de texto teórico, a gente tem um supervisor. Às vezes a gente discute caso clínico e é pago pelo hospital, então isso a gente tem essas informações. (psicóloga 1)

Outras categorias profissionais têm um programa de capacitações, mas não é aberta a todos os profissionais. Às vezes são liberadas vagas para os contratados e, quando sobra vaga, libera-se também para os profissionais RPA. Para outras categorias profissionais, ainda não há programação para todo o ano ou os profissionais desconhecem o que é programado.

Tem programa de capacitação ligado à fisioterapia. Acontece que dependendo do número de vagas que é ofertado, fecha . Só às vezes libera pra quem é contratado, pra RPA também, mas aí assim, nem todo mundo tem acesso a esse programa de capacitação, mas o servidor ele tem (fisioterapeuta).

Os médicos realizam reuniões científicas, quinzenalmente, com a participação de residentes. Esse é um ponto forte para motivação desses profissionais, como citado pelo coordenador e pelos médicos entrevistados.

A única valorização que a gente consegue segurar as pessoas aqui é oferecendo as reuniões clínicas, que de aprendizado, antes de eu entrar na coordenação, 50% dos plantões não tinham médicos, a gente não conseguia mais gente para trabalhar aqui, então a única forma de segurar foi com as reuniões clínicas (gestor 3).

É uma reunião mais científica, mais produtiva. Eu acho que é só por causa do crescimento profissional que a gente fica aqui. Não é por causa do salário, todo mundo que fica aqui é porque tem algum ganho muito mais pessoal do que salarial (médica 1).

As capacitações programadas pelo setor de Recursos Humanos para todo o hospital não são conhecidas pela maioria dos profissionais. Alguns chegam a dizer que deveriam ter acesso às informações sobre cursos, pois, além de atualizá-los, favorecem o plano de carreira dos servidores efetivos.

Eu acho, assim, o trabalhador deveria ser mais bem visto, né? Às vezes acontecem coisas que parece que não chega até a gente, assim não sei se é porque já colocam alguém na frente, sabe? Com relação a cursos mesmo. Tem muitos cursos, só que a gente não chega a ter conhecimento. (auxiliar administrativo)

Quem pode ir à luta para a progressão salarial consegue e chega mais rápido, né? Tem aumento salarial por participar de capacitação e de qualificação, e são diferentes. Assim, em questão de progressão tem diferenças, assim, de capacitação e qualificação (técnica enfermagem 3).

As técnicas e auxiliares de enfermagem relataram não terem facilidade de acesso aos cursos e capacitações que ocorrem fora do horário de trabalho.

Eu acho muito bom, eu acho muito legal, só que, assim, não tem jeito, eu acho que não tem como resolver porque muitas vezes alguns cursos têm muita procura e outros não têm. Então assim, às vezes faz de manhã, aí os funcionários da manhã querem, mas quando faz à tarde para os funcionários da manhã irem, aí não vão, ou o contrário, entendeu? As pessoas querem, mas isso é uma coisa que você não pode fazer no seu horário de serviço. Não tem como, o hospital não tem como você fechar a porta e falar assim ó: Olha, agora nós vamos treinar. Até as reuniões são complicadas para a gente fazer. (enfermeira 1)

Tem capacitações, tem sempre de 20 horas, e às vezes tem cursos que você pode juntar horas. Assim eles têm oferecido, mas não são todos os profissionais que têm capacidade de fazer. Igual o pessoal da equipe da noite os horários raramente dão pra gente participar de um treinamento. À noite não existe, então geralmente a gente tem outras responsabilidades que dificilmente a gente participa. (Técnica enfermagem 4)

O corpo de enfermagem tem mais dificuldades em participar das capacitações, pois ocorrem fora do horário do trabalho e muitos profissionais fazem dupla jornada de trabalho ou estudam.

Segundo Gonçalves (1987), os profissionais de enfermagem necessitam de treinamentos contínuos por lidarem diretamente com o doente. O autor acentua a importância do “treinamento em serviço” realizado pelo supervisor da unidade. No hospital, esse tipo de treinamento não foi citado pelas entrevistadas. Somente uma relatou que fez treinamento em serviço e enfatizou que esse tipo de treinamento facilita a participação dos profissionais.

Programa de treinamento sempre quando é possível tem aqui no andar e, os que têm no hospital, quando é possível a gente é liberado pra participar também. Já participei aqui no andar, porque eu estudo de manhã e trabalho à tarde, então pra mim matar a aula ou matar serviço fica muito complicado. (técnica enfermagem 2)

Corroborando com essas colocações sobre o treinamento realizado no serviço com a supervisão ou coordenação, Gil (1994) afirma que atualmente tem sido atribuída importância à descentralização das atividades de desenvolvimento de recursos humanos, devendo ser vista como mais uma função gerencial do que atribuição de um setor de treinamento. O local de trabalho passa a ser o principal ambiente para a aprendizagem dos profissionais.

Outra capacitação importante é a gerencial. Neste momento, o hospital está investindo no aprimoramento da gestão, em busca da Acreditação Hospitalar. Dessa forma, está realizando uma capacitação gerencial com foco na qualidade, conforme previsto no Programa de capacitação do hospital.

A prática de capacitação está prescrita no Programa de Capacitações do Hospital e um de seus objetivos específicos relaciona-se às capacitações para os Projetos institucionais, como para a Gestão da Qualidade/Acreditação, treinamento introdutório e continuidade do desenvolvimento gerencial e explicita que sua elaboração contou com a participação da gerência e diretorias do hospital, assim como é divulgado no site. Os trabalhadores, no entanto, relatam que não há ampla divulgação das capacitações e dos critérios para participação. Os entrevistados relatam ainda diferenciação no acesso aos cursos entre as coordenações das categorias profissionais; algumas priorizam os servidores efetivos e somente disponibilizam vagas para contratados, se sobrares.

5.5.3 Plano de Carreira

O Plano de Carreira existe somente para os servidores efetivos da Universidade e está regulamentado pelo Regime Jurídico Único. Os servidores efetivos relataram que consideram que o plano estimula o aprimoramento dos profissionais, embora alguns relatem falta de progressão na carreira em decorrência da dificuldade de acesso a cursos e capacitações.

O Regime é bom, mas a gente não tem essa oportunidade que está no Regime. Por exemplo, eu posso fazer uma especialização, mas ao mesmo tempo a instituição não me dá essa abertura de fazer essa especialização. Pra fazer uma especialização eu tenho que sair do meu trabalho e eu não posso sair do meu trabalho, então é uma coisa que fica...pra quem é funcionário, não é gerente, nem é assessor, vai depender do chefe se você vai sair ou não (assistente social).

Os trabalhadores com vínculo RPA e da Fundação de Apoio Universitário não são beneficiados com Plano de Carreira. Apesar de o coordenador responsável pela Fundação no Setor de RH do hospital relatar que a Fundação apresenta uma política de promoção, diferente do hospital, essa política é desconhecida pelos trabalhadores com esse vínculo. Segundo o coordenador, essa política de promoção permite mudança de cargo e considera o tempo de serviço, mas não está sistematizada nem registrada. Essa sistematização estava sendo feita no ano de 2010, segundo informações desse coordenador.

Os profissionais com vínculo RPA, por serem prestadores de serviços autônomos, sem vínculo profissional com a instituição, não têm a garantia dos direitos trabalhistas, como férias, 13º salário, direito à licença médica, dentre outros previstos por lei. Uma profissional com vínculo RPA relatou descontentamento por não ter aumento de salário há muito tempo e pela desigualdade em relação à categoria profissional dos médicos com o mesmo vínculo, uma vez que os médicos tiveram aumento de salário.

Ah, isso que eu ia falar quando a gente tava falando do RPA. Eu tô aqui, né? Desde abril de 2008 nunca tive aumento! E os médicos tiveram. Porque são mais fortalecidos, começou a faltar médico aqui no hospital por causa do salário. Mas aí teve para eles e não teve para o resto. E eu tive uma informação de uma colega minha que é RPA há quatro anos que o salário é o mesmo que é hoje, a gente recebe por horas trabalhadas. Então é uma queixa que a gente tem, porque o nosso poder aquisitivo vai só caindo, né? E isso, não é nada estimulante. (psicóloga-RPA)

A situação dos vínculos precários de trabalho se deve, entre outros aspectos, aos processos de flexibilização no trabalho e a falta da realização de concursos públicos há muitos anos.

A SGTES/MS procura enfrentar a desregulamentação que os Recursos Humanos vêm sofrendo dentro da política de Reforma do Estado. Dentre as questões gerenciais apontadas para melhoria dos serviços públicos de saúde, desde a constituição de 1988, como: a descentralização, o financiamento, o controle social e os recursos humanos, este último é o mais complexo e desregulamentado (BRASIL, 2003).

Ainda hoje, encontram-se trabalhando, num mesmo local, profissionais com jornadas de trabalho distintas e salários diferentes, exercendo as mesmas funções. Trabalhadores com diversos vínculos de trabalho, entidades prestadoras de serviço ao SUS e trabalhadores com contratos precários de trabalho, que ingressaram sem concurso público. Além da existência de outros mecanismos para ingresso nos serviços como contratos em cargos comissionados para atividades de caráter permanente; contratação de serviços terceirizados (empresas, associações de moradores, cooperativas e outros) para a realização de atividades públicas de caráter permanente. Essas situações são graves no sistema público e têm provocado insatisfação e desvinculação dos trabalhadores com os serviços públicos (BRASIL, 2003).

Para o enfrentamento dessa situação, foram elaborados princípios e diretrizes pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS) que tem por finalidade estabelecer parâmetros gerais para a Gestão do Trabalho no SUS. Busca-se superar os desafios da implementação de uma política de Recursos Humanos para o SUS, de acordo com as diferentes realidades e situações institucionais. Essa Norma foi discutida e elaborada com ampla participação de alguns Conselhos de Saúde, algumas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde e por Seminários específicos organizados por entidades nacionais e estaduais dos trabalhadores ou órgãos gestores.

Além disso, a SGTES/MS tem estimulado que Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais de Saúde e outros órgãos públicos da saúde elaborem seus Planos de Carreira, Cargos e Salários a partir dos princípios e diretrizes para elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários do Ministério da Saúde.

Do ponto de vista conceitual, cabe tecer esclarecimentos sobre os termos encontrados na Teoria da Administração, quais sejam, Plano de Cargos e Salários e o Plano de Carreira, Cargos e Salários. Cargo é o conjunto de tarefas ou atribuições exercidas pelo trabalhador em uma organização. As tarefas, por sua vez, são atividades realizadas por um

trabalhador ocupante de determinado cargo e são voltadas para o alcance dos objetivos organizacionais (GIL, 1994).

No taylorismo, o modelo clássico de desenho de cargos enfatizava habilidades específicas para o desenvolvimento das tarefas. Com o advento do movimento de Relações Humanas, a ênfase maior foi para o contexto organizacional e social do trabalho. Esse enfoque foi o chamado modelo humanista de desenho de cargos, que considerava as necessidades psicológicas do ocupante. O desenho de cargos deve ser basear no enriquecimento da tarefa, ampliando a responsabilidade, os objetivos e os desafios descritos nas tarefas do cargo (GIL, 1994).

O Plano de Cargos e Salários baseia-se na definição, por parte da organização, dos cargos e dos salários equivalentes a sua complexidade de tarefas e a qualificação necessária. A complexidade de tarefas também considera o grau de estruturação das atividades e de autonomia do trabalhador em sua realização. Quanto mais autonomia e mais inespecífica a tarefa, mais complexa (DUTRA, 2009).

A carreira pode ser definida como uma sequência de funções e cargos dos trabalhadores, ao longo de sua vida profissional. Esse enfoque atual amplia a concepção anterior de carreira que era associada a um conceito de hierarquia de cargos com suas respectivas remunerações funcionais. Tal enfoque coloca em cena a responsabilidade do trabalhador pelo gerenciamento de sua carreira, a qual é vista como uma relação estabelecida entre as pessoas e a organização (SOUZA *et al.*, 2005).

No âmbito do SUS, a definição de carreira nas Diretrizes Nacionais para Instituição do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) é a seguinte,

VII- carreira é a trajetória do trabalhador desde o seu ingresso no cargo ou emprego até o seu desligamento, regida por regras específicas de ingresso, desenvolvimento profissional, remuneração e avaliação de desempenho (BRASIL, 2005c).

Dessa forma, o Plano de Carreira especifica a trajetória que é possível para o trabalhador em seu desenvolvimento profissional na organização. Dentro de cada cargo definido pela organização ou pelas Secretarias de Saúde (SUS), pode haver classes com especificações de qualificação para promoção.

A promoção é a mudança de classes dentro de um cargo com as equivalentes diferenças salariais. Essa mudança pode ser prevista por maior qualificação do trabalhador. Já a progressão salarial ocorre dentro de uma mesma classe (a partir dos padrões estabelecidos

para progressão) e em função do tempo de serviço e da avaliação de desempenho (BRASIL, 2005b).

O estabelecimento de uma carreira é uma prática imprescindível na Gestão de Pessoas, na medida em que operacionaliza o desejo e a busca de crescimento dos trabalhadores tanto na dimensão do “ser mais” quanto na dimensão do “ter mais” (GONÇALVES, 1987).

Os mecanismos que promovem a ascensão no Plano de Carreira devem ser baseados em critérios objetivos, a partir de parâmetros, de acordo com a política organizacional e devem ser divulgados para toda a organização (DUTRA, 2002).

O Plano de Carreira não deve ser entendido como um caminho rígido a ser percorrido pela pessoa e sim como uma sequência de posições e de trabalhos por ela realizados. Esse plano deve estar articulado ao desenvolvimento da pessoa e a seu desempenho no trabalho. O Plano de Carreira deve apresentar claramente trajetórias profissionais com diferentes níveis de complexidade entre si e com critérios estabelecidos pela organização para ascensão entre esses níveis (DUTRA, 2009).

De acordo com um dos entrevistados, a despeito de existir um Plano de Carreira no hospital, o mesmo é deficitário. Os profissionais conseguem porcentagens de aumentos salariais de acordo com o desempenho profissional e aumentos de faixas salariais pelo aumento do nível de qualificação, a partir de cursos realizados.

Ele é muito bom, não sei se...porque o que que acontece, não porque o plano de cargos e salários é bom, não sei até que ponto, porque quando avalia, você precisa dos seus certificados e depois acabou. É diferente de uma empresa privada que você continuamente é avaliado, e se você foi bom naquele ano, se você produziu muito na empresa, aí você vai subir de cargo. Aqui você não muda de cargo, você tem um aumento salarial, mas eu vou ser sempre nutricionista, porque não tem aquele negócio de nutricionista júnior, nutricionista sênior, entendeu? Aqui não tem isso. (nutricionista)

Segundo a entrevistada, não existe uma progressão na carreira ligada a mudança de cargo e apesar de suas lacunas, o Plano de Carreira estimula o desenvolvimento dos trabalhadores na organização. A progressão salarial está prevista no Plano de Carreiras, com mudanças de níveis na carreira, mas não mudança de cargos.

A esse respeito salienta-se que as práticas de Gestão de Pessoas devem estar integradas entre si e articuladas com o planejamento estratégico do hospital. Dessa forma, a avaliação de desempenho subsidia o Plano de Carreira que, por sua vez, articula-se com o Plano de Desenvolvimento do Trabalhador e com as necessidades de capacitação e ou participação em projetos, etc.

Os profissionais do hospital relataram sentirem-se estimulados a fazer cursos para terem aumento salarial e que o salário do hospital é melhor do que o oferecido em outros hospitais.

Conheço da seguinte forma, eu entrei como auxiliar, já tinha o curso técnico, entrei com meu diploma de técnico e agora tô fazendo o curso superior, pra entrar com meu diploma de superior e depois eu pretendo continuar estudando, é o plano de carreira, né?(técnica enfermagem 2).

Eu particularmente, como técnica, aqui dentro do hospital acho que valoriza demais. Eu acho que primeiro, lógico, eu vou ser bem sincera, eu acho que o salário aqui é muito bom em relação ao que tem lá fora. Eu ganho três vezes mais aqui dentro do que lá fora, como técnica, então o salário aqui é muito bom. (técnica enfermagem 1)

Os pontos principais evidenciados nas entrevistas com relação ao Plano de Carreira relacionam-se ao fato de não haver mudança de cargos como é preconizado pela Lei 11091/2005 que regulamenta o Plano de Carreira dos Técnico-administrativos em Educação, publicada no DOU de 13/01/2005 (BRASIL, 2005b). Os trabalhadores relatam somente progressão salarial obtida por meio da participação em cursos e qualificações e mediante avaliação de desempenho. Nem todos os trabalhadores têm acesso aos cursos que possibilitam a progressão salarial no Plano de Carreira. A próxima seção abordará a avaliação de desempenho que deve estar articulada ao Plano de Carreira para favorecer efetivamente o desenvolvimento dos trabalhadores.

5.5.4 Avaliação de desempenho

A avaliação do desempenho é definida como a análise sistemática do desempenho dos profissionais na realização de seu trabalho, de acordo com as metas estabelecidas, os resultados a serem alcançados e o potencial de desenvolvimento do trabalhador. Serve, também, para identificar problemas de gerência, mensurar a integração das pessoas à organização, adequar as pessoas aos cargos e identificar as necessidades de capacitações dos profissionais (DUTRA, 2009).

Segundo alguns entrevistados, a avaliação de desempenho realizada no hospital é somente para os servidores efetivos da Universidade. Os trabalhadores em RPA não são submetidos à avaliação de desempenho mas, em 2010, a coordenação da psicologia decidiu

implantar uma avaliação semelhante à dos servidores efetivos com vínculo com a Universidade. Já os contratados pela Fundação, segundo o coordenador responsável por esses contratos no hospital, não são submetidos à avaliação de desempenho, com exceção dos novatos que são submetidos a uma avaliação de acompanhamento funcional nos primeiros meses de trabalho no hospital. O gerente, no entanto, relatou que, esporadicamente, a Fundação solicita a avaliação de desempenho dos coordenadores. O Gestor 1 considera que a avaliação de desempenho deveria ser feita para todos e não só para os efetivos.

A avaliação é feita para a Universidade, para o funcionário concursado. A Fundação, a gente faz a avaliação da chefia, às vezes a gente manda de tanto em tanto tempo eles pedem uma avaliação para as coordenações, por exemplo, só. Então eu não sei se é tão eficaz porque, já que tem mais de um vínculo, então a avaliação devia ser feita para todos (gestor 1).

Os trabalhadores consideraram que a avaliação é importante para possibilitar feedback e melhorias no trabalho, mas essa prática, como um momento de diálogo entre coordenadores e trabalhadores, não é uniforme entre os coordenadores, pois uns fazem e outros, não.

O feedback na avaliação de desempenho é um momento que possibilita análise sobre o trabalho e sobre toda a situação que envolve sua realização, ampliando o momento avaliativo sobre o processo de trabalho. Le Boterf (2003) enfatiza que a competência profissional é situacional, depende das condições em que ocorre o trabalho e de seu contexto, pondera que esses elementos devem ser considerados no momento de avaliação e valoriza o processo dialógico entre o profissional e o gestor.

Para garantir a eficácia da avaliação de desempenho, é necessário que os coordenadores sejam capacitados para realizar essa tarefa. Lima *et al.* (2007) realizaram uma pesquisa sobre a percepção da equipe de enfermagem de um Hospital Universitário acerca da avaliação de desempenho profissional e constataram que muitos dos problemas apresentados pelos integrantes dizem respeito à falta de preparo de avaliadores e avaliados na condução desse processo.

Esse aspecto foi identificado no processo de avaliação de desempenho do hospital pelos entrevistados.

Não fiz nenhuma avaliação até hoje, a primeira que vai ser é agora. Tinha antes, eu tô um ano e meio nessa coordenação, ano passado não teve. Agora vai ter uma esse ano, então nunca fiz uma pra avaliar. Não tive treinamento, eu tô vendo uns cartazes por aí. Um dia eu vou ter que entrar para ver como funciona, mas não tem nenhum treinamento não, deve ficar meio assim, acho que é assim. (gestor 3)

Há necessidade de formação de uma cultura de compartilhamento de poder e preparo para os coordenadores assumirem responsabilidade sobre a carreira dos subordinados, bem como de qualificação técnica para os superiores realizarem a avaliação de seus funcionários. Segundo Lima *et al.* (2007), é necessário o treinamento contínuo para quem está avaliando e o avaliador deveria ter, no mínimo, um ano de experiência.

É importante ressaltar que, no hospital, a avaliação de desempenho foi interrompida durante um período e retomada em 2010. O instrumento que está sendo utilizado é novo no hospital, o que aumenta a necessidade de qualificação para a realização da avaliação.

Outro ponto delicado nesse processo é sobre o responsável pela avaliação de desempenho. No hospital, a avaliação é feita pelo coordenador e pelo próprio trabalhador. A esse respeito Gil (1994) defende que a avaliação de desempenho feita pelo superior direto possui a vantagem de ser a pessoa que mais conhece o trabalhador e acompanha seu desempenho no dia a dia. Por outro lado, pode favorecer a subjetividade quando realizada somente por um responsável. Para evitar que isso ocorra, algumas organizações formam uma comissão de avaliação, composta por membros de vários órgãos.

Corroborando com essas colocações, Gonçalves (1987) defende que a avaliação de desempenho deve ser realizada por superiores que estão familiarizados com a atividade do funcionário e que acompanham sua atuação. Essa situação foi relatada por um responsável pela avaliação.

Com certeza, tem uma questão importante, que alguns estão nos ambulatórios, não tenho como avaliar o trabalho do ambulatório, porque são ligados, por exemplo, à médica da genética, o coordenador da genética é professor x, então ele é que teria capacidade de avaliar. Mas vem todas as avaliações pra mim. Então quando isso acontecer, pra não cometer o mesmo erro que foi cometido há uns anos atrás, eu vou chamar o coordenador e pedir para ele emitir opinião, mas vai sair como se eu tivesse avaliado, ai dar o retorno para a pessoa eu sempre vou dar. (gestor 3)

O instrumento de avaliação de desempenho deve ser elaborado com linguagem clara e objetiva, expressando o desempenho esperado para os cargos de maneira que permita também uma auto-avaliação. Assim, favorece uma compreensão objetiva do que precisa ser melhorado em termos de desempenho do trabalho.

A linguagem da avaliação deve ser de fácil entendimento e utilizar uma semântica comum na organização e não termos técnicos ou genéricos (CARBONE *et al.*, 2005). Esse foi um problema identificado no processo de avaliação no hospital e relatado pelos entrevistados. De acordo com alguns relatos as questões que compõem o instrumento de avaliação de desempenho do hospital não estão elaboradas de forma clara. Os trabalhadores às vezes ficam

confusos na hora de responder, além de limitados em decorrência da existência de questões fechadas, que não favorecem a expressão de sentimentos e opiniões.

Eu acho que a avaliação de desempenho nos moldes que está hoje, não avalia nada. É do tipo assim marcar com um X, é avaliação que você vai marcar a opção, eu acho que marcar a opção não avalia nada. Ela é uma estatística, do que você está fazendo, do que você acha que está fazendo bem e do que você acha que não está fazendo bem e do que seu chefe acha que você está fazendo e do que não acha. Tem feed-back, mas são questões fechadas em que você não pode opinar. (assistente social)

Eu acho um pouco falha, porque acaba que você não dá menos do que o funcionário precisa pra ter o aumento. Os funcionários vão lá e colocam na autoavaliação de cima em baixo muito bom, um ou outro funcionário que você vê que realmente assinala o que é correto. E fora que nem a distribuição eu acho que seja correta, porque eles colocam lá assim: acima do esperado, atinge o esperado, então assim, acima do esperado, o que que é acima do esperado? (enfermeira 1)

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2004), todo processo de avaliação de desempenho deve ser desenvolvido de forma participativa e consensual. Para tanto, deve estar claro para os trabalhadores quais ações concretas são esperadas no trabalho individual ou coletivo e para o desenvolvimento da organização. Caso contrário, a avaliação pode ter efeito contrário ao esperado, conforme explicitado por uma das entrevistadas:

Eu não tenho uma história muito feliz. Inclusive, eu acho assim que a avaliação de desempenho faz com que você repense sua forma de trabalho e até repense se você tá cabendo ou não dentro deste setor, né? Então assim, eu acho que não vale, não adianta você chegar e ir no computador dar a notinha pra você, aí quando vê, o chefe vai lá e dá a notinha e junta ali e pronto acabou, e assina. Eu acho que não é assim, eu acho que tem que ter uma conversa, olha você melhorou nisto, piorou nisto. Eu não gostei da minha última avaliação, eu acho que não foi verdadeira, por causa de parâmetros, então eu achei muito falha, pra mim. (técnica enfermagem 1)

De acordo com Dutra (2009), o processo de avaliação de desempenho às vezes não está vinculado a um plano de desenvolvimento do trabalhador, ficando restrita a aspectos burocráticos, servindo somente de dados para aumentos salariais previstos no Plano de Cargos e Salários.

Outro ponto citado nas entrevistas foi sobre o coordenador não dispor de condições para agir corretivamente com o trabalhador efetivo, o qual em algumas circunstâncias não atende ao que lhe é solicitado por possuir estabilidade:

Olha, eu acho, que é bom a avaliação de desempenho, mas na prática eu não sei se ele é aplicado com o rigor que deveria, entendeu? Porque a maioria das pessoas são funcionárias públicas, e não assim, é...existe meio...eu não concordo, mas é complicado essa questão de não poder demitir, apesar de eu ser funcionária

pública, de não poder demitir ou de para poder demitir ter um processo administrativo, tão burocrático, né? Eu acho assim...numa empresa privada seria diferente, esse mesmo processo de avaliação, entendeu? (nutricionista)

A avaliação de desempenho perde o sentido quando não está articulada às práticas de capacitação para o desenvolvimento do trabalhador. Segundo o Gestor 1 da UF, a avaliação de desempenho é utilizada no RH para a organização e o planejamento das capacitações, mas esse processo ainda parece incipiente.

Ah particularmente eu acho que essa avaliação é mais para garantir o aumento de salário. Eu acho que ela não traz crescimento para o funcionário. Porque assim se tá fazendo avaliação e se o funcionário tem um item, que ele tem que melhorar, então ele deveria ser trabalhado pra essa melhora, mas não, aí avalia, ele não tá muito bom, mas ele não é trabalhado para essa melhora. (auxiliar administrativo)

Segundo Gil (1994), as principais críticas que o processo de avaliação de desempenho tem sofrido refere-se à definição imprecisa dos objetivos, baixo nível de envolvimento da alta direção, despreparo dos gerentes para conduzir o processo, avaliação influenciada por acontecimentos recentes, baixo nível de participação das chefias restringindo-se ao preenchimento de formulários e exclusão dos empregados do processo de planejamento da avaliação de desempenho. É possível constatar, portanto, que muitas dessas críticas foram observadas nos relatos dos entrevistados.

A avaliação de desempenho está descrita no Regime Jurídico Único e no Plano Diretor (BRASIL, 1998); deve ser realizada pelo próprio servidor e por seu superior. No entanto, considerando os depoimentos dos entrevistados, não há clareza em relação aos parâmetros utilizados no instrumento. Ademais, os servidores e a gerência não foram capacitados para sua operacionalização. Assim, observa-se que o instrumento de avaliação apresenta deficiências na promoção do desenvolvimento dos trabalhadores, bem como na elaboração de planejamentos para o desenvolvimento profissional, haja vista as dificuldades identificadas na relação dialógica entre esses trabalhadores e os superiores.

Foi possível constatar, pela análise das categorias temáticas apresentadas, que existem diversos vínculos de trabalho no hospital que apresentam práticas de gestão diferentes entre si, assim como diferenças com relação aos direitos trabalhistas. Ademais, as práticas de gestão de pessoas, como avaliação de desempenho e capacitações, não são empregadas de maneira uniforme; dependem do perfil e do interesse dos responsáveis pelo processo.

Outro aspecto identificado é que os trabalhadores mencionam falhas no instrumento de avaliação de desempenho, assim como no Programa de Capacitação e no processo seletivo.

Ao mesmo tempo, os relatos mostram que a gestão de pessoas não conta com a participação dos trabalhadores em suas práticas.

Ao relacionar a visão dos trabalhadores sobre as práticas identificadas no hospital e o que é preconizado no Plano Diretor, verifica-se que grande parte das ações ainda não foi implantada, com exceção do Programa de Capacitação e da Avaliação de Desempenho. Ambos já estão ocorrendo, mas de maneira pouco difundida e com necessidade de melhorias.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar as práticas de gestão de pessoas na visão de profissionais de saúde, considerando as dimensões prescritas no planejamento do hospital e o real do cotidiano do trabalho. Para tanto, foram analisados documentos e a realidade empírica do setor em foco, mediante entrevistas com profissionais de diferentes categorias. Dessa forma, foi possível constatar que há um distanciamento entre o que é planejado e idealizado pelo grupo gestor e o que é realizado na prática, uma vez que elementos como cultura organizacional, disputas de poder e corporativismo profissional atravessam o ideal prescrito, modelando a vida organizacional. A cultura organizacional da unidade ainda se assemelha à cultura das universidades, fragmentadas por departamentos, especialistas e corporativismos.

O Plano Diretor do hospital, o Relatório do modelo de Gestão Descentralizada, os Programas de capacitação, diagnóstico ONA, documentos apresentados pelo Setor de Recursos Humanos, evidenciaram que os planejamentos vão ao encontro das necessidades reais de melhoria nos processos de trabalho e de acordo com o preconizado pelas Instâncias gestoras e na literatura para a qualidade nos serviços. No entanto, em sua operacionalização, observam-se certas discrepâncias como descontinuidade no curso de qualificação dos gestores, impossibilidade de aplicação da proposta de incentivo por produtividade das unidades para todos os vínculos profissionais, falhas na integração da gestão da UF com a direção mediante acompanhamento e avaliação por metas e indicadores acordados, pouca divulgação e participação dos trabalhadores nas ações planejadas como nas capacitações e na avaliação de desempenho.

Outro fato que contribui para o distanciamento entre o prescrito e o real na gestão de pessoas refere-se às questões macropolíticas, relacionadas ao contexto atual no mundo do trabalho. O hospital sofre pressões das políticas públicas relacionadas às propostas de Reforma do Estado e busca de qualidade nos serviços, devendo cumprir metas pactuadas com as instâncias gestoras. Além disso, enfrenta constantemente a necessidade de garantir sua sustentabilidade financeira. Os cenários externos e internos do hospital e os prazos para cumprimento dos compromissos pactuados podem influenciar a forma como as ações são implantadas e a manutenção de algumas contradições, dentre elas, a existência de contratos precários de trabalho, como os RPAs e manutenção de uma diversidade de vínculos empregatícios entre os profissionais que exercem as mesmas funções, com salários diferentes e diferentes práticas de gestão de pessoas.

Além disso, observou-se certo distanciamento entre as diferentes categorias profissionais que atuam na Unidade Pediátrica, o que pode ser exemplificado pela realização de reuniões e capacitações específicas para cada categoria. Observou-se, ainda que a realização de reuniões em equipes multiprofissionais para a construção de projetos terapêuticos é incipiente, havendo alguns projetos assistenciais pontuais elaborados em reuniões multidisciplinares, tais como assistência ao adolescente; cuidados paliativos e atendimento domiciliar.

Outro elemento importante presente na dinâmica do trabalho são os aspectos subjetivos envolvidos no trabalho com crianças enfermas e seus familiares. Esse trabalho provoca intenso envolvimento afetivo da equipe de profissionais da saúde com os pacientes e familiares, em especial a enfermagem. Nessa perspectiva, o trabalho proporciona, por um lado, satisfação e aprendizado pela alegria de viver das crianças e, por outro, favorece o desgaste emocional pela impotência perante o sofrimento dos pacientes e de seus familiares. No enfrentamento dessas dificuldades, os profissionais se unem entre suas categorias e se solidarizam no dia a dia do trabalho.

Nesse sentido, foi identificado que os profissionais da saúde da unidade fazem cursos para aprimoramento e desenvolvem projetos assistenciais que propiciam satisfação e crescimento profissional. A esse respeito, importa salientar que para algumas categorias profissionais, o distanciamento do cotidiano do trabalho para a reflexão e elaboração de projetos foi apontado como um elemento que favorece a ampliação da capacidade de ação dos trabalhadores, além de promover saúde no trabalho. Essa constatação não ocorreu na enfermagem, principalmente com os auxiliares e técnicos, uma vez que lidam continuamente com o sofrimento de pacientes e seus familiares de forma mais intensa. Ademais, a enfermagem vivencia intensa sobrecarga de trabalho e não dispõe de tempo para participar de reuniões e projetos assistenciais. A esse respeito há que se chamar a atenção para as particularidades do processo de trabalho da enfermagem, bem como de suas relações interprofissionais, o que pode interferir na saúde desses profissionais.

Nesse estudo identificou-se também, que a gerência da unidade tem desenvolvido um trabalho em equipe multiprofissional bastante criativo e inovador, voltado para o acolhimento dos profissionais e para a ampliação da participação nas decisões com relação ao trabalho. Além disso, a atuação do gerente tem favorecido o funcionamento do colegiado gestor de forma produtiva e participativa entre os coordenadores e representantes das categorias profissionais.

Finalmente, evidenciou-se que o trabalho em hospital universitário proporciona satisfação e sentimento de orgulho por se tratar de instituição com reconhecido prestígio social e forte identidade organizacional para o ensino e pesquisa, gerando o sentimento de que o trabalho favorece o crescimento profissional.

É sabido que o hospital tem investido, ao longo de muitos anos, no aprimoramento da gestão do trabalho e já obteve importantes avanços após a implantação da gestão colegiada, por exemplo, com relação à agilidade da comunicação entre as unidades e a descentralização das decisões gerenciais. Além disso, vem trabalhando na implantação da Política Nacional de Humanização com importantes dispositivos do HumanizaSus implantandos, como visita aberta com direito à acompanhante; Co-gestão; acolhimento, doutores da alegria, dentre outros. Atualmente, a gestão do hospital está empenhada na conquista da Acreditação Hospitalar. Com relação à cultura existente no hospital, pondera-se que é sabido que as transformações culturais de uma organização requerem muitos anos para sua efetivação, mas são necessárias estratégias contínuas para que esse processo ocorra.

Cabe salientar que a realização desse estudo propiciou importantes reflexões sobre a especificidade da gestão de pessoas na unidade pediátrica do hospital. Assim, especial atenção deve ser dada aos profissionais das diferentes categorias que atuam no atendimento à criança hospitalizada. Considera-se que a metodologia adotada foi pertinente e propiciou o alcance dos objetivos propostos. A esse respeito ressalta-se a relevância da análise documental e da captação da realidade empírica junto a profissionais de diferentes categorias. A diversidade de sujeitos contribuiu para o alcance de uma visão ampliada da realidade da gestão de pessoas no cenário do estudo e, ainda, para que fossem evidenciadas singularidades das categorias profissionais, com especial ênfase para a equipe de enfermagem.

Os resultados desse estudo se restringem ao local de realização da pesquisa, tendo em vista sua natureza qualitativa. Assim, é pertinente a realização de novas investigações em outros cenários, considerando a variedade dos modelos de gestão adotados nas organizações de saúde e a relevância das pessoas nessas organizações.

REFERÊNCIAS

- ARIES, P. **A história da morte no ocidente**. Rio Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, Intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- AZEVEDO, C. S.; BRAGA NETO, F. C.; SÁ, M. C. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 235-247, 2002.
- BARDIM, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
- BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- BARROS, M. E. B. **A transformação do cotidiano: vias de formação do educador – a experiência da administração de Vitória**. Vitória: EDUFES, 1997.
- BERNARDES, L. H. G. **Histórias da psicologia no Brasil, subjetividade um objeto para uma psicologia comprometida com o social**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p.68-80, jan./jul. 2005
- BRASIL. **Decreto Nº 5707** de 23 de fevereiro de 2006. Institui a Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, e regulamenta dispositivos da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. 2006a. Disponível em: < <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/2006>
- BRASIL. Decreto Nº 5825, de 29 de junho de 2006. Estabelece as diretrizes para elaboração do Plano de Desenvolvimento dos Integrantes do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, instituído pela Lei nº 11.091, de 12 de janeiro de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 de junho de 2006b, p. 64.
- BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2010.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8142.htm>. Acesso em: 12 dez. 2010.

BRASIL. Lei Nº 11.091, de 12 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, no âmbito das Instituições Federais de Ensino vinculadas ao Ministério da Educação, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 de janeiro de 2005b.

BRASIL. Lei Nº 11.233, de 22 de dezembro de 2005. Institui o Plano Especial de Cargos da Cultura e a Gratificação Específica de Atividade Cultural - GEAC; cria cargos de provimento efetivo; altera dispositivos das Leis nºs 10.862, de 20 de abril de 2004, 11.046, de 27 de dezembro de 2004, 11.094, de 13 de janeiro de 2005, 11.095, de 13 de janeiro de 2005, e 11.091, de 12 de janeiro de 2005; revoga dispositivos da Lei nº 10.862, de 20 de abril de 2004; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de dezembro de 2005a.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Regime Jurídico Único Consolidado** (Lei nº 8.112, de 11/12/90). Brasília: MARE, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS**. 2ª ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 012**, de 03 de outubro de 1991. Aprova o documento em anexo “Orientações Gerais para o Plano de Carreira, Cargos e Salários” para os Estados Municípios e Distrito Federal. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao_12_03_out_1991.pdf. Acesso em: 12 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 8 de 5 de agosto de 2005. Reabre a consulta pública da sugestão do anteprojeto de lei que trata da instituição das Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília de 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 830**, de 20 de junho de 1990. Institui Comissão Especial para elaboração de uma proposta do Plano de Carreira, Cargos e Salários para os servidores do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 1990. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1990/prt0830_20_06_1990.html. Acesso em: 12 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 1986, Brasília. **Anais da...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1987. 430 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 12 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Competências da Secretaria. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=24799. Acesso em: 20 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRITO, M. J. M. **A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados em Belo Horizonte**. 2004. 393 f. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-88.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde - um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.66-229.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CARBONE, P. P.; BRANDÃO, H. P.; LEITE, J. B. D.; VILHENA, R. M. P. **Gestão por competências e gestão do conhecimento**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

CECCIM, R. B. Educação permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

CECILIO, L. C. O. Mudar modelos de Gestão para mudar o hospital: cadeia de aposta e engenharia de consensos. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 1, n. 2, p. 04-26, 2000.

CECILIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontece como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, maio-ago. 2004.

CEMBRANELLI, F. Um projeto de humanização: para que, para quem? Disponível em: <www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=49>. Acesso em: 20 nov. 2010.

CHANLAT, J. F. Modos de gestão, saúde e segurança do trabalho. In: DAVEL, E.; VASCONCELOS, J. (Org.). **“Recursos” humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 1995.

CHANLAT, J. F. (Coord.). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. v.1

CHIAVENATO, I. **Administração de recursos humanos**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

CLOT, Y. **Entrevista**. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 99-107, 2006.

CODO, W. (Coord.). **Educação**: carinho e trabalho. Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação. Petrópolis: Vozes, 1999.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M.; SILVA, P. L. B. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 427-442, 2000.

DAVEL, E.; VERGARA, S. C. **Gestão com pessoas e subjetividade**. São Paulo: Atlas, 2001.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho**. Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v.14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, jul. 1994

DUTRA, J. S. **Competência: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna**. São Paulo: Atlas, 2009.

DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas: modelos processos, tendências e perspectivas**, São Paulo: Atlas, 2002.

ENRIQUÈZ, E. **A organização em análise**. Petrópolis: Vozes, 1997.

ENRIQUEZ, E. **O homem do século XXI: sujeito autônomo ou indivíduo descartável**. **RAE Electronica**, São Paulo, v. 5, n. 1, art. 10, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v5n1/29568.pdf>>. Acesso em; 20 nov. 2010.

FARIA, J. H. (Org.). **Análise crítica das teorias e práticas organizacional**. São Paulo: Atlas, 2007.

FARINHA, C. **O conceito de competência nos serviços de recrutamento e seleção de trabalhadores**. 2010.123f. Dissertação (Mestrado em Educação Tecnológica) - CEFET/MG, Belo Horizonte, 2010.

FERREIRA, M. C. Bem-estar: equilíbrio entre a Cultura do trabalho prescrito e a cultura do trabalho real. I: TAMAIO, A. (Org.). **Cultura e saúde nas organizações**. São Paulo: Artmed, 2004. p.181-207.

FISCHER, A. L. Um resgate conceitual e histórico da gestão de pessoas. In: FLEURY, M. T. (Org.). **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente, 2002. p.11-34.

FISCHER, R. M. O Círculo do poder – as práticas invisíveis de sujeição nas organizações complexas. In: FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. **Cultura e poder nas organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009. p.65-87.

FLEURY, A.; FLEURY, M.T.L. Montando o quebra-cabeça conceitual In:_____. **Estratégias empresariais formação de competências: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007. p.23-78.

FLEURY, M. T. L. O desvendar a cultura de uma organização – uma discussão metológica. In: FLEURY, M.T.L.; FISCHER, R. M. **Cultura e poder nas organizações,** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009. p.15-26.

FRANÇA, A. C. L. **Práticas de recursos Humanos–PRH: conceitos, ferramentas e procedimentos.** São Paulo: Atlas, 2010.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 17-27, jan. 2008.

GIL, A. C. **Administração de recursos humanos um enfoque profissional.** São Paulo: Atlas, 1994.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas.** São Paulo, v.35, n.2, p. 57-63, abr. 1995.

GONÇALVES, E. L. **Administração de Recursos Humanos nas Instituições de Saúde.** São Paulo: Pioneira, 1987.

GUATTARRI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo.** Petrópolis: Vozes, 1996.

JAPIASSÚ H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JORGE, A. O. **A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo.** 2002. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002.

LAPLANCHE, J.; PONTALLI, J-B. **Vocabulário da Psicanálise.** 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

LIMA, A. F. C.; GONÇALVES, V. L. M.; NORI, A.; NOMURA, F. H. Percepção da equipe de enfermagem de um hospital universitário acerca da avaliação de desempenho profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p.393-400, 2007.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos Hospitais Universitários no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, jul./ago. 2007.

MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO, E. C. Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem, em uma unidade de internação de cardiologia. **Revista Latina-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, nº.1, p. 99-107, jan. 1998.

MATOS, A. G. Alienação no Serviço Público. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 14 (1/3), p.28-33,1994.

MEDICI, A. C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp)**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2007.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINTZBERG, H. **Criando organizações Eficazes, estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 2008.

MONTEIRO, M. R. M. B. A importância da gestão de pessoas para as instituições de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.11, n. 42, p. 43-48, jan.-mar. 2009.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v.1, n. 3, p.1-5, 2º sem.1996.

OLIVEIRA, R. G. (Org.). **Qualificação dos gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009. 404 p.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO-ONA. **Manual brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Versão 2010. Brasília: ONA; 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, 2004. ISBN 85-87943-36-7.

PRICE WATERHOUSE AND COOPERS. Documento de consultoria. Quito: Ministério da Saúde Pública; 1999; World Health Organization. Training manual on management of human resources for health. Geneva: WHO; 1993 (Document WHO/EDU/93:201). Elaboração: Fundação Equatoriana da Saúde, 2000 In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, 2004. ISBN 85-87943-36-7.

PAGÈS, P. **O Poder das organizações**. São Paulo: Atlas, 1987.

PAIM, J. S. **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.v4, n. 2, p. 263-286, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7007.pdf>> Acesso em 10 jun. de 2010.

PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

ROQUETE, F. F. **Impactos da regulamentação estatal na gestão organizacional: o caso de uma cooperativa médica Unimed no Estado de Minas Gerais**. 2002. 226 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2002.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Os desafios da administração hospitalar na atualidade. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.9, n. 36, p. 93-102, jul./set. 2007.

SÁ, M. C.; AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 242-266, 2010.

SÁ, M. C.; BRAGA NETO F. C.; AZEVEDO S. C. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 235-247, jan./fev. 2002.

SCHERER, M. D. A. et al. Rupturas e resoluções no modelo de atenção á saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias Kuhnianas. **Interface – Comunicação e Saúde, Educação**, Brasília, v.9, n.16, p.53-66, 2005.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p.721-725, 2009

SCWARTZ, Y. **Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias** - Texto do curso de pós-graduação em Psicologia social e Saúde Pública da Universidade do Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1994.

SEGRE M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p.538-542, 1997.

SILVA, C. O. **Vida de Hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde**. 2002. 132 f. Tese (Doutorado em Saúde do Trabalho e Ecologia Humana) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

SOUZA, M. Z. A. *et al.* **Cargos, carreira e remuneração**. Rio de Janeiro: FVG, 2005.

SPAGNOL, C. A. **A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar: como explicar seus nós**. 2006. 345 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

TEIXEIRA, G. M. *et al.* **Gestão estratégica de pessoas**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

WEBER, M. **Economia e sociedade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

ZARIFIAN, P. **Comunicação e subjetividade nas organizações**. São Paulo: Atlas, 2001.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa intitulada “Gestão de Pessoas no Cotidiano de trabalho em um hospital público de Belo Horizonte”, desenvolvida para dissertação de mestrado da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), na linha de pesquisa: Planejamento, Organização e Gestão dos Serviços de Saúde e de Enfermagem; com objetivo analisar a visão dos trabalhadores sobre as estratégias de gestão de pessoas empregadas na unidade funcional do Hospital Público de Belo Horizonte.

A referida pesquisa é de autoria de Tereza Cristina Peixoto e orientada pela Profª Drª. Maria José de Menezes Brito. Para tanto, estamos realizando a entrevista e te convidando a participar, sua contribuição é de fundamental importância para a realização desse estudo.

Não haverá riscos, desconfortos, nem gastos de qualquer natureza. Você poderá solicitar qualquer esclarecimento quando sentir necessidade e poderá interromper sua participação em qualquer momento, sem ônus, de qualquer natureza. Asseguramos que o que for dito, registrado e escrito será respeitosamente utilizado, e que serão mantidos o sigilo e anonimato das informações aqui contidas. Serão fornecidas duas vias, das quais uma ficará com as pesquisadoras e a outra ficará com você, possibilitando contato e informações, sempre que desejável. Desde já agradecemos a sua colaboração.

Tereza Cristina Peixoto

Profª. Drª. Maria José de Menezes Brito

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, autorizo o registro das informações fornecidas por mim, através da entrevista semi - estruturada, para serem utilizadas integralmente ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data. Seu controle e guarda ficará em poder de Tereza Cristina Peixoto, mestranda na Escola de Enfermagem da UFMG, com o objetivo de realizar sua pesquisa intitulada “Gestão de Pessoas no Cotidiano de trabalho em um hospital público de Belo Horizonte”

BH, ____/____/____.

Assinatura: _____.

Telefone dos pesquisadores: (31) 33979426 – Tereza Cristina Peixoto e (31) 92910026 – Profª. Drª. Maria José Menezes Brito. COEP/UFMG: Fone: 34094592 - Email: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE B**Roteiro de entrevista com a Gerente e Coordenadores da Unidade Pediátrica :**

Data _____

Setor de trabalho _____

Categoria Profissional _____ Sexo: () Masc () Fem

Tempo de instituição _____

1. O que é para você Gestão de Pessoas?
- 2-Como é para você ter função gestora nesta unidade funcional?
- 3- Participou de alguma capacitação gerencial?
4. Como são construídos os planejamentos em sua Unidade Funcional?
- 5.Quais são as práticas de gestão de pessoas empregadas na sua unidade funcional?
6. Quais aspectos facilitam o funcionamento em sua unidade funcional?
7. Quais aspectos dificultam o funcionamento da Unidade Funcional?
8. Como são repassados aos trabalhadores os planejamentos e mudanças na gestão?
- 9.você tem as informações que necessita para executar seu trabalho?
10. Como se dão as relações entre os profissionais no cotidiano de trabalho em sua unidade funcional? Há trabalho em equipe?
- 11.Há um programa de capacitação e como é identificada a sua necessidade?
12. Existem mecanismos para valorização do trabalhador?
13. Qual é a política de valorização das pessoas?
14. Em sua unidade há uma avaliação de desempenho dos trabalhadores ou alguma forma de avaliação do trabalho? O que pensa sobre esta avaliação?
15. Você percebe alguma contradição entre o que é planejado e realizado no dia a dia do trabalho?

APÊNDICE C**Roteiro de entrevista com os profissionais da saúde:**

Data _____

Setor de trabalho _____

Categoria Profissional _____ Sexo: () Masc () Fem

Tempo de instituição _____

Vínculo de Trabalho _____

1. Como é para você trabalhar nesta unidade? O que você mais gosta no trabalho.
1. Quais aspectos facilitam a realização do seu trabalho?
2. Quais aspectos dificultam a realização do seu trabalho no dia a dia?
3. Fale sobre os relacionamentos entre os profissionais em sua unidade.
4. Você considera que existe trabalho em equipe em sua unidade?
5. Como você percebe a atuação da coordenação do seu setor?
6. Os profissionais participam das decisões que dizem respeito ao trabalho?
7. Qual a frequência de reuniões de trabalho em seu setor? Fale sobre essas reuniões.
8. Você tem acesso às informações de que necessita para executar seu trabalho.
9. O que você sabe sobre o planejamento em recursos humanos em sua unidade?
10. Quais são as estratégias de valorização do trabalhador nesta unidade?
11. Como é o programa de capacitação?
12. Como é identificada a necessidade de capacitação?
13. O que você pensa sobre o processo seletivo dos trabalhadores?
14. O que você acha do Plano de Carreira?
15. Existe avaliação de desempenho em sua unidade ou alguma avaliação informal? O que acha desta avaliação?
16. Você pensa que seu trabalho nesta unidade contribui para seu crescimento profissional?

ANEXO A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 0054.0.203.000-10

**Interessado(a): Profa. Maria José Menezes Brito
Departamento Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 27 de abril de 2010, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Gestão de pessoas em uma unidade funcional de um hospital público de Belo Horizonte**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. T. Marques Amaral', is positioned above the printed name.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**