**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LIGIA FUMIKO MINAMI NEVES DE OLIVEIRA

**GESTÃO DE PESSOAS EM HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS: SITUAÇÃO ATUAL E TENDÊNCIAS**

**SÃO PAULO
2013**

LIGIA FUMIKO MINAMI NEVES DE OLIVEIRA

**GESTÃO DE PESSOAS EM HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS: SITUAÇÃO ATUAL E TENDÊNCIAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação
em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração:

Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em
Enfermagem e em Saúde.

Orientadora:

Prof^a Dr^a Maria Helena Trench Ciampone

**São Paulo
2013**

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Oliveira, Ligia Fumiko Minami Neves de
Gestão de pessoas em hospitais universitários:
situação atual e tendências / Ligia Fumiko Minami Neves de
Oliveira. -- São Paulo, 2013.
176 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Helena Trench Ciampone

Área de concentração: Fundamentos e práticas de
gerenciamento em enfermagem e em saúde.

1. Administração de recursos humanos 2. Administração de
serviços de saúde 3. Hospitais universitários 4. Educação em
saúde - Tendências I. Título.

Ligia Fumiko Minami Neves de Oliveira

GESTÃO DE PESSOAS EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: situação atual e tendências

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: __/__/__

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*A Deus, pela presença constante em minha vida e por
iluminar meus passos.*

*Ao meu esposo Valdemir, com amor e gratidão por todo
incentivo, compreensão e incansável apoio.*

*Mas os que esperam no Senhor renovarão as suas forças
subirão com asas como águias:
correrão e não se cansarão;
caminharão, e não se fatigarão.
(Is. 40.31)*

*À Profª. Drª. Maria Helena Trench Ciampone,
orientadora e amiga, pelos ensinamentos e paciência,
por ter acreditado em meu potencial, aceitando o desafio
de caminhar junto, pela segunda vez, nesse percurso
cheio de desafios e experiências.*

*Aos diretores dos três Hospitais Universitários, sem os
quais não teria sido possível a realização desta pesquisa.*

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Cibele Andrucioli Mattos Pimenta, diretora do Departamento de Enfermagem, pelo incentivo e oportunidades oferecidas;

Às Prof^a. Dr^a. Graziella Maria Comini e Prof^a. Dr^a. Vera Lucia Mira, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação;

Às diretoras de divisão e chefes de seção do DE, pela força e carinho ;

Às meninas do SEd Claudia Regina S. Ferrari, Diley Cardoso Franco Ortiz, Nádia Nasser Follador e Sueli Cristina C. Barros, pelo convívio, amizade, força, incentivo e apoio;

À minha mãe, pelo exemplo de força e incentivo aos estudos;

À minha família, especialmente, Mariana, Valdemir Filho e Aline Ramires, novos integrantes da família Minami e Neves de Oliveira;

Às amigas Ivani, Eliete, Helena, Akemi, pela amizade, pela força e presença constante;

À Ivone Borelli, pela disponibilidade e prontidão na revisão ortográfica e gramatical;

À Jane M. Ribeiro Prado pela atenção e disponibilidade na elaboração gráfica desse estudo;

À Elivane da Silva Victor, pela disponibilidade e orientação estatística;

Ao concluir este estudo, expresso meu reconhecimento ao Hospital Universtário, por possibilitar a realização deste estudo e a todos que estiveram presentes neste meu caminhar e que contribuíram explicita ou anonimamente para torna-lo possível. Por isso, minha eterna gratidão.

Oliveira LFMN. Gestão de Pessoas em Hospitais Universitários: situação atual e tendências. [tese]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: 2013.

RESUMO

Esta pesquisa é um estudo exploratório, descritivo, de natureza prospectiva, de abordagem quanti-qualitativa. Os objetivos foram: identificar a percepção de gestores de Hospitais Universitários da cidade de São Paulo, em relação aos fatores que estariam produzindo novas tendências no gerenciamento de pessoas e quais mudanças projetam nos modelos de gestão de pessoas; identificar os focos de atenção e as dificuldades quanto ao gerenciamento de políticas de gestão de pessoas, mediante as tendências no macrocontexto e mapear as lacunas entre as tendências identificadas, focos de atenção e dificuldades e as competências requeridas para gestores que atuam no âmbito da gestão dos hospitais universitários; formular propostas nas quais o desenvolvimento dos gestores de pessoas na área da saúde esteja alinhado às novas demandas da próxima década. O estudo teve como cenário três HUs e contou com a participação de nível estratégico. Para atingir os objetivos formulados, foi empregada a técnica Delphi, com a finalidade de melhor compreender o cenário atual e a tendência na gestão de pessoas em hospitais universitários. Os resultados mostraram que a Gestão de Pessoas sofrerá mudanças significativas nos próximos 10 anos (86,7%) pois deverão incidir predominantemente nas práticas e instrumentos de gestão (50%). As **Tendências de Mudança no Ambiente** consideradas de grande impacto e que podem afetar as decisões sobre estratégias e políticas de gestão de pessoas dos HUS foram: a *busca da qualidade dos processos e produtos, questionamento do papel social da instituição, cidadania e direitos do consumidor e mudanças na tecnologia aplicada aos processos produtivos e organizacionais* nos HUs. Em relação aos **Princípios que Orientarão os Modelos de Gestão de Pessoas**, cinco foram considerados de alta relevância: o *empowerment, gestão de RH coerente com o negócio da organização, comprometimento da força de trabalho com os objetivos organizacionais, educação corporativa e autodesenvolvimento*. Constatou-se que estes princípios foram parcialmente introduzidos e deverão ser os principais focos de atenção dos gestores para a próxima década. Em relação às **Políticas de Gestão de Pessoas**, das 13 políticas de gestão consideradas mais relevantes no futuro, os gestores apontaram: *benefícios proporcionalmente menores na remuneração* (média 7,9), *benefícios flexíveis definidos com a participação dos funcionários* (média 7,8) e *maior poder de decisão das chefias sobre a remuneração de sua equipe* (média 7,5), como tendo alto grau de dificuldade para implementação dessas políticas na Gestão de Pessoas dos HUs. Em relação ao **Formato da Função RH** nos HUs, três tendências foram consideradas relevantes que serão consideradas nas decisões sobre gestão de pessoas: as *decisões passarão para o gerente da unidade* (93,3%), *migração de funções de gestão de pessoas corporativas para as unidades* (93,3%) e *o principal papel da área será fornecer novos processos e conhecimentos para os clientes internos* (93,3%). Os resultados indicam que o profissional que trabalhará na função de gestão de pessoas deverá ter três qualificações consideradas como importantes: experiência profissional na área de gestão de pessoas, domínio em informática e conhecimentos em gestão de negócios. As competências consideradas muito importantes foram: trabalho em equipe e liderança. Os gestores indicaram um conjunto de oito competências, também relevantes: orientação para resultados, capacidade técnica, flexibilidade, promotor de mudança cultural e de atitudes, orientação para cliente, motivação, negociação e capacidade para ouvir e compreender o outro. Conclusão: a gestão de pessoas está em processo de mudança nos HUs. A formação acadêmica, assim como as instituições prestadoras de serviços de saúde devem buscar, o alinhamento da formação profissional, desenvolvendo competências para a gestão de pessoas, como também contribuir para o desenvolvimento dos profissionais que deverão exercer a função gerencial, destacando o Programa Pró-Saúde como proposta para uma formação integrada.

Descritores: Administração de recursos humanos; Administração de serviços de saúde; Hospitais universitários; Educação em saúde - Tendências.

Oliveira LFMN. People Management in University Hospitals: current situation and trends. [thesis]. São Paulo: Graduate Program in Nursing Management of the University of São Paulo School of Nursing; 2013.

ABSTRACT

This is an exploratory, descriptive, prospective study, with a quantitative and qualitative approach. The aims were: to identify the perception of managers of University Hospitals in the city of São Paulo, in relation to the factors that are producing new trends in people management and what changes these provoke in the people management models; to identify the focus of attention and the difficulties regarding the management of policies for managing people, through the trends in the macro context, and to map the gaps between the trends identified, foci of attention and difficulties, and the competences required for managers who work in the management context of university hospitals; to formulate proposals in which the development of managers of people in the health field is aligned to the new demands of the next decade. The study had three UHs as the scenario and counted on the participation of the strategic level. To achieve the formulated aims, the Delphi technique was employed, in order to better comprehend the current situation and the trends in people management in university hospitals. The results showed that People Management will suffer significant changes in the next 10 years (86.7%) which should focus predominantly on practices and management instruments (50%). The **Trends of Change in the Environment** considered high impact and that can affect decisions on strategies and policies for managing people of the UHs were: *the search for the quality of the processes and products, questioning the social role of the institutions, citizenship and consumer rights, and changes in technology applied to the production and organizational processes* in the UHs. Regarding the **Principles that will Guide the People Management Models**, five principles were considered highly relevant: *empowerment, HR management consistent with the business of the organization, commitment of the workforce with the organizational objectives, corporate education and self-development*. It was observed that these principles had been partially introduced and will have to be the main focus of attention of the managers for next the 10 years. Regarding the **People Management Policies**, of the 13 management policies considered most relevant for the future, the managers indicated: *proportionately less benefits in the remuneration* (mean 7.9), *flexible benefits defined by the participation of the employees* (mean 7.8) and *greater power of decision of the directors regarding the remuneration of their staff* (mean 7.5) as having a high degree of difficulty in implementing these People Management policies of the UHs. In relation to the **Format of the HR Function** in the UHs, three trends were considered excellent and that they will be taken into consideration in the decisions regarding people management: *the decisions will go to the manager of the unit* (93.3%), *migration of corporative people management roles to the units* (93.3%) and *the primary role of the area will be to provide new processes and knowledge for the internal clients* (93.3%). The results indicate that the professional who will work in the role of people management, must have three qualifications regarded as very important: professional experience in the area of people management, expertise in IT and knowledge of business management. The competences considered very important were: teamwork and leadership. The managers indicated a set of eight competences that are also relevant: guidance for results, technical expertise, flexibility, promotion of cultural change and attitudes, guidance for the client, motivation, negotiation and the ability to listen and comprehend the other. Conclusion: people management is in the process of change in UHs. The academic formation, as well as institutions providing health services, should seek both the alignment of the professional formation, developing people management competences, as well as to contribute to the development of the professionals who will undertake the management role, highlighting the Pro-Health Program as the proposal for integrated formation.

Descriptors: Human resource ad/ministration; Health service administration; University hospitals; Health education - Trends.

LISTAS DE QUADROS

QUADRO 1 - Conceitos e/ou tecnologias gerenciais e práticas adotadas na administração pública. São Paulo, 2012.	39
QUADRO 2 - Distribuição dos hospitais sob gestão das Organizações Sociais de Saúde. São Paulo, 2012.	42
QUADRO 3 - Caracterização dos Hospitais Universitários. São Paulo, 2012.....	67
QUADRO 4 - Caracterização dos sujeitos do estudo. São Paulo, 2012.....	69

LISTAS DE FIGURAS

FIGURA 1. Missão, Visão e Valores do Hospital A, São Paulo - 2012.....	61
FIGURA 2. Missão e valores do Hospital C. São Paulo - 2012.	66

LISTAS DE TABELAS

TABELA 1 - Identificação da intensidade das mudanças. São Paulo, 2012.	70
TABELA 2 - Identificação da intensidade das mudanças, segundo hospitais universitários. São Paulo, 2012.....	71
TABELA 3 - Identificação da natureza das mudanças. São Paulo, 2012.	71
TABELA 4 - Relevância das Tendências de mudança no ambiente e seus impactos na gestão de pessoas. São Paulo, 2012.	73
TABELA 5 - Adequação dos hospitais universitários, segundo mudanças no ambiente. São Paulo, 2012.....	75
TABELA 6 - Grau de interferência das mudanças no ambiente e seus impactos na gestão de pessoas nos próximos 10 anos. São Paulo, 2012.	76
TABELA 7 - Filosofia e princípios de gestão - Relevância. São Paulo, 2012.	78
TABELA 8 - Filosofia e princípios de gestão - Introduzidos nos HUs. São Paulo, 2012.	79
TABELA 9 - Filosofia e princípios de gestão - Incorporação nos próximos 10 anos. São Paulo, 2012.	80
TABELA 10 - Filosofia e princípios de gestão - Grau de dificuldade para implementação. São Paulo, 2012.....	81
TABELA 11 - Política de gestão de pessoas - Relevância. São Paulo, 2012.....	82
TABELA 12 - Política de gestão de pessoas - Introduzidos nos HUs. São Paulo, 2012.	84

TABELA 13 - Política de gestão de pessoas - Incorporação nos próximos 10 anos. São Paulo, 2012.....	85
TABELA 14 - Política de gestão de pessoas - Grau de dificuldade para implementação. São Paulo, 2012.....	87
TABELA 15 - Formato organizacional da função de RH - Relevância. São Paulo, 2012.	89
TABELA 16 - Formato organizacional da função de RH - Introduzidos nos HUs. São Paulo, 2012.	90
TABELA 17 - Formato organizacional da função de RH - Incorporação nos próximos 10 anos. São Paulo, 2012.	91
TABELA 18 - Formato organizacional da função de RH - Grau de dificuldade para implementação. São Paulo, 2012.....	92
TABELA 19 - Perfil do Profissional de RH. São Paulo, 2012.	93
TABELA 20 - Qualificações do profissional que atua na função de RH. São Paulo, 2012.	95

LISTAS DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados	161
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	173

LISTAS DE ANEXOS

ANEXO 1 - Aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa (COMEP)	175
ANEXO 2 - Aprovação da Coordenadora de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário / Hospital São Paulo	176

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	20
2 OBJETIVOS.....	28
2.1 OBJETIVO GERAL	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
3.1 MODELOS DE GESTÃO DE PESSOAS.....	32
3.2 GESTÃO DE PESSOAS E REFORMA DO ESTADO	37
4 PERCURSO METODOLÓGICO	49
4.1 TIPO DE ESTUDO	50
4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	53
4.3 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS	53
4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	56
4.5 COLETA DE DADOS	56
4.6 ANÁLISE DE DADOS	57
4.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	58
5 RESULTADOS.....	59
5.1 CAMPO DE ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO DOS CENÁRIOS DO ESTUDO	60
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	68
5.3 ANÁLISE COMPARATIVA DAS RODADAS	69
5.4 RESULTADOS DA TERCEIRA RODADA	96
6 DISCUSSÃO.....	117
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
8 REFERÊNCIAS.....	150
APÊNDICES.....	160
ANEXOS	174

APRESENTAÇÃO

As mudanças no ambiente externo afetam a vida das organizações em ritmo acelerado, assim, o modelo de gestão de pessoas deve adaptar-se ou antecipar-se a essas modificações, constituindo demandas específicas nas organizações.

Nas instituições de saúde pública, a gestão de pessoas é um tema que se insere em um contexto marcado por vários desafios, tanto de ordem prática como acadêmica. A prática por refletir um momento de mudança na gestão e o modo como as instituições de saúde que o compõem, vêm sendo gerenciadas. Quanto à acadêmica, por se inserir em um campo de estudo recente, assinalado pela carência de pesquisas e trabalhos publicados, que enfoquem, especificamente, a questão em estudo nas instituições prestadoras de serviços de saúde da rede pública, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Hospitais Universitários (HU).

Nesse contexto, o Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, onde se situa o Grupo de Pesquisa NEPAPEGs - Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre os Aspectos Psicossociais do Ensino e do Gerenciamento em Saúde vem realizando estudos voltados à formação e gerenciamento de recursos humanos em enfermagem e em saúde, com base nos processos educacionais e gestão de pessoas.

Dentre os estudos, destaca-se a pesquisa de André (2006), com o objetivo de compreender quais eram, na percepção dos gestores de Unidades Básicas de Saúde, as competências necessárias para o desenvolvimento eficaz do trabalho do profissional que ocupa tal posição. Desse modo, os principais resultados destacados foram: a fragmentação nos processos; a falta de autonomia do gestor, a descontinuidade dos projetos a cada mudança nas lideranças; a influência político-partidária, muitas vezes, ignorando a necessidade real de cada região e o despreparo do gestor que influencia diretamente no modo de operacionalização das estratégias e na dinâmica das equipes envolvidas nos serviços, contribuindo para a ineficácia e ineficiência dos processos.

Em continuidade, André (2010) buscou compreender de modo mais amplo, as transversalidades que influem direta e indiretamente na gestão dos serviços públicos de saúde, no âmbito da atenção básica. A pesquisa analisou a gestão das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das pessoas, para identificação dos fatores que estariam produzindo novas tendências no gerenciamento das UBS e quais mudanças os gestores projetam nos modelos de gestão. Os resultados mostraram que as UBS não estão se antecipando às modificações do ambiente externo no que tange ao desenvolvimento de políticas de gestão, em geral, inclusive no que diz respeito às pessoas. A formação e a educação permanente dos profissionais de saúde para assumir a gestão desses serviços estão desalinhadas das tendências. A formação acadêmica deve ser revista não só quanto aos conteúdos, mas também no que se refere às formas e estratégias do desenvolvimento desses profissionais no contexto atual.

Nas UBS a limitação da gestão talvez esteja relacionada às questões de ordem cultural, mediadas pela diferença de valores e interesses políticos que impedem a adoção de novos modelos de gestão e pessoas.

Como profissional da área da saúde, de um hospital universitário público, vivendo várias experiências no que tange à gestão de pessoas da instituição e, em contato com as equipes multiprofissionais, como gestores, coordenadores e técnicos, despertou-me o interesse de contribuir para o desenvolvimento de estudos que possam identificar e compreender quais fatores estariam limitando a adoção de novos modelos de gestão e de pessoas no aperfeiçoamento da gestão, para que possam atender às necessidades reais das organizações e promover discussões, frente às peculiaridades das organizações de saúde.

Desse modo, a presente investigação tem como finalidade melhor compreender o cenário atual e as tendências na gestão de pessoas em hospitais universitários, além de identificar o perfil e as

competências a serem buscadas no profissional que irá exercer tal função.

O impacto / desfecho almejado com a presente investigação é que as Instituições de Ensino Superior, formadoras de profissionais de saúde, assim como as instituições prestadoras de serviços de saúde busquem, tanto o alinhamento da formação profissional, desenvolvendo competências para a gestão de pessoas como também possam contribuir para o desenvolvimento dos profissionais que deverão exercer a função gerencial.

1 INTRODUÇÃO

No setor público, as estratégias e políticas de gestão de pessoas são centralizadas e para enfrentar seus desafios, a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ROREHS, desde sua criação, em 1999, vem contribuindo para a elaboração de políticas públicas, fortalecendo o campo dos recursos humanos em saúde, pois, cada estação de trabalho com sua *expertise* produz investigações e estudos relevantes na área. Atualmente, a ROREHS compõe-se de 21 Estações de Trabalho, constituídas por instituições de ensino, pesquisa e serviços, sendo Coordenada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/SGTES do Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS (Brasil, 2004).

Representantes dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, de todo continente americano, participaram de 4 a 7 de outubro de 2005 em Toronto (Canadá) da Sétima Reunião Regional, com a participação de 118 representantes dos governos de 29 países que centralizaram a problemática detectada no cenário global e definiram os princípios norteadores, pressupostos e metas aos países da América Latina e Caribe.

A reunião gerou o documento denominado “Chamado para a Ação de Toronto - 2006-2015: uma década de Recursos Humanos em Saúde”, que destaca a necessidade de mobilizar vontades políticas, recursos e atores institucionais para a contribuição no desenvolvimento dos recursos humanos em saúde e garantia de acesso universal a serviços de saúde de qualidade para todos. Também foram incluídos temas de formação e capacitação entre as orientações estratégicas.

No Brasil, a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ObservaRH, reuniu-se entre 16 e 17 de agosto de 2011, em Brasília e, destacou, dentre os objetivos estratégicos do Ministério da Saúde para 2011-2015, “contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais trabalhadores do SUS” .

Na reunião foi enfatizado o papel central dos recursos humanos para melhorar os serviços de saúde, ressaltando que a saúde exige trabalho intensivo e os trabalhadores nunca serão substituídos por máquinas ou tecnologia. Foram também discutidas as problemáticas relacionadas às políticas e práticas de Gestão do Trabalho e a interface com a Educação na Saúde, além dos investimentos em RH, como pontos importantes para a próxima década e a necessidade de uma educação permanente.

Na reunião, alguns dos temas destacados foram a formação e o mercado de trabalho, a gestão de recursos humanos no SUS, o aumento do investimento em Recursos Humanos e a melhoria na produção e difusão da informação para a tomada de decisões. Concluiu-se que na saúde, os recursos humanos devem receber maior valorização e atenção; os estudos gerados na academia que focam a formação e o desenvolvimento de RH favorecem a implementação de estratégias para melhor formação e capacitação dos profissionais de saúde.

Ao reforçar as diretrizes de formação dos Recursos Humanos, destaca-se o PROGRAMA PRÓ-SAÚDE, no cenário nacional, lançado em 3 de novembro de 2005, pela Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação. O Pró-Saúde tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram de modo simultâneo em diferentes eixos (Brasil, 2005).

Assim, as Instituições de Ensino Superior (IES) devem antever uma escola integrada ao serviço público de saúde e com respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e prestação de serviços.

Entre várias escolas de enfermagem, medicina e odontologia do conjunto de IES, a Escola de Enfermagem da USP também faz parte das selecionadas para operacionalizar as mudanças no processo de formação, e os hospitais universitários como contribuintes no

processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, a gestão de pessoas deve estar alinhada às estratégias e políticas institucionais.

Esta iniciativa visa à aproximação entre formação na graduação no País e as necessidades dos hospitais universitários. O distanciamento entre os mundos acadêmicos e o da prestação dos serviços de saúde vêm sendo apontados em todo mundo, dentre outros fatores, como um dos responsáveis pela crise da saúde.

De acordo com as considerações tecidas e retomando o foco do presente estudo, que é a gestão de pessoas dos hospitais de ensino, torna-se necessária a análise de fatores que influenciam direta e indiretamente na gestão.

Conforme Borges Neto (2007), o Hospital de Ensino pode ser definido como:

instituição hospitalar geral ou especializada que presta assistência à saúde da população, desenvolve atividades de capacitação de recursos humanos e serve de campo de prática de atividades curriculares na área da saúde.

Médici (2001) considera que o Hospital Universitário (HU) é definido como uma instituição caracterizada por: “(a) um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde; (b) prover treinamento universitário na área da saúde; (c) ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes e (d) propiciar atendimento de maior complexidade”.

Quanto à forma de gestão financeira, a maioria dos hospitais universitários é mantida por verbas públicas, que propiciam atuar como centro de atendimento de alta complexidade, sendo referência na região onde se situam. Os HUs estão integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e têm como fonte de recursos a maior parcela de seu financiamento, sendo seus custos mais elevados que os dos hospitais não universitários por incorporarem atividades de ensino, pesquisa e assistência.

Entre os mais de 6.000 hospitais integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), 154 foram reconhecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação como de ensino, de acordo com os critérios estabelecidos pela Portaria de 1994 (Brasil, 2004).

A Associação Brasileira de Hospitais Universitários e Entidades de Ensino (ABRAHUE) divulgou que, os 154 hospitais reconhecidos como de ensino, responderam, em 2001, por cerca de 50% de cirurgias cardíacas, 70% de transplantes, 50% das neurocirurgias e 65% dos atendimentos na área de malformações craniofaciais. Por seu caráter de referência, concentram os pacientes mais graves que exigem mais recursos e maior atenção. No entanto, pelo menos, 20 dos 45 hospitais universitários federais subordinados ao Ministério da Educação (MEC) enfrentam crise financeira (Brasil, 2010).

As pessoas que prestam serviços ao Estado e aquelas jurídicas da administração indireta (autarquia, fundações, empresas públicas e sociedade mista), dependendo da forma de contratação profissional, são regidas por legislações diferentes.

No quadro atual dos hospitais universitários, são encontrados servidores públicos (estatutários, empregados públicos e servidores temporários) e particulares em colaboração com o Poder Público. Os estatutários são os que ocupam cargos públicos, sendo regulamentados pelo estatuto dos servidores públicos, admitidos na forma do art. 37, inciso II, da Constituição Federal. Os empregados públicos são aquelas cuja relação laboral é regida pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, conforme art. 37, inciso II, da Constituição Federal, e os servidores temporários são os admitidos por prazo determinado (art. 37, IX, da CF) que exercem funções públicas, sem serem vinculados a cargos ou empregos públicos. Os particulares em colaboração com o Poder Público prestam serviços ao Estado, sem vínculo empregatício, com ou sem remuneração (Bergue, 2010).

Normalmente, os cargos públicos não podem ser acumulados. Mas, para os profissionais de saúde, o acúmulo é possível, conforme prescreve a alínea 'c' do inciso XVI, do art. 37, da Constituição 34, de 13 de dezembro de 2001. Nos hospitais universitários, a existência de profissionais com dupla jornada pode acarretar um prejuízo à assistência, sobretudo na assistência de enfermagem em razão da sobrecarga oriunda da dupla jornada de trabalho que pode interferir na capacidade de atenção, o que os leva a cometer erros e falhas no decorrer dos procedimentos assistenciais de enfermagem, fato que não é desejável nem tampouco esperado.

Na gestão de pessoas no setor público, a estabilidade é tema de destaque. O servidor, detentor de cargo público, tem a estabilidade garantida própria do regime estatutário. Para os empregos públicos, não há estabilidade, independente de ter prestado concurso público, que é um instrumento de garantia de igualdade relativa para acesso a cargos e empregos públicos (Bergue, 2010).

Nessa forma de inserção, não existe mobilidade na carreira, a remuneração segue regras ligadas a tempo de serviço e plano de carreira, que levam em consideração os cursos realizados. após o período probatório de 3 anos, considerados limites de um teto máximo de pontuação.

Ao ingressar no hospital universitário, o profissional passa por estágio probatório (servidor estatutário) ou período de experiência (empregado público) e se for detectado que não possui o perfil adequado à função, poderá ser desligado pelo gerente.

Após o estágio probatório de 3 anos, no caso do servidor público, a estabilidade não é mais garantida. A Emenda Constitucional 19/98 diz respeito à necessária avaliação especial de desempenho a ser procedida por comissão instituída e instrumentalizada para tal fim (art. 41, 4º, da Constituição da República); impõe-se à administração para a efetiva verificação do desempenho do servidor público no exercício do cargo, mediante procedimento de avaliação formal e sistemática (Bergue, 2010).

No âmbito dos serviços públicos, as críticas à estabilidade assentam-se fundamentalmente na crença de que o servidor público passa a ter uma postura mais “relaxada”, reduzindo seu ritmo de trabalho, com base na premissa de estar fora de alcance da possibilidade de perda do cargo.

Bergue (2010) ressalta que, em qualquer organização, seja pública ou privada, o ritmo de trabalho é dado essencialmente pela administração (gerência), quando define os processos de trabalho e as necessidades de recursos em termos quantitativos e qualitativos. Se o servidor não desempenhar suas atribuições a contento, o assunto deverá ser tratado, em primeira instância como um problema de gestão. Outra possibilidade será a dissonância entre o perfil da pessoa, mediante o cargo ocupado.

Para o autor, o baixo nível de desempenho de uma pessoa no trabalho não pode ser atribuído, tão somente às suas características da pessoa no trabalho, mas, a um conjunto de fatores. Há, pois, que se avaliar não apenas as condições intrínsecas, porém, as extrínsecas ao cargo e à pessoa (qualificação, experiência, produtividade, falta ou excesso de pessoas, natureza do trabalho, entre outras). É necessário avaliar os processos e as equipes de trabalho, estrutura administrativa, entre outras variáveis. Por fim, impõe-se verificar as condições de desempenho dos superiores hierárquicos (diretores, chefes de departamento, etc.).

No setor público, defende-se que o baixo desempenho e a produtividade no trabalho emergem mais como um efeito, cujas causas podem estar associadas a uma série de deficiências de gestão. Em termos gerais, a administração pública ainda carece de profissionais qualificados, especialmente, para a gestão de pessoas, de processos e de relações de trabalho. Esses gestores devem ser dotados de competências, tais como: capacidade de refletir sobre os pressupostos que informam as atuais práticas; capacidade de liderança e de relações humanas; conhecimento técnico, competências essas sem as quais a

ação gerencial tenderá a resultar ineficiente ou pouco eficaz (Bergue, 2010).

Assim, as competências gerenciais deverão imprimir importantes direcionalidades à formação dos profissionais de saúde, para gerir os serviços integrados aos SUS, que demandam o exercício de novos modelos de gestão.

Diante disso, os objetivos propostos neste estudo são:

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Identificar a percepção de gestores de Hospitais Universitários Públicos da cidade de São Paulo, em relação aos fatores que estariam produzindo novas tendências no gerenciamento de pessoas e quais mudanças estão sendo projetados nos modelos de gestão de pessoas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar os focos de atenção e as dificuldades dos gestores dos hospitais universitários públicos, quanto ao gerenciamento de políticas de gestão de pessoas, mediante as tendências no macrocontexto;
- ✓ Mapear as lacunas entre as tendências identificadas, focos de atenção e dificuldades e as competências requeridas para gestores que atuam no âmbito da gestão dos hospitais universitários; e
- ✓ Formular propostas nas quais o desenvolvimento dos gestores de pessoas na área da saúde esteja alinhado às novas demandas da próxima década.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Em razão do ambiente turbulento advindo da globalização, das mudanças tecnológicas e da competitividade presente nos dias atuais, as organizações vêm tentando analisar e monitorar continuamente o ambiente, visando a formular estratégias para realização de mudanças mais abrangentes e transformadoras, atingindo de modo simultâneo diversos processos de caráter multidimensional, o que pressiona para uma revisão dos modelos de gestão (Fischer, 2002).

As organizações em transformação requerem pessoas qualificadas, polivalentes, comprometidas e alinhadas aos objetivos, metas e resultados organizacionais; por isso, desenvolvem e organizam uma forma de atuação voltada aos comportamentos, convencionados como modelos de gestão de pessoas.

O modelo de gestão de pessoas é entendido como o modo pelo qual uma empresa se organiza para gerenciar e orientar o comportamento humano no trabalho. Para que isso se realize, é preciso que a empresa se estruture e defina os princípios, estratégias, políticas e práticas ou processos de gestão. Por meio desses mecanismos, poderá implementar diretrizes e orientar os estilos de atuação de seus gestores em sua relação com os que nelas trabalham (Fischer, 2002).

Princípios são as orientações de valor e as crenças básicas que determinam o modelo adotado pela empresa. Por sua vez, as políticas estabelecem as diretrizes de desempenho dos que buscam objetivos a médio e a longo prazos para as relações organizacionais. E as práticas consistem nos atuais programas, processos e técnicas existentes na organização (Lepak, Shaw, 2008).

Os processos constituem os cursos de ação previamente fixados e visam aos objetivos norteados por políticas específicas.

Os processos de gestão são caracterizados pelos planos de cargos e salários, de capacitação e sucessão, além da administração de carreiras e as avaliações de desempenho. Desse modo, também são considerados elementos constituintes do modelo o desenho

organizacional, ou seja, o modo no qual a estrutura específica da organização de trabalho dos profissionais e a prestação de serviços operam e o que oferecem a seus clientes (Fischer, 2002).

3.1 MODELOS DE GESTÃO DE PESSOAS

A evolução dos modelos de gestão de pessoas está atrelada à evolução histórica das organizações. Para diferentes contextos históricos, encontram-se identificados distintas modalidades de gestão.

No final do século XIX, início do século XX, com a intensificação do fenômeno da industrialização em amplitude mundial e o surgimento dos países desenvolvidos ou industrializados, aliada à dificuldade de exportação, com mão de obra abundante e barata as organizações foram levadas a investirem em uma área de trabalho voltada prioritariamente às transações processuais e aos tramites burocráticos, área frequentemente denominada de departamento de pessoal. O modelo surge como consequência e não causa dos processos de mudança, com a criação de estrutura para atender à legislação e às necessidades empresariais delimitadas pelas características socioculturais da época (Fischer, 2002; Hanashiro, 2008)

Assim, nesse período, administrar orbitava na busca do melhor arranjo formal das estruturas e processos organizacionais capazes de proporcionar o melhor resultado. A noção de melhor resultado estava associada à maior produção e nível de eficiência. No contexto, as pessoas assumiam a posição mais próxima da condição de recursos e peça na estrutura organizacional (Ulrich, 2000).

A partir da década de 1950, nos Estados Unidos da América a expressão *human resource management* começaria a ser utilizada para designar uma expansão da tradicional administração de pessoal, mudando o foco de ação da gestão de recursos humanos, deixando de concentrar-se na tarefa, nos custos e no resultado para focar no comportamento humano (Fischer, 2002).

No Brasil, com nacionalização de peças e equipamentos, a entrada de empresas multinacionais, a complexidade tecnológica e a instalação da indústria automobilística, as organizações passaram valorizar os profissionais, como recurso eficiente, investindo em ações que promovessem o bem-estar do funcionário. Assim, o gestor precisava reconhecer as expectativas de seus comandados, levando-os a se sentirem úteis e importantes naquilo que realizavam.

As organizações consideravam o empregado como recurso eficiente, cumprindo com os seguintes processos: recrutamento, seleção, planos de cargo e salários; avaliação de desempenho; treinamento operacional; higiene e segurança no trabalho e benefícios, entre outros (Hanashiro, 2008).

Na gestão de pessoas, o foco de atuação preconizado seria concentrado no treinamento gerencial, nas relações interpessoais, nos processos de avaliação de desempenho e estímulo ao desenvolvimento dos perfis gerenciais coerentes com o processo de gestão de pessoas desejado pela empresa. Motivação e liderança passariam a constituir-se nos elementos-chave do modelo humanista. Uma de suas principais contribuições foi descobrir que a relação entre empresa e pessoas deveria ser intermediada pelos gerentes de linha. Reconhecer a importância e levar o gerente de linha a exercer adequadamente seu papel, configurou-se como a principal preocupação da gestão de recursos humanos (Fischer, 2002).

A partir da década de 1970, foi introduzido um novo critério nos sistemas de gestão de pessoas: seu caráter estratégico e, os anos 1980, foram considerados como um período essencialmente conceitual e teórico, cabendo à *Harvard Business School* desenvolver nova perspectiva da gestão estratégica de pessoas, que apontou a necessidade de o modelo corresponder a fatores internos e externos à organização. Foram estabelecidas importantes fundamentações de campo, com ênfase no alinhamento e nas perspectivas contingenciais (Fischer 2002; Barreto, 2011).

A gestão de pessoas começou a ser considerada uma ampla função, orientada por uma macroestratégia de gestão de pessoas, com um conjunto de políticas, com a intenção organizacional e práticas efetivas, inclusive, com a inserção das questões sociais das empresas (Barreto, 2011).

No modelo, o empregado é considerado como recurso estratégico, o RH torna-se integrado ao negócio, com visão de longo prazo, os gestores assumem a gestão de pessoas, e o nível hierárquico do profissional de RH passa a ser mais elevado (diretor, vice-presidente). A remuneração estratégica, terceirização de funções operacionais, consultoria interna e gestão por competências passou a ser uma nova tendência (Hanashiro, 2008).

A gestão de pessoas e a estratégia organizacional são processos contínuos que necessitam de conexão integrativa, que atribuem responsabilidades mais amplas à área de RH e devem envolver a participação mais ampla dos diversos colaboradores, estimulando a comunicação, o aprendizado e o comprometimento das pessoas com os objetivos e as estratégias da empresa (Albuquerque, 2002; Mascarenhas, 2008; Barreto, 2011).

Além da integração da estratégia organizacional, nas empresas contemporâneas, a gestão de pessoas estabelece estratégias que orientarão a organização na gestão do fator humano, proporcionando coesão ao conjunto de práticas por meio das quais elas são implementadas como: políticas de carreiras, políticas de incentivos, entre outros (Eboli, 2002; Fischer, Albuquerque, 2001; Hanashiro, Teixeira, Zacrelli, 2008, Chiavenato, 2010; Barreto, 2011, SHRH, 2011).

A pesquisa Delphi RH 2010 conduzida por Fischer e Albuquerque (2004) apontou dez estratégias que os profissionais de RH iriam adotar para superar os desafios: maior investimento em capacitar e desenvolver gestores e lideranças; redefinir, aprimorar ou reestruturar as políticas de gestão de pessoas da empresa; investir no estímulo ao comprometimento das pessoas; implantar ou reestruturar

os processos de remuneração ou compensação, implantar ou desenvolver processo de gestão do conhecimento, dentre outros.

Nos últimos anos, é visível que as instituições vêm intensificando sua busca pela ampliação da capacidade de gestão e uso de diferentes estratégias de gerenciamento para alinhar o comportamento humano às estratégias da organização.

Barreto (2011) aponta a necessidade de distinguir o RH como parceiro do negócio e como parceiro estratégico - formula e desenha seus serviços e práticas a ajudar a implementação dos planos; já o parceiro estratégico contribui com a formulação da própria estratégia, por meio do fornecimento de informações e análises sobre o capital humano, as capacidades organizacionais e as competências essenciais.

A ênfase na competição, presente nas obras de autores como Porter, Hammer e Prahalad, direciona de forma decisiva toda a teoria organizacional e cria as bases do surgimento de um modelo de gestão de pessoas pautado em competências (Fischer, 2002).

O conceito de competência foi proposto de forma estruturada por David McClelland, após a publicação do artigo intitulado "*Testing for competence Rather than Intelligence*" (Testando por competência em vez de inteligência), visando à busca de métodos mais efetivos no processo de seleção de pessoas, com a associação de competência a cinco fatores: conhecimentos, habilidades, comportamentos, motivações e aptidões (Fischer, 2002).

Atualmente na literatura acadêmica, a competência vem sendo baseada em duas abordagens: organizacional e individual.

Em relação à competência organizacional, a definição mais difundida é de Prahalad e Hamel (1990) que a definem como a capacidade de combinar, misturar e integrar recursos em produtos e serviços. Na literatura, encontra-se a referência de, pelo menos, dois tipos de competências organizacionais: as essenciais e as do nível do grupo que são as competências coletivas.

A organização define sua estratégia, identifica as competências essenciais do negócio e as necessárias a cada função para alcançar seus objetivos estratégicos. Na formulação de estratégia, procura-se estabelecer uma vantagem competitiva no setor, com base na identificação de oportunidades “de fora para dentro” e considera-se que cada empresa tem um portfólio de recursos por mobilizar e organizar os recursos “de dentro para fora” (Fleury e Fleury, 2000).

O desenvolvimento das competências de uma organização pode ser verificado por múltiplos processos de aprendizagem. Pelo intermédio da educação formal e continuada, os conhecimentos teóricos e as informações são transmitidos ao indivíduo. As experiências profissionais e sociais traduzem esse conhecimento para a prática das organizações em um processo de aprendizagem, no qual o conhecimento começa a se transformar em competências (Fleury, 2002).

Quanto às competências individuais, novas conceituações ampliaram-se do foco restrito ao indivíduo no desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes, envolvendo as características que podem contribuir para o trabalho (Parry, 1996).

Para Le Boterf (2003), competência é a capacidade de colocar em prática o conhecimento em um determinado contexto, geralmente, marcado pelas relações de trabalho e cultura da empresa, entre outros.

Atualmente, a competência é um somatório com duas linhas: a entrega e as características da pessoa que podem ajudá-la a melhor contribuir e agregar valor ao patrimônio de conhecimento da organização (Dutra, 2008).

Para Zarifian (2003) é “um entendimento prático de situações que se apoiam em conhecimentos adquiridos e os transformam na medida em que aumentam a diversidade das situações”.

No contexto atual, há uma grande expectativa em termos do desempenho dos gestores, de suas respostas rápidas, que exigem que os mesmos desenvolvam novas competências.

O papel do homem no trabalho tem sido percebido de modo diferenciado ao longo do tempo e suas características mais especificamente humanas, como o saber, a intuição e a criatividade vêm sendo mais valorizadas.

3.2 GESTÃO DE PESSOAS E REFORMA DO ESTADO

No cenário atual, os diversos setores da sociedade vêm exigindo do Poder Público, em suas dimensões local, regional, nacional e supranacional, com crescente intensidade, inserções mais eficientes, eficazes e efetivas.

O movimento de reforma do Aparelho do Estado, tal como proposto no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, concebido em meados da década de 1990, pressupõe a ruptura com padrões gerenciais tomados como ultrapassados, orientando-se para uma gestão pautada essencialmente por resultados. O Plano Diretor foi produzido pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), em razão, não só de sua consistência conceitual, mas, pela abrangência alcançada. A mudança busca acelerar o processo de superação do estágio patrimonialista da estrutura e funcionamento do aparelho estatal; o aperfeiçoamento do padrão burocrático vigente e a incorporação dos valores de eficácia e efetividade, preconizados pela perspectiva denominada gerencial (Brasil, 1995; Sechi, 2009; Franzese, 2011).

O modelo burocrático, que conceitualmente, associa-se à burocracia weberiana, ou seja, privilegia, em nome da eficiência, um arranjo mecanicista formal que se pode dizer, traduz em termos mais amplos a doutrina taylorista-fordista de divisão e especialização intelectual e operacional do trabalho, apoiou a ação administrativa do

Estado na legalidade e na observância de procedimentos previamente estabelecidos com o objetivo de restringir possíveis arbitrariedades e favorecimentos dos Chefes de Estado (Franceze, 2011).

O modelo burocrático weberiano foi revolucionário no início do século XX, nesse modelo, o poder emana das normas, das instituições formais e não do perfil do gestor ou da tradição.

Entretanto, na literatura são observadas críticas ao modelo, chamadas de disfunções burocráticas como: o impacto da prescrição estrita de tarefas sobre a motivação dos empregados, resistência às mudanças e o desvirtuamento dos objetivos provocados pela obediência acrítica às normas, dentre outras (Merton (1949) *apud* Franceze, 2011).

Na mesma temática, estudos mostram outras disfunções da burocracia: a internalização e o elevado apego às normas, o excesso de formalização, as rotinas rígidas; a despersonalização dos relacionamentos, a ausência de inovação e a conformidade às rotinas, a exibição de sinais de autoridade, as dificuldades no atendimento aos clientes e conflitos e a hierarquização do processo de tomada de decisão (Bergue, 2005).

O modelo burocrático não era capaz de atender às novas demandas da sociedade era considerado inadequado para o contexto institucional contemporâneo por sua morosidade, estilo autorreferencial e descolamento das necessidades dos cidadãos, daí, surge o novo paradigma na gestão pública - o paradigma gerencial.

A administração pública gerencial ou nova gestão pública é um modelo normativo pós-burocrático para a estruturação e gestão da administração pública, baseado em valores de eficiência, eficácia e competitividade (Secchi, 2009).

O paradigma gerencial traz para a gestão pública alguns princípios típicos da gestão privada, como a constante busca de eficiência. O traço central capaz de diferenciar esse modelo, em relação ao padrão burocrático de gestão, é a orientação do Estado para a busca por resultados. A administração deve concentrar recursos

na gestão, com vistas a resultados, ou seja, o planejamento da ação, a organização dos recursos necessários, a condução do processo (direção) e o controle devem privilegiar, como parâmetros de elaboração e avaliação das ações. O modo de administração gerencial está presente em todas as esferas, até mesmo no setor denominado Núcleo Estratégico, que sem abandonar a forma burocrática, deve também começar a funcionar pela lógica de resultados (Bergue, 2010; Franceze, 2011).

Bergue (2010) relaciona alguns conceitos e/ou tecnologias gerenciais e práticas adotadas na administração pública, como podemos observar nos dados do Quadro 1:

Valores da nova administração pública	Conceitos e/ou tecnologias gerenciais	Prática adotada na administração pública
1 Descentralização política: transferência de recursos e atribuições nos níveis regional e local	Descentralização; delegação de autoridade	Gestão por programas; PACS, PSF, etc
2 Descentralização administrativa: delegação de autoridade e autonomia para agentes	<i>Empowerment</i> ; delegação de autoridade; controle sutil (social)	Delegação de bens e serviços públicos; empregos públicos; terceirização
3 Organizações com poucos níveis hierárquicos	<i>Downsizing</i> ; eficiência; terceirização; reengenharia	Terceirização; programas de demissão voluntária; privatizações; delegações
4 Organizações flexíveis em lugar de autoritárias e monolíticas	<i>Adhocracia</i> ; organizações flexíveis; participação; flexibilidade das relações	Gestão por programas OSCIP's; organizações sociais; delegação de bens e serviços públicos; empregos públicos
5 Confiança limitada	Descentralização; delegação de autoridade; controle sutil (social)	Gestão por programas; avaliação de desempenho permanente de servidores
6 Controle por resultados	Gestão por processos; eficácia gerencial; avaliação de desempenho; <i>accountability</i> ; transparência	Gestão por programas; contratos de gestão; delegação de bens e serviços públicos
7 Administração voltada ao atendimento do cidadão	Foco no cliente; gestão pela qualidade; gestão por processos	Gestão por programas; ouvidoria; prestação de contas e audiência pública

Fonte: Bergue, 2010

Quadro 1 - Conceitos e/ou tecnologias gerenciais e práticas adotadas na administração pública. São Paulo, 2012.

Os valores propagados pela nova administração pública indicam a existência de um esforço de transformação do aparelho do Estado, orientado pelos conceitos essenciais de eficiência e eficácia, para transformação das estruturas burocráticas, hierarquizadas em organizações flexíveis e ágeis.

Na área dos serviços não exclusivos, na qual foram enquadrados universidades, hospitais, centros de pesquisa propõe-se um processo de *publicização* que transfere a implementação de políticas públicas para agências autônomas, pertencentes ao setor público não estatal que passam a ser controlados por resultados por meio do instrumento da contratualização de resultados (Franzece, 2011).

Essas novas organizações denominadas Organizações Sociais de Saúde (OSS) seriam estruturas mais adequadas por proporcionarem maior flexibilidade e autonomia à organização e prestação de serviços. São entidades privadas de fins não lucrativos, de maneira não espontânea, mas, voluntária pela Lei 9.637/98, devem ser acompanhadas pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE, 1995 (Brasil, 1998).

A legislação estadual regulamentou a parceria com entidades filantrópicas, que passaram a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde, como uma forma de modernização da administração pública, constituindo modelo de gestão que possibilitará maior flexibilização do aparelho do Estado e que, em decorrência dessa qualificação, adquiriram o direito de firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando ao gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde. Este modelo de gestão introduziu novos conceitos de relacionamento com o setor filantrópico, que se mostraram eficientes.

A Lei Complementar n. 846, de 4 de julho de 1998 dispõe sobre a qualificação das entidades como Organizações Sociais no Estado de São Paulo. Quanto à especificidade da regulamentação das OSS em São Paulo, destacam-se:

- a criação de um Contrato de Gestão, caracterizado como um acordo firmado entre o poder público e a entidade qualificada como OSS, que permite a definição das metas e do tipo de assistência à saúde a ser desenvolvido pelo serviço;
- a existência de uma comissão de avaliação dos Contratos de Gestão, com representantes do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão de Saúde e Higiene da Assembleia Legislativa e por profissionais especializados indicados pela Secretaria de Estado da Saúde, responsável por analisar os resultados obtidos com a execução do contrato;
- a determinação de que os hospitais gerenciados pelas Organizações Sociais de Saúde atendam exclusivamente aos pacientes do SUS;
- a publicação do balanço e demais prestações de contas das OSS no Diário Oficial do Estado e respectivo controle destes pelo Tribunal de Contas do Estado; e
- a exigência de que a entidade tenha experiência de, pelo menos, 5 anos na administração de serviços próprios de saúde.

Atualmente, 37 hospitais, 38 ambulatórios, 1 centro de referência, duas farmácias e três laboratórios de análises clínicas são administrados por esta forma de gerenciamento. Os novos hospitais colocaram a serviço do SUS cerca de 4.300 leitos no Estado de São Paulo.

O Quadro 2, a seguir, mostra os hospitais sob gestão das OSS qualificadas pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, em 2007.

OSS Qualificadas Hospital	Entidade Qualificada como OSS
Hospital Geral de Pedreira	Associação Congregação de Santa Catarina
Hospital Geral de Pirajussara	SPDM - Escola Paulista de Medicina
Hospital Luzia Pinho de Melo - Mogi das Cruzes	SPDM - Escola Paulista de Medicina
Hospital Geral do Grajaú	UNISA Fac. de Medicina Santo Amaro/OSEC
Hospital Estadual Santo André	Faculdade de Medicina do ABC
Hospital Geral de Itaquaquecetuba	Congregação Santa Marcelina
Hospital Geral de Itaim Paulista	Congregação Santa Marcelina
Hospital Geral de Guarulhos	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Hospital Geral de Carapicuíba	SANATORINHOS
Hospital Geral de Itapevi	Associação Congregação de Santa Catarina
Hospital Estadual de Fco. Morato	UNISA - Fac. Med. Santo Amaro/OSEC
Hospital Geral de Itapeirica. da Serra	SECONCI - Ser. Social Construção Civil
Hospital Estadual de Vila Alpina	SECONCI - Ser. Social Construção Civil
Hospital Regional do Vale do Paraíba - Taubaté	Sociedade Assistencial Bandeirantes
Hospital Geral de Bauru	UNESP
Hospital Estadual de Sumaré	UNICAMP
Hospital Estadual de Sapopemba	Fundação Faculdade de Medicina - USP

Fonte: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/acoes/organizacoes-sociais-de-saude-oss>

Quadro 2 - Distribuição dos hospitais sob gestão das Organizações Sociais de Saúde. São Paulo, 2012.

Vários estudos comparam o desempenho dos hospitais sob a gestão das OSS com os hospitais de administração direta, os resultados mostram que houve uma melhora em relação a vários indicadores: relação enfermeiro-leito, funcionário-leito, taxa de ocupação, média de permanência, horas médicas contratadas, taxa de cesariana e que o modelo produzia melhores resultados do que os

hospitais que eram geridos pela administração direta, dando mais autonomia para selecionar, contratar e desenvolver gestores (Fiocruz, 2005; LaForgia & Couttolenc, 2008; Medici and Murray, 2010).

Neste estudo, a ênfase dada às OSS é justificada considerando-se que um dos HUs que fazem parte do cenário do estudo é gerido nesse modelo, e outro, por uma Fundação que complementa o salário dos profissionais.

Entretanto, Pericardis (2012) alerta que, na contratualização, existem aspectos que impactam o desempenho de uma organização que são tratadas de forma superficial pelo contrato, como os aspectos relacionados à remuneração, autonomia financeira e decisória, agilidade nos processos internos, como compras, licitações e RH.

Assim sendo, em todo mundo, a administração da gestão e de pessoas passa por grandes transformações, tanto nas organizações públicas como nas privadas, decorrentes dos desajustes dos modelos de gestão tradicionais, buscando adequar-se e atender às necessidades e expectativas, tanto das empresas como das pessoas/cidadãos e usuários dos serviços públicos.

Considera-se que se o modelo de gestão de pessoas for bem concebido e conduzido, poderá ser um diferencial competitivo de qualquer organização, seja de âmbito público ou privado, e que também poderá aplicar-se às instituições de saúde. Mas, um dos desafios das organizações é a integração da estratégia de gestão de pessoas à estratégia organizacional.

Pesquisas recentes indicam que não ser tão simples e fácil introduzir uma gestão integrada de pessoas, que requer desenhos consistentes e customizados. Para que isso ocorra, os especialistas consideram que dois desafios devem ser superados: o primeiro, a mudança da cultura interna, tradições e valores que geram políticas estanques e centradas na área de Recursos Humanos (RH). O segundo, a superação das pressões por soluções imediatistas, excessivamente simplificadas, muitas vezes, sem uma análise

criterosa da relação custo/benefício que uma mudança de política de recursos humanos exige (Fischer, 2002; Fleury, 2002; Dutra, 2008).

A Pesquisa RH 2010, sob a coordenação dos Professores André Luiz Fischer e Lindolfo Galvão de Albuquerque (2000), pertencentes ao Programa de Estudos em Gestão de Pessoas (Progep), aponta que, no Brasil, as organizações participantes do estudo mostraram prontidão no enfrentamento dos futuros desafios, graças ao modelo de gestão de pessoas adotado. Essas empresas, além de possuírem um sólido sistema de educação corporativa, também se tornaram conhecidas por disporem de uma cultura empresarial competitiva, que alavanca suas estratégias de negócio.

Outro resultado importante da pesquisa refere-se aos principais desafios estratégicos da gestão de pessoas. Os mais mencionados foram:

- Atrair, capacitar e reter talentos 64,20%
- Gerir competências 48,30%
- Gerir conhecimento 46,70%
- Formar o perfil do profissional, conforme demanda do setor 45,80%

Em relação aos princípios que orientarão os modelos de gestão de pessoas, os principais focos de atenção dos gestores para os próximos 10 anos destacam-se:

- Autodesenvolvimento; 100%
- Comprometimento das pessoas com objetivos organizacionais; 100%
- Educação corporativa; 99%
- Gestão de competências; e 99%
- Gestão do conhecimento. 98%

De acordo com resultados da pesquisa, todas as opiniões dos gestores convergem para o mesmo sentido: é absolutamente necessário que as empresas desenvolvam seus talentos e

competências, para que aumentem a competitividade e obtenham os melhores resultados nos negócios.

Neste novo ambiente, surge a necessidade de respostas cada vez mais ágeis para garantia da sobrevivência da organização. Cada vez mais se exige das pessoas uma postura voltada ao autodesenvolvimento e à aprendizagem contínua (Eboli, 2002).

Desse modo, a autora considera ser preciso que as empresas implantem sistemas educacionais que privilegiem o desenvolvimento de atitudes, posturas e habilidades e não apenas os conhecimentos técnicos e instrumentais. O novo estilo de gestão exigirá que se forme uma verdadeira cultura empresarial de competência e resultado, o que supõe profundas mudanças não só na estrutura, nos sistemas, nas políticas e práticas, mas também na mentalidade organizacional e individual. Nesse processo, a educação corporativa é fundamental.

Ao analisar as melhores práticas de educação corporativa, Eboli (2002) menciona que fica evidente a importância dos líderes e gestores assumirem papéis de educadores, responsabilizando-se pela educação e aprendizagem de suas equipes e comprometendo-se com todo o sistema.

O papel dos líderes e gestores é vital, não só por serem agentes de disseminação, consolidação e transformação da cultura organizacional, mas, sobretudo, porque pela atuação exemplar serão percebidos como lideranças educadoras, cujo modelo de comportamento deverá ser seguido e buscado pelos demais colaboradores da empresa.

Na gestão pública, um exemplo é o do Município de Curitiba, em parceria com o Instituto Municipal de Administração Pública (IMAP), que é uma autarquia municipal que presta serviços de consultoria em gestão pública aos órgãos da Prefeitura, que está concentrado no Desenvolvimento Contínuo da Capacidade do Governo do Município de Curitiba. Para isto, está desenvolvendo cinco estratégias:

- Gestão e Desenvolvimento do Capital Intelectual;
- Desenvolvimento Institucional da Prefeitura de Curitiba;
- Gestão Estratégica de Governo;
- Governança Social; e
- Desenvolvimento de Pessoas e Gestão de Excelência no IMAP.

O Desenvolvimento do Capital Intelectual dos Servidores Municipais de Curitiba propõe-se a criar vantagem competitiva para uma Gestão de Excelência na Prefeitura. É pela utilização contínua de ferramentas disponíveis para esse desenvolvimento que a IMAP promove o Desenvolvimento das Competências necessárias para o sucesso dos esforços governamentais: Banco de Talentos, Desenvolvimento e Certificação de Gestores, Premiação por Resultados, estímulo à formação acadêmica continuada (graduação, pós-graduação, mestrado), Banco e Mostras de Boas Práticas e de Trabalhos Acadêmicos, entre outras práticas. O acompanhamento sistemático da aplicabilidade, reação e satisfação nos programas desenvolvidos, permite avaliar os resultados dos investimentos feitos no desenvolvimento de habilidades e ampliação de conhecimentos e direcionamento das atitudes, no sentido de criar sinergia em toda a máquina administrativa. Nesta direção, os esforços são promovidos e coordenados pela Escola de Administração Pública, que conta com cerca de 35 técnicos próprios e uma centena de agentes contratados, entre os mais renomados profissionais da área, que dão apoio e monitoram essas ações.

Em São Paulo, com objetivo de fazer do Hospital Albert Einstein um espaço de excelência não apenas na assistência à saúde, mas também de gestão do conhecimento, em 2004, criou-se a Universidade Israelita da Saúde Albert Einstein (UISAE), inspirada no modelo das universidades corporativas, agrupando todas as atividades educacionais. Assim, a unificação das atividades trouxe ao colaborador/funcionário contratado pelo hospital e usuário uma visão

integrada e alinhada aos objetivos estratégicos da sociedade (Lottenberg, Weiss, 2006).

Além desses exemplos, diversos estudos comprovam que, por meio de competente gestão de pessoas com planos e sistemas focados em competências, a área de RH acompanha tendências que favorecem um salto qualitativo importante no sentido de maiores perspectivas para atingir os resultados e metas almejadas (Ubeda, 2003; Lacombe, 2005; Sarsur, 2007).

De modo geral, pode-se afirmar que existe um vazio de conhecimento e de relatos de experiências sobre a implantação de novos modelos de gestão e daqueles pautados em competências no âmbito das instituições prestadoras de serviços de saúde, sejam elas públicas ou privadas.

Tradicionalmente, o setor hospitalar caracterizou-se pela falta de profissionalização da gestão. A ineficiência gerada pela carência de profissionalização tem como resultado o uso inadequado de recursos, em particular, dos recursos humanos.

Os hospitais passaram por um período de grande evolução nas décadas de 1970 a 1990. Nesse período, conforme Maia e Gil (2002), não se preocuparam em adequar seus estabelecimentos às novas exigências do mercado. O seguimento hospitalar só promoveu mudanças radicais a partir dos anos 1990. Cortar custos e aumentar a eficiência passaram a se constituir nas palavras de ordem. Nesse novo contexto, emergiu a preocupação com a gestão de pessoas, e alguns hospitais particulares avançaram na direção da gestão por competências (Melenchion, 2006).

Nas organizações públicas, percebe-se também um esforço no plano gerencial, para a absorção e utilização de tecnologias gerenciais, oriundas do setor empresarial, como estratégias de legitimação perante o mercado e a sociedade em última instância e terminam por gerar custos substanciais não só de implementação, mas, de manutenção de modelos e práticas ineficientes e ineficazes

por não aderirem à realidade e ao contexto (Wood Júnior, Urban, 2002 *apud* Bergue, 2010).

Portanto, tomou-se como referência as tendências mais gerais na área de Administração, no que diz respeito à gestão de pessoas em que se constata desafios e tendências nas empresas brasileiras quanto à constituição das políticas voltadas à gestão de pessoas e reconhecendo as diferenças no que tange aos serviços públicos e privados, surgiu a motivação para a realização dessa pesquisa.

Considerando os desafios globais e os americanos relacionados aos Recursos Humanos em Saúde, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 2005, para incentivar transformações no processo de formação, a aproximação da geração de conhecimentos pela academia com os setores de serviços, é essencial para oferecer à sociedade profissionais habilitados às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS.

Ao considerar que a organização hospitalar tem muitas peculiaridades mas, que não difere de outras organizações no que diz respeito à gestão de pessoas, e com base no estudo realizado por Fischer e Albuquerque (2000) cujos resultados mostraram que as novas tendências que serão implementadas deverão incidir sobre princípios, filosofia e estratégias gerais de gestão de pessoas e constatamos ausência de investigações voltadas aos hospitais prestadores de serviço de saúde na rede pública.

Diante desse contexto, justifica-se o foco do presente estudo na gestão de pessoas em hospitais universitários públicos analisando o estado atual e tendências para a próxima década.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza prospectiva, de abordagem quanti-qualitativa.

Os estudos exploratórios procuram desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, são realizados quando o tema escolhido é pouco explorado e que se tornem difíceis formular hipóteses precisas sobre ele.

Os estudos descritivos objetivam descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre as variáveis (Gil, 2011).

Além disso, possibilitam obter melhor compreensão sobre o comportamento de vários fatores e elementos que influenciam certos fenômenos (Oliveira, 2004).

Para atingir os objetivos formulados, foi empregada a técnica Delphi, método prospectivo, com a finalidade de melhor compreender o cenário atual e a tendência na gestão de pessoas em hospitais universitários.

Conforme apontam Wright e Giovinazzo (2000), os métodos prospectivos são constituídos de técnicas extrapolativas, exploratórias e normativas. As extrapolativas são usadas para previsões de curto prazo nas situações, quando houver continuidade de tendências e séries históricas dos dados registrados que permitem a previsão pela extrapolação ao futuro dos acontecimentos ocorridos no passado.

As exploratórias buscam identificar os fatos e as ações que são capazes de alterar os caminhos percorridos, levando a situações futura; e na concepção normativa, objetivam orientar as ações que determinarão o futuro pela análise do ambiente confrontado com o objeto da previsão.

No Brasil, diversos estudos prospectivos foram feitos pelo Programa de Estudos do Futuro da Fundação Instituto de Administração da FEA/USP, usando a técnica Delphi que, desde 1979, realizou diversas aplicações nas áreas de economia, energia,

transporte, recursos humanos, telecomunicações e planejamento estratégico para órgãos governamentais e empresas públicas e privadas (Wright, 1994).

A técnica Delphi originou-se de estudos que visavam à defesa militar. No início, o estudo conhecido como “Projeto Delphi” foi desenvolvido pela Força Aérea *Rand Corporation*, nos anos de 1950, nos Estados Unidos da América, para obter a opinião de especialistas sobre o alvo ideal do sistema industrial e avaliar o número de bombas para reduzir a produção de munição (Fischer, Albuquerque, 2000).

Ao contrário de muitos métodos de previsão, esta técnica não tem objetivo de produzir uma única resposta, mas, provocar naqueles sem forte convicção a responsabilidade de justificar suas respostas extremas, para obter consenso e diminuir o intervalo de quartil, tanto quanto possível, sem pressionar o entrevistado (Wheelwright, Steven, 1985).

É uma técnica recomendável, quando não se dispõe de dados quantitativos, que não podem ser projetados para o futuro com segurança, e em situações quando se precisa de abordagem interdisciplinar ou estímulo de criação de ideias (Wright, Giovinazzo, 2000 e Scarparo et al., 2012).

Apresenta como vantagens: realizar previsões em situações de carência de dados históricos, a consulta a um grupo de especialistas, o anonimato nas respostas elimina a influência de fatores como o “status” acadêmico ou profissional, a possibilidade de reunião de opiniões de vários indivíduos sem precisar fixá-los em um mesmo lugar, sobretudo se as pessoas estiverem distantes geograficamente. As desvantagens são o retorno dos questionários e a identificação das pessoas que participarão do estudo (Wright, Giovinazzo, 2000).

A operacionalização da técnica Delphi ocorre por meio de um questionário interativo, que circula repetidas vezes por um grupo de especialistas.

Na presente investigação, definiu-se como foco de atenção investigativa os gestores estratégicos e/ou gerentes de RH dos hospitais universitários da cidade de São Paulo.

Na primeira rodada, os gestores receberam o questionário e com base em seu retorno, as respostas foram tabuladas e analisadas, recebendo tratamento estatístico simples, definindo-se a mediana e os quartis, e os resultados foram devolvidos aos participantes na rodada seguinte.

Na segunda rodada, os participantes foram solicitados a realizar um novo julgamento de suas opiniões, frente à previsão estatística de cada resposta, sendo possível mantê-la ou modificá-la diante do conhecimento do conjunto de respostas dos participantes.

O processo foi repetido por duas rodadas até que as divergências de opiniões entre os gestores foi reduzida e a resposta da última rodada foi considerada, como a previsão de tendências de consenso pelo grupo.

A técnica prevê que, após a circulação do questionário, se estructurem o conhecimento, a vivência e a criatividade do grupo sobre determinado tema por intermédio de um painel, no qual participam alguns especialistas, correspondendo ao pretexto de que o julgamento coletivo, quando organizado de modo adequado é superior ao de um só indivíduo (Wright, Giovinazzo, 2000)

Nesta etapa, o *feedback* é conduzido sob a forma de painel, o moderador pede que os especialistas justifiquem suas percepções e opiniões e sua discussão é estimulada entre os painelistas. Essa rodada corresponde à fase qualitativa da pesquisa, os envolvidos são estimulados a questionarem de modo crítico e reflexivo.

A técnica Delphi também vem sendo aplicada nas pesquisas na área da saúde: para validar instrumento de avaliação no âmbito da atenção primária (Lopes Júnior, 2010); validação de condutas de enfermagem (Fernandes, Tilbery, Avelar, 2011); na validação dos conteúdos dos diagnósticos de enfermagem e na construção e validação de instrumentos (Faro, 1997), para construção de critérios e

indicadores de resultados para a farmácia hospitalar (Torres, Castro, Pepe, 2007) entre outros.

4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

No Estado de São Paulo, existem 37 Hospitais de Ensino (HE) sendo: oito HE vinculados às Universidades a saber: (Hospital das Clínicas FMUSP, Hospital Universitário - USP, Hospital de Base de São José do Rio Preto, Hospital das Clínicas de Botucatu, Hospital das Clínicas de Campinas, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Fundação M. Ensino Superior de Marília e Hospital São Paulo - UNIFESP); nove HE Especializados; 15 HE vinculados a Faculdades e cinco HE conveniados com Faculdades.

Este estudo foi realizado em três hospitais universitários (HUs), sem fins lucrativos, vinculados às Universidades na cidade de São Paulo, aqui denominados como **Hospital A, Hospital B e Hospital C**.

Os sujeitos da pesquisa foram os gestores estratégicos desses hospitais que desempenham cargos de Diretoria. Para compor o grupo, os seguintes critérios de inclusão foram adotados:

- ser Diretor/Assessor / exercer a função de gerência de área ou serviços no hospital - ocupar cargo formal;
- liderar equipe de pessoas no desempenho do cargo de gerência; e
- possuir curso superior.

4.3 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

A primeira rodada constituiu-se de um estudo diagnóstico de abordagem quantitativa, com os gestores dos Hospitais Universitários. Os dados foram coletados por meio de um questionário.

O questionário cumpre, pelo menos, duas funções: descrição das características e avaliação das variáveis de um grupo social. Além de incluir as seguintes vantagens: a possibilidade de atingir grande número de pessoas, implicação de menores gastos com pessoal, garantir o anonimato das respostas, permitir que as pessoas respondam no momento que julgarem mais conveniente, não expor os pesquisados à influência de opiniões; mas, podem ser encontradas algumas limitações, tais como: excluir as pessoas que não sabem ler nem escrever, impedir o auxílio ao informante, impedir o conhecimento das circunstâncias em que foi respondido, não oferecer a garantia de que a maioria das pessoas faça sua devolução devidamente preenchido (Gil, 2011).

Para investigar as tendências em gestão de pessoas nos hospitais universitários, foi adotado o questionário validado na Pesquisa Delphi 2010, Fischer e Albuquerque (2000) desenvolvido no PROGE - Programa de Gestão de Pessoas da FIA/FEA/USP - Fundação Instituto de Administração da Universidade de São Paulo.

O questionário é composto de bloco de questões que dizem respeito aos principais aspectos que compõem um Modelo de Gestão de Pessoas (APÊNDICE A):

- Caracterização dos respondentes;
- Como ele percebe a natureza e intensidade das mudanças;
- Questões genéricas sobre as tendências na Gestão de Pessoas nos HUs;
- Tendências de mudança no ambiente e seus impactos na Gestão de Pessoas;
- Tendências de mudança na filosofia, princípios e políticas de gestão orientadores do modelo de gestão de pessoas;
- Tendência de mudança na estrutura, na organização do trabalho e no formato da função Recursos Humanos da empresa; e
- O perfil do profissional de Recursos Humanos exigido para o novo modelo.

A aplicação da pesquisa da técnica Delphi foi *in loco*, após a pesquisadora ter entregue a carta-convite, o questionário e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B) aos gestores que concordaram em participar da pesquisa, com tempo previsto de retorno de, no máximo, 1 mês.

Na segunda rodada, os gestores que participaram da primeira rodada, foram novamente convidados a analisarem as respostas que forneceram, mediante o conhecimento da resposta dos outros gestores. O quadro-síntese do questionário respondido pelos gestores e um novo questionário foram encaminhados, com a orientação de que poderiam manter ou mudar suas respostas, caso julgassem necessário.

O prazo de aplicação entre a entrega dos primeiros questionários e a devolução do segundo foi de 6 meses.

Na terceira rodada (painel), participaram seis pessoas, sendo quatro gestores e dois *experts*. O processo de escolha da amostra foi intencional, isto é, foram convidadas as pessoas que cumprissem com os requisitos de ter experiência prática na área de gestão de serviços de saúde, em níveis macro e estratégico e *experts* que estivessem na posição de participação acadêmica na formação de RH em saúde, inseridos em Universidades e com pesquisas sobre a temática da gestão de pessoas. Após a composição do grupo, foi acordado com os participantes uma data e local para debater o tema. Esse encontro foi divulgado para os gestores dos três hospitais e foi aberto àqueles que desejassem participar.

O painel foi dividido em três momentos: na abertura, foi apresentado um resumo da pesquisa, para que todos pudessem inteirar-se da temática e, em seguida, dois *experts* e quatro gestores apresentaram uma síntese entre 10 e 15 minutos cada um do tema que lhe foi designado, de forma a permitir que se chegasse a explicações sobre as tendências identificadas seguindo-se um debate sobre os resultados obtidos e melhor compreensão das tendências em gestão de pessoas nos hospitais universitários.

4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Neste estudo, os aspectos éticos foram observados, conforme a Resolução nº 196 /96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde que considera todo estudo que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou parte dele (Brasil, 1996).

No início, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) dos hospitais universitários para ser submetido à análise e, posteriormente, solicitou-se aos dirigentes das instituições hospitalares autorização para a coleta de dados nessas instituições (ANEXOS 1 e 2).

Após a etapa de aprovação pelos CEPs, começou a primeira rodada, os questionários foram entregues aos respondentes, com agendamento prévio; quando era explicitado o objetivo do estudo e fornecidas as explicações relativas a seu preenchimento, associadas às orientações por escrito, contidas em sua capa e a elucidação de alguns termos no glossário ao final do questionário.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita concomitantemente nos três Hospitais Universitários, nos meses entre maio e novembro de 2012. As instituições foram visitadas pela pesquisadora, que se colocou à disposição para eventuais esclarecimentos aos sujeitos.

A primeira rodada aconteceu entre maio e julho de 2012; a segunda entre agosto e novembro de 2012 e, no dia 5 de dezembro de 2012, houve a terceira rodada na modalidade de painel.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Nesta pesquisa, a fase de análise dos dados relativa às primeira e segunda rodadas, os resultados foram tabulados de forma mista, manual e eletrônica; sendo utilizado um banco de dados, criado em planilha no programa do Microsoft Excel do pacote Office.

As respostas obtidas foram descritas por frequências relativas no caso das variáveis categóricas e por médias e desvios-padrão no caso das variáveis quantitativas. As análises para o grupo total foram apresentadas, separadamente por instituição e rodada. No caso de variáveis com categorias “sim” e “não”, apenas as frequências relativas às respostas positivas foram apresentadas. Todas as medidas-resumo foram calculadas, empregando o número total de respostas válidas, excluindo os não respondentes, seja por restrição do instrumento ou por opção do participante. Na ausência de respostas numéricas para o cálculo da média, representamos a resposta por “--” e na ausência de variabilidade entre as variáveis numéricas ou nos casos em que apenas uma resposta foi observada o desvio-padrão foi representado por “--”.

As comparações entre as rodadas foram realizadas com o uso dos testes exatos de Fisher, no caso das variáveis qualitativas ou por testes de comparação de médias t de *Student*, no caso das variáveis quantitativas, em que foram comparadas também as variâncias nos grupos (Bussab, Morettin, 2002).

As diferenças observadas entre as primeira e segunda rodadas foram apresentadas no caso das variáveis categóricas. Valores p menores que 0,05 foram considerados estatisticamente significantes

A terceira rodada - Painel - foi filmada e gravada com a anuência dos participantes, e os dados foram analisados de modo qualitativo, pautando-se na técnica de análise temática das falas dos *experts* e gestores, conforme proposta de Minayo (2008).

Após o material ter sido transcrito e transformado em texto, foi feita a leitura flutuante e depois a busca dos significados expressos no discurso dos sujeitos a respeito do tema, procurando-se ressaltar e compreender a explicação qualitativa da estatística descritiva que foi feita na fase anterior.

Os conceitos e o referencial teórico expostos foram usados como construtos para orientar a análise do material empírico produzido pelo grupo de gestores e *experts*, participantes da terceira rodada.

4.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresentou as limitações de ordem amostral e de abrangência. A amostra foi não probabilística e limitada pelo número de 16 profissionais elegíveis nos três hospitais universitários do Município de São Paulo.

Desta forma, a realização das comparações entre as instituições observadas limitou-se à abordagem descritiva, visto que o pequeno tamanho da amostra por instituição impossibilitou a realização de testes estatísticos. A abrangência das conclusões deste estudo restringiu-se ao contexto dos hospitais universitários no Município de São Paulo, não podendo ser generalizada aos demais situados em outras localidades.

5.1 CAMPO DE ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO DOS CENÁRIOS DO ESTUDO

Hospital A

Inaugurado em 1944, trata-se de uma autarquia estadual vinculada à Secretaria de Estado da Saúde para fins de coordenação administrativa e associada à Faculdade de Medicina para fins de ensino, pesquisa e prestação de ações e serviços de saúde de alta complexidade destinados à comunidade.

Os órgãos da administração superior são: o Conselho Deliberativo, a Superintendência e a Diretoria Clínica. O Conselho Deliberativo é composto por Professores Titulares da Faculdade de Medicina. Cabe ao Conselho definir as diretrizes básicas das atividades médico-hospitalares de pesquisa e de cooperação com os cursos da Faculdade de Medicina; a Diretoria Clínica tem a atribuição de coordenar as atividades médicas e apoiar as de ensino e de pesquisa científica das unidades hospitalares; e a Superintendência é o órgão superior de direção executiva que coordena e controla as atividades de administração do Hospital A. O superintendente é nomeado pelo Governador do Estado. O Hospital A é composto por: oito Institutos, o Prédio da Administração Central, dois hospitais, Laboratório de Investigação Médica e o Serviço de Assistência Médica e Social aos Servidores.

A definição das Diretrizes Estratégicas do Hospital A é feita pela alta e média Administração, em evento próprio organizado pelo NPG, com a participação da Secretaria de Estado da Saúde, Faculdade de Medicina, membros do Conselho Deliberativo, Diretoria Clínica, Conselhos Diretores, Superintendência, Núcleos Técnicos, Ouvidoria Central, Diretorias Executivas e Assessorias.

O esquema utilizado para definir as estratégias do Hospital A é apresentado na Figura 1:

Fonte: Relatório de gestão 2010. Disponível em:
<http://www.hcnet.usp.br/publicacoes/index.htm>. Acesso em: 11jan2013

Figura 1. Missão, Visão e Valores do Hospital A, São Paulo - 2012.

A organização do trabalho é definida pela estrutura de cargos e funções-atividades definidas por decretos e leis específicas. Tanto os cargos e funções-atividade da área saúde como os da área meio contam com três níveis: elementar, intermediário e universitário. Os cargos e funções-atividade de encarregatura, chefia, supervisão, assistência e direção são exercidos em comissionamento ou em confiança e os demais são de execução. Com a classificação dos postos de trabalho dentro da estrutura organizacional, ficam definidas a hierarquia e o grau de autonomia.

A organização do trabalho vem sendo implementada no Hospital com base no modelo de estrutura matricial, cujas Unidades vinculadas transferem para sua estrutura o modelo desenhado para a Administração Superior.

Seus mecanismos de gerenciamento e de identificação de não conformidades são as atuações das Comissões Técnico-Científicas e Núcleos. Dentre os núcleos, há o Núcleo de Gestão de Pessoas (NGP), cujas atribuições envolvem, entre outras, o

desenvolvimento dos processos de trabalho, o planejamento, promoção e execução do programa de atendimento médico ao servidor e do programa de medicina, engenharia e segurança do trabalho. Para o NGP, o gerenciamento de seus processos é determinado por leis, decretos e normas regulamentares. Seus processos são projetados ou modificados visando ao cumprimento da legislação.

Os controles realizados correspondem ao cumprimento dos prazos para fechamento da folha de pagamento, itens do Edital e Instruções Especiais, para evitar recursos nos concursos públicos, o cumprimento de prazos para a instrução em processos judiciais, a concessão de benefícios, o cadastro de pessoal e vagas, a concessão dos direitos dos servidores e as ocorrências que geram os indicadores de pessoas. No tratamento das eventuais não conformidades identificadas, são usados os métodos para regularização, tais como: orientação, devolução e solicitação para o reprocessamento da folha de pagamento; anulação parcial ou total de concurso público e pedido de dilatação do prazo para análise de laudos.

Em 2010, a capacidade hospitalar mensal instalada foi de 2.217 leitos, dos quais estiveram em operação 2.020 leitos. O número de saídas hospitalares no período foi de 70.131, com volume mensal, em média, de 5.844. O volume médio de procedimentos cirúrgicos foi de 3.089 mensais, totalizando 37.063 cirurgias realizadas no ano. A taxa de ocupação mensal variou de 75% a 80,8%, sendo a média anual de 78,7%. A média de permanência hospitalar variou de 7,8 a 8,9 dias. Nas unidades de emergência, foram realizados 260.029 atendimentos (em média 21.669 mensais). O volume de atendimentos gerou 29.214 internações. Nos ambulatorios, foram realizadas 1.365.016 consultas médicas (média mensal de 113.751 consultas). O Hospital A ocupa uma área construída de, aproximadamente, 376.000,00 m.², possui um quadro de 14.690 funcionários e um orçamento estadual executado, em 2010, de R\$ 825.000.000,00. A este valor devem ser somados mais R\$ 429.000.000,00 de recursos extraorçamentários, gerados pela própria Instituição na prestação de serviços ao Sistema Único de

Saúde - SUS, planos de saúde e pacientes pagantes, por meio de duas Fundações (OSS).

Hospital B

Inaugurado em 1981, é um órgão complementar da Universidade Estadual, destinado ao ensino, à pesquisa e à extensão de serviços à comunidade, oferecendo assistência multidisciplinar integral de média complexidade, com base no perfil epidemiológico da região. É um hospital regionalizado, da rede pública estadual e conta com capacidade instalada de 308 leitos distribuídos nas quatro especialidades básicas: médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica.

A instituição tem como Missão - desenvolver atividades de ensino e pesquisa na área de saúde e assistência hospitalar de média complexidade, preferencialmente, às populações do Distrito de Saúde Butantã, prestando um serviço diferenciado com atendimento de excelência.

Sua Visão deverá consolidar-se como referência em hospital de complexidade média, por possibilitar ensino adaptado à realidade e propiciar pesquisa de tecnologias aplicáveis às demandas institucionais e como Valores - Assistência e Ensino com conteúdo integralizador de todo o processo de diagnóstico, tratamento, cuidado e reabilitação com ênfase no recurso humano por ser o capital principal do Hospital.

Os órgãos da administração superior são: o Conselho Deliberativo, a Superintendência e os Assistentes de Direção. O Conselho Deliberativo é composto por Professores das Faculdades: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Saúde Pública e Psicologia. O superintendente é nomeado pelo Governador do Estado.

As diretrizes de Gestão de Pessoas são definidas pela Comissão Central de Recursos Humanos (CCRH), que tem como atribuição definir políticas e diretrizes para Administração de Recursos Humanos da Universidade, atualizar, revisar e aperfeiçoar a estrutura da carreira, a estrutura salarial, apresentar subsídios para o

planejamento de formação e treinamento na Universidade, entre outros.

A organização do trabalho é definida por estrutura de cargos e funções-atividade, organizados hierarquicamente, conforme os diferentes níveis de complexidade e escolaridade. A carreira tem sua estrutura composta por três grupos: Básico, Técnico e Superior, cujas funções estão reunidas, de acordo com a escolaridade e agrupadas em famílias, conforme sua natureza. Cada grupo possui três faixas: I, II e III que caracterizam o grau de complexidade de uma função. Cada uma das faixas possui níveis que variam de A até K e indicam a possibilidade de movimentos horizontais, significando um ganho salarial da ordem de 5% entre um nível e o imediatamente superior.

A capacidade hospitalar mensal instalada, em 2011, foi de 236 leitos. O número de saídas hospitalares no período foi de 12.122, com volume mensal, em média de 1.010. O volume médio de cirurgia foi de 291 mensais, totalizando 3.496 cirurgias realizadas no ano. A taxa de ocupação mensal variou de 71,3% a 84,2%, sendo a média anual de 78,5%. A média de permanência hospitalar variou de 5,0 a 6,4 dias. Nas unidades de emergência, foram realizados 269.712 atendimentos (22.476 mensais); que geraram 12.143 internações. Nos ambulatórios, foram feitas 139.404 consultas médicas (média mensal de 11.617 consultas).

Sua estrutura organizacional é composta de três departamentos: Médico, Enfermagem e Administrativo. O Departamento Administrativo foi incorporado recentemente aos outros dois departamentos e conta com Divisão de Gestão de Pessoas em sua estrutura.

Hospital C

O Hospital C foi inaugurado, em 1936, tem como missão a prestação de assistência à saúde à população brasileira, por meio do Sistema Único de Saúde, e a formação de recursos humanos, que são imprescindíveis e contribuem para a qualidade do próprio SUS.

O Hospital C está passando por um importante momento de mudança, seja pelo estímulo financeiro do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF) do Ministério da Educação ou pelas mudanças ocorridas no Campus, decorrente da expansão da Universidade.

O atual modelo de gestão do Hospital C tem como órgão máximo, político e estratégico, um Conselho Gestor formado por docentes membros do Conselho de Administração da Associação para Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e do Conselho Universitário.

Os principais desafios estratégicos desse Conselho e da Diretoria Executiva composta pelo Diretor Superintendente, Diretor Técnico, Diretor Clínico, Diretora de Enfermagem, Diretor Administrativo, Gestão de Recursos Humanos e Tecnologia da Informação são: cumprir metas assistenciais dos Gestores Estaduais e Municipais firmados na contratualização do Hospital; atender às demandas solicitadas pelo Ensino; apoiar e estimular as atividades de Pesquisa; melhorar as condições da área física e infraestrutura, diminuindo as diferenças dos setores que ainda não receberam reformas; verticalizar as unidades ambulatoriais; implementar um sistema de informação institucional e investir no Sistema de Gestão da Qualidade, definindo e desenvolvendo os processos de trabalho de todos os profissionais em todos os setores, tendo como foco a segurança do paciente e o processo de Acreditação Hospitalar.

O investimento de capacitação e desenvolvimento do pessoal será primordial para uma mudança na cultura organizacional, que deverá focar a modernização do hospital, implementação de rotinas para a gestão de riscos e maior integração entre os profissionais e os diversos serviços.

Fonte: Traduzindo a missão em resultados. Disponível em: <http://www.hospitalsaopaulo.org.br/missao-e-valores>. Acesso em 11jan2013.

Figura 2. Missão e valores do Hospital C. São Paulo - 2012.

A instituição atende a todas as especialidades médicas, com vocação para procedimentos de alta complexidade. Mensalmente, são realizadas mais de 90 mil consultas, 2.600 internações, 1.600 cirurgias e cerca de 290 mil exames laboratoriais. Diariamente, são atendidos cerca de 4 mil pacientes ambulatoriais; e transitam pelos corredores do hospital mais de 840 residentes, cerca de 12 mil alunos de graduação e pós-graduação.

Tomando como base a descrição sumária da caracterização dos hospitais A, B e C, a seguir, nos dados do Quadro 1 constam o número de colaboradores e as diferentes formas de contratação dos três hospitais universitários:

Hospit al	Tipo	Composição	Número colaboradores
A	Autarquia Especial	Estatutários/CLT e Terceirizados	11.852 servidores, 2.326 Fundação “FM” e 766 da Fundação “Z”, totalizando 14.690 *
B	Autarquia	Estatutários/CLT e Terceirizados	1.798 CLT e 2 estatutários Totalizando 1.800
C	Privado sem fins lucrativos	Estatutários/CLT e Terceirizados	2.650 CLT 2.650 estatutários Totalizando 5.300 colaboradores

* dados de 2010

Quadro 3 - Caracterização dos Hospitais Universitários. São Paulo, 2012.

Em relação aos HUs, pode-se afirmar que o tempo médio de atuação dos HUs é de 58 anos, com tempo mínimo de 31 anos de atividade e tempo máximo de 76 anos, cumprindo a dupla finalidade de assistência direta à população e de apoio ao ensino e à pesquisa das universidades. Os três hospitais são certificados como hospital de ensino, conforme determinado nas Portarias Interministeriais nº 1.006/2004 e GM/MS 1.702/2004 que incluem: abrigar programas de Residência Médica, garantir acompanhamento docente para os estudantes de graduação e preceptoria para os residentes, possuir instalações adequadas ao ensino, realizar atividades regulares de pesquisa, dispor de programa institucional de desenvolvimento de docentes, preceptores, profissionais técnico-assistenciais, gerentes e profissionais de nível técnico, entre outros (Borges Neto, 2007)

Quanto às diferentes formas de contratação dos profissionais, verificou-se que os três HUs têm, pelo menos, duas categorias: concursados e terceirizados.

Nos Hospitais A e C adotaram o modelo de gestão contratualizada com Organizações Sociais de Saúde (OSS). Nesse tipo de pactuação de gestão, os novos colaboradores foram contratados pelas OSS, representando em média 50% da força de trabalho no Hospital C. No Hospital A, cerca de 21% dos profissionais, recebem a

complementação salarial pela Fundação, como se pode verificar nos dados do Quadro 3.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

A idade (mediana) dos gestores foi de 41 anos, sendo a mínima de 26 e a máxima de 54 anos, com predomínio na faixa etária de 31 a 50 anos (74%).

Quanto ao gênero, 50% deles eram do sexo feminino e 50%, do masculino. Quanto à formação, sete (44%) eram da área da Saúde (Medicina e Enfermagem), seis (37%) com formação em Ciências Humanas (Administração, Letras e Marketing), um (6%) com formação em Ciências Exatas (Matemática) e dois não responderam, conforme se pode observar nos dados do Quadro 4.

Gestor	Sexo	Idade	Formação	Cargo	Pós-graduação	Tempo no Cargo
1	M	41	Administração	Diretor RH	-	8 meses
2	F	26	Administração	Gerente RH	Adm. Em Saúde	7 meses
3	F	39	Administração	Chefe RH	-	8 meses
4	M	51	Administração	Assist. Técnico RH	Gestão Pessoas	15 anos
5	F	34	----	Chefe RH	RH	8 anos
6	M	36	Enfermagem	Gerente Desenv.	Gestão Pessoas	4 anos
7	F	35	Letras	Diretor RH	-	1 ano
8	M	35	Medicina	Diretor SAMSS	Cirurgia Geral	1 ano
9	M	49	Medicina	Diretor Departamento	Livre-Docência Medicina	6 anos
10	F	54	Enfermagem	Diretor Departamento	Livre-Docência Enfermagem	3 anos
11	M	39	Medicina	Assist. Téc. Direção	FGV	1 ano

Gestor	Sexo	Idade	Formação	Cargo	Pós-graduação	Tempo no Cargo
12	F	47	Enfermagem	Assist. Téc. Direção	Administração Hospitalar	9 anos
13	F	45	Marketing	Assist. Téc. Direção	Economia	1 ano
14	M	47	- - -	Diretor RH	RH	9 anos
15	F	54	Enfermagem	Diretora Enfermagem	Enf. do Trabalho	8 anos
16	M	41	Matemática	Diretor Administrativo	Gestão em Saúde	2 anos

Dois gestores não informaram a formação

Quadro 4 - Caracterização dos sujeitos do estudo. São Paulo, 2012.

Dentre 16 gestores, 13 (81,2%) realizaram pós-graduação e três (18,8%) não o fizeram, o que indica que a maioria buscou aprimoramento após a formação inicial da graduação, demonstrando necessidade de estudos complementares para progressão na carreira dos cargos que ocupam.

O tempo de experiência no cargo variou de 7 meses a 15 anos. Quanto ao cargo, verificou-se que três (18,8%) eram Diretores de RH, três (18,8%) ocupavam cargo de gerentes/chefe de RH, dois (12,6%) eram Assistentes de Direção, um (6,2%) Diretor de Departamento, um (6,2%) Gerente de Desenvolvimento, um (6,2%) Assistente Técnico de RH e um (6,3%) Diretor da Saúde e Segurança.

Vale ressaltar que a maioria dos gestores detém um bom nível de experiência nos respectivos hospitais, uma vez que o tempo de serviço obteve a mediana de 8,5 anos, variando de 7 meses a 32 anos.

5.3 ANÁLISE COMPARATIVA DAS RODADAS

Natureza e Intensidade das Mudanças

Inicialmente, a pesquisa procurou constatar a opinião dos gestores quanto à ocorrência de mudanças no modelo de gestão de pessoas dos hospitais universitários nos próximos 10 anos. Questionou-se se haveria alterações, sua intensidade e em que aspecto do modelo elas incidiriam. Os resultados foram sintetizados nos dados da Tabela 1.

Tabela 1 - Identificação da intensidade das mudanças. São Paulo, 2012.

Intensidade das Mudanças	1^a Rodada	2^a Rodada[#]	Diferença ^{&}
Ocorrerão mudanças significativas	81,2%	86,7%	5,5%
Ocorrerão mudanças radicais	12,5%	6,7%	-5,8%
Ocorrerão mudanças pouco significativas	6,2%	6,7%	0,5%
Não ocorrerão mudanças	0%	0%	0,0%

[#]: Não houve diferença estatisticamente relevante entre as duas rodadas. [&]: Diferença percentual observada entre primeira e segunda rodada.

A maioria dos gestores considera que haverá mudanças significativas (86,7%) nos próximos 10 anos nos Hospitais Universitários. Nenhum gestor acredita que o modelo permanecerá o mesmo, apenas 6,7% consideram que as alterações serão de pouco impacto a moderado. As respostas nas primeira e segunda rodadas podem ser consideradas similares, já que as comparações não mostraram diferença estatisticamente significativa, e as diferenças percentuais entre as respostas das primeira e da segunda rodadas variaram entre -5,5 e 5,8%. Na comparação entre os três hospitais universitários (Tabela 2), o Hospital C foi o único a assinalar que ocorrerão mudanças radicais (33,3%).

Tabela 2 - Identificação da intensidade das mudanças, segundo hospitais universitários. São Paulo, 2012.

Intensidade das Mudanças	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Final
Ocorrerão mudanças significativas	100%	80,0%	66,6%	86,7%
Ocorrerão mudanças radicais	0%	0%	33,3%	6,7%
Ocorrerão mudanças pouco significativas	0%	20,0%	0%	6,7%
Não ocorrerão mudanças	0%	0%	0%	0%

Como pode ser observado nos dados da Tabela 3, as mudanças não foram identificadas de forma homogênea em todas as dimensões do modelo, resultado observado tanto na primeira como na segunda rodada, sem diferenças estatisticamente significantes. As mudanças que serão implementadas nos modelos de gestão de pessoas nos hospitais universitários deverão incidir predominantemente sobre *as práticas e instrumentos de gestão*, 50% dos gestores preveem algum tipo de alteração nessa dimensão do modelo nos próximos 10 anos.

Tabela 3 - Identificação da natureza das mudanças. São Paulo, 2012.

Natureza das mudanças	1ª Rodada	2ª Rodada [#]	Diferença ^{&}
As práticas e os instrumentos de gestão	33,3%	50,0%	16,7%
A estrutura e a forma de organização de trabalho do profissional de RH	20,0%	21,4%	1,4%
O perfil do profissional de RH, sua formação e a forma de atuação	20,0%	14,3%	-5,7%
Os princípios, a filosofia e as estratégias gerais de gestão	20,0%	7,1%	-12,9%

[#]: Não houve diferença estatisticamente relevante entre as duas rodadas. [&]: Diferença percentual observada entre primeira e segunda rodada.

Para os gestores, os *princípios, a filosofia e as estratégias gerais de gestão* (7,1%) sofrerão pouca alteração nos HUs, entretanto, Bergue (2010) sinaliza que as organizações públicas podem experimentar melhorias em seu sistema de gestão de pessoas, conduzindo um processo de mudança, inicialmente cultural, que transforme as diretrizes tradicionais, orientando-se para o desenvolvimento de um modelo dinâmico, cíclico e virtuoso de gestão de pessoas, a partir do sistemático repensar das práticas gerenciais.

Tendências de Mudança no Ambiente e seus Impactos na Gestão de Pessoas

Com base na Pesquisa Delphi RH 2010, Fischer e Albuquerque (2000) e constatada a hipótese de que nos próximos 10 anos haverá alterações substanciais no modelo de gestão de pessoas, buscou-se identificar os fatores que estariam provocando a adoção dessas novas tendências. Perguntou-se aos gestores quais mudanças no ambiente que os estariam levando a implantar mudanças nos modelos de gestão dos hospitais. Para isso, foram utilizadas três perguntas:

1. Qual a relevância da alteração no ambiente para a gestão de pessoas?
2. Se o HU do respondente já havia se adaptado a essa alteração?
3. Se esta mudança de ambiente seria mantida nos próximos 10 anos?

A seguir, os resultados são apresentados em forma de tabelas que descrevem os dados das duas rodadas da pesquisa. Em geral, os resultados da segunda rodada foram analisados, visto ter sido bastante significativo o consenso entre os respondentes nas duas etapas da pesquisa.

Das doze tendências de alterações no ambiente oferecidas aos gestores, cinco foram consideradas mais relevantes ao modelo de gestão de pessoas dos HU, conforme se pode observar nos dados da Tabela 4.

Tabela 4 - Relevância das Tendências de mudança no ambiente e seus impactos na gestão de pessoas. São Paulo, 2012.

Mudança no ambiente	1ª Rodada	2ª Rodada[#]	Diferença^{&}
1. Mudanças na Tecnologia aplicada aos processos produtivos e organizacional	100,0%	100,0%	0,0%
2. Questionamento do papel social da empresa, consciência de cidadania e do direito do consumidor	100,0%	100,0%	0,0%
3. Intensificação da tendência de busca da Qualidade dos processos e produtos	100,0%	100,0%	0,0%
4. Globalização da Economia, Empresas e Negócios	87,5%	86,7%	-0,8%
5. Mudanças no papel e forma de organização dos sindicatos	81,3%	80,0%	-1,3%
6. Mudanças na legislação trabalhista flexibilizando as relações empregatícias (terceirização)	81,3%	73,3%	-8,0%
7. Acirramento da competição entre empresas pela entrada de novos competidores no mercado	62,5%	66,7%	4,2%
8. Intensificação do processo de fusões e aquisições	68,8%	66,7%	-2,1%
9. Tendência de adoção de Sistemas Integrados de Gerenciamento	68,8%	66,7%	-2,1%
10. Integração do Brasil em blocos econômicos	62,5%	66,7%	4,2%
11. Efetivação do processo de privatização, levando o Estado a deixar de atuar diretamente nos setores produtivos	62,5%	60,0%	-2,5%
12. Trabalho à distância (teleworking e homeworking)	75,0%	60,0%	15,0%

[#]: Não houve diferença estatisticamente relevante entre as duas rodadas. [&]: Diferença percentual observada entre primeira e segunda rodadas.

Dentre as tendências mais citadas, três destacaram-se por unanimidade (100%) entre os respondentes: *mudanças na tecnologia aplicada aos processos produtivos e organizacionais, no questionamento do papel social da empresa, consciência de cidadania e do direito do consumidor da instituição e na busca da Qualidade dos processos e produtos.*

A efetivação do processo de privatização, levando o Estado a deixar de atuar diretamente nos setores produtivos e trabalho a distância são as tendências consideradas pelos gestores como menos relevantes (60%), sobretudo com a participação das OSS nos HUs, possibilitando autonomia administrativa e orçamentária e políticas flexíveis de recursos humanos.

Ao usar o mesmo conjunto de tendências do macroambiente social, econômico e organizacional, foi perguntado aos gestores se o modelo de gestão de pessoas dos HU já havia se ajustado a essas tendências. Os resultados aparecem nos dados da Tabela 5 a seguir.

Tabela 5 - Adequação dos hospitais universitários, segundo mudanças no ambiente. São Paulo, 2012.

Mudança no Ambiente	1^a Rodada	2^a Rodada[#]	Diferença^{&}
Mudanças no papel e forma de organização dos sindicatos	75,0%	60,0%	-15,0%
Intensificação da tendência de busca da Qualidade dos processos e produtos	40,0%	58,3%	18,3%
Efetivação do processo de privatização, levando o Estado a deixar de atuar diretamente nos setores produtivos	22,2%	42,9%	20,7%
Mudanças na legislação trabalhista flexibilizando as relações empregatícias (terceirização)	38,5%	40,0%	1,5%
Ampliação do questionamento do papel social da empresa, consciência de cidadania e do direito do consumidor	33,3%	38,5%	5,2%
Intensificação do processo de fusões e aquisições	40,0%	37,5%	-2,5%
Tendência de adoção de Sistemas Integrados de Gerenciamento	18,2%	33,3%	15,1%
Mudanças na Tecnologia aplicada aos processos produtivos e organizacionais	20,0%	30,8%	10,8%
Acirramento da competição entre empresas pela entrada de novos competidores no mercado	33,3%	25,0%	-8,3%
Globalização da Economia, Empresas e Negócios	15,4%	25,0%	9,6%
Integração do Brasil em blocos econômicos	20,0%	22,2%	2,2%
Trabalho à distância (teleworking e homeworking)	0,0%	0,0%	0,0%

#: Não houve diferença estatisticamente relevante entre as duas rodadas. &: Diferença percentual observada entre primeira e segunda rodadas.

Os resultados demonstraram a tendência de busca da Qualidade dos processos e produtos (58,3%) é aquela que os HUs mais se ajustaram, até agora, além da mudança no papel e forma de organização dos sindicatos (60,0%). Estes resultados não diferiram estatisticamente entre as primeira e segunda rodadas.

O *trabalho a distancia*, não citado entre os respondentes, é a tendência que os HUs demonstram estar menos preparados para enfrentar.

Os gestores foram estimulados a classificar em uma escala de 0 a 10 o quanto as mudanças estarão interferindo no modelo de Gestão de Pessoas nos próximos 10 anos. Os resultados são apresentados nos dados da Tabela 6, a seguir.

Tabela 6 - Grau de interferência das mudanças no ambiente e seus impactos na gestão de pessoas nos próximos 10 anos. São Paulo, 2012.

Mudança no Ambiente	1ª Rodada *	2ª Rodada *#	Diferença &
Tendência de busca da Qualidade dos processos e produtos	8,8 (1,2)	8,6 (1,3)	-2,3%
Questionamento do papel social da empresa, consciência de cidadania e do direito do consumidor	8,8 (1,1)	8,6 (1,4)	-2,3%
Mudanças na Tecnologia aplicada aos processos produtivos e organizacional	8,4 (1,2)	8,4 (1,2)	0,0%
Efetivação do processo de privatização, levando o Estado a deixar de atuar diretamente nos setores produtivos	7,8 (1,3)	8,1 (1,7)	3,8%
Globalização da Economia, Empresas e Negócios	7,4 (2,7)	8,0 (1,7)	8,1%
Mudanças na legislação trabalhista flexibilizando as relações empregatícias (terceirização)	7,4 (1,7)	7,2 (1,5)	-2,7%
Tendência de adoção de Sistemas Integrados de Gerenciamento	7,8 (1,9)	7,1 (2,2)	-9,0%
Acirramento da competição entre empresas pela entrada de novos competidores no mercado	7,3 (3,1)	7,1 (2,3)	-2,7%
Integração do Brasil em blocos econômicos	5,2 (3,1)	6,8 (2,7)	30,8%
Mudanças no papel e forma de organização dos sindicatos	6,2 (1,7)	6,5 (1,4)	4,8%
Trabalho à distância (teleworking e homeworking)	5,5 (3,1)	6,0 (2,6)	9,1%

*: Dados descritos em média (Desvio padrão) &: Diferença percentual observada entre primeira e segunda rodadas. #: Não houve diferença estatisticamente relevante entre as duas rodadas.

Dentre as doze tendências de mudança no ambiente que podem afetar as decisões sobre estratégias e políticas de Gestão de Pessoas, os gestores consideraram que cinco delas deverão ter maior interferência nos próximos 10 anos nas decisões sobre estratégias e políticas de Gestão de Pessoas. São elas:

1. Tendência de busca da Qualidade dos processos e produtos;
2. Questionamento do papel social da instituição, cidadania e direitos do consumidor;
3. Mudanças na tecnologia aplicada aos processos produtivos e organizacionais;
4. Efetivação do processo de privatização, levando o Estado a deixar de atuar diretamente nos processos produtivos; e
5. Globalização da Economia, empresas e negócios.

Três tendências destacaram-se por unanimidade (100%) entre os respondentes: *mudanças na tecnologia aplicada aos processos produtivos e organizacionais, no questionamento do papel social da empresa, consciência de cidadania e do direito do consumidor da instituição e na busca da Qualidade dos processos e produtos* e na opinião dos gestores, trata-se de uma mudança de grande impacto para o modelo de Gestão de Pessoas, às quais os HUs ainda não se adaptaram: a *busca da Qualidade dos processos e produtos* (média 8,6), *questionamento do papel social da instituição, cidadania e direitos do consumidor* (média 8,6) e *mudanças na tecnologia aplicada aos processos produtivos e organizacionais* (média 8,4) correspondem a aspectos para os quais os gestores deveriam direcionar sua atenção no sentido de avançar em governabilidade.

Os Princípios que Orientarão os Modelos de Gestão de Pessoas

Para que a atuação seja integrada e estrategicamente orientada, todo modelo de gestão deverá ser dirigido baseado em princípios, sejam eles previamente estabelecidos ou não, estejam eles

formalizados ou subjacentes às políticas e práticas adotadas pela organização. Nesta etapa da pesquisa, as tendências referentes às diretrizes gerais de gestão, retiradas da literatura e baseadas na pesquisa Fischer e Albuquerque (2000) foram colocadas em julgamento para os gestores pesquisados.

Quatro questões foram formuladas aos profissionais, que se aplicam a todos os demais aspectos abordados pela pesquisa. Perguntava-se se o princípio ou filosofia de gestão era considerado relevante à organização, ou seja, se estava sendo considerado nas decisões sobre Gestão de Pessoas da organização do respondente. Em segundo lugar, se já havia sido introduzido no modelo de gestão e se seria incorporado nos próximos 10 anos. Além disso, era indagado o grau de dificuldade para se implantar esse princípio no hospital.

Nos dados da Tabela 7, são apresentados a Relevância da Filosofia e os princípios de gestão aos gestores dos HUs.

Tabela 7 - Filosofia e princípios de gestão - Relevância. São Paulo, 2012.

Filosofia e princípios de gestão	1ª Rodada	2ª Rodada[#]	Diferença^{&}
1. Empowerment	100,0%	100,0%	0,0%
2. Gestão de Recursos Humanos coerente com o negócio da organização	100,0%	100,0%	0,0%
3. Estratégias do comprometimento da força de trabalho com os objetivos organizacionais	100,0%	100,0%	0,0%
4. Educação Corporativa	93,3%	100,0%	6,7%
5. Autodesenvolvimento	93,3%	100,0%	6,7%
6. Gestão de Competências	93,8%	93,3%	-0,5%
7. Gestão de Conhecimento	93,3%	92,9%	-0,4%
8. Utilização de diferentes vínculos de trabalho e formas de relacionamento com os funcionários	86,7%	85,7%	-1,0%
9. Empregabilidade	73,3%	85,7%	12,4%

[#]: Não houve diferença estatisticamente relevante entre as duas rodadas. [&]: Diferença percentual observada entre primeira e segunda rodadas.

Não houve diferenciação significativa sobre a relevância das filosofias e dos princípios pesquisados, todos foram considerados de alta relevância nas duas rodadas, sendo que a diferença percentual máxima entre as duas rodadas foi 12%, para o item *Empregabilidade*. Vale ressaltar, porém, o consenso absoluto (100%) que caracterizou a *empowerment*, *gestão de RH coerente com o negócio da organização*, *comprometimento da força de trabalho com os objetivos organizacionais*, *educação corporativa* e *autodesenvolvimento*. Estes princípios serão certamente os principais focos de atenção dos gestores para os próximos 10 anos.

Os resultados referentes ao mesmo conjunto de princípios oferecidos aos respondentes quanto ao grau de adoção pelos HUs atualmente apresentaram maior variação, conforme se pode observar nos dados da Tabela 8.

Tabela 8 - Filosofia e princípios de gestão - Introduzidos nos HUs. São Paulo, 2012.

Filosofia e princípios de gestão	1ª Rodada	2ª Rodada[#]	Diferença^{&}
Utilização de diferentes vínculos de trabalho e formas de relacionamento com os funcionários	100,0%	100,0%	0,0%
Gestão de Recursos Humanos coerente com o negócio da organização	60,0%	57,1%	-2,9%
Autodesenvolvimento	57,1%	50,0%	-7,1%
Gestão de Competências	40,0%	46,2%	6,2%
Empowerment	33,3%	42,9%	9,6%
Gestão de Conhecimento	42,9%	41,7%	-1,2%
Educação Corporativa	35,7%	35,7%	0,0%
Estratégias do comprometimento da força de trabalho com os objetivos organizacionais	33,3%	28,6%	-4,7%
Empregabilidade	18,2%	18,2%	0,0%

[#]: Não houve diferença estatisticamente relevante entre as duas rodadas. [&]: Diferença percentual observada entre a primeira e a segunda rodada.

Dentre os nove princípios de gestão, a *utilização de diferentes vínculos de trabalho e as formas de relacionamento* aparecem como princípio de alta relevância e que já foram incorporados em 100% pelos HUs nos últimos anos.

A *educação corporativa* (35,7%) representa uma perspectiva relativamente nova para o modelo de gestão e ainda pouco utilizada. A empregabilidade (18,2%) e o comprometimento da força de trabalho com os objetivos organizacionais (28,6%) são princípios de gestão com maior grau de dificuldade de introdução. Não foram observadas diferenças significantes entre as rodadas, e a maior variação observada entre rodadas foi no item *Empowerment*, que sofreu variação de 9,6%.

Tabela 9 - Filosofia e princípios de gestão - Incorporação nos próximos 10 anos. São Paulo, 2012.

Filosofia e princípios de gestão	1ª Rodada	2ª Rodada^{##}	Diferença^{&}
Autodesenvolvimento	100,0%	100,0%	0,0%
Empregabilidade	100,0%	100,0%	0,0%
Gestão de Competências	100,0%	100,0%	0,0%
Gestão de Conhecimento	100,0%	100,0%	0,0%
Estratégias do comprometimento da força de trabalho com os objetivos organizacionais	100,0%	100,0%	0,0%
Utilização de diferentes vínculos de trabalho e formas de relacionamento com os funcionários	100,0%	100,0%	0,0%
Educação Corporativa	88,9%	92,3%	3,4%
Empowerment	90,0%	91,7%	1,7%
Gestão de Recursos Humanos coerente com o negócio da organização	83,3%	90,0%	6,7%

#: Não houve diferença estatisticamente relevante entre as duas rodadas. &: Diferença percentual observada entre primeira e segunda rodadas.

Não foi possível discriminar os princípios/filosofia de gestão pesquisados quanto à sua importância no futuro. Todos foram considerados igualmente relevantes nas duas rodadas pelos gestores

dos HUs, indicando que deverão ser perseguidos. Se já tiverem sido incorporados, deverão ser mantidos, caso contrário, o hospital precisará esforçar-se por implantá-los se quiser fazer parte dos hospitais, que têm recebido credenciamento e certificações de qualidade.

A última questão desse tópico refere-se ao grau de dificuldade que cerca a implementação desses princípios. Os dados da Tabela 10 apresentam esses resultados.

Tabela 10 - Filosofia e princípios de gestão - Grau de dificuldade para implementação. São Paulo, 2012.

Filosofia e princípios de gestão	1ª Rodada *	2ª Rodada *#	Diferença&
Estratégia do comprometimento da força de trabalho com os objetivos organizacionais	9,1 (0,8)	8,6 (1,3)	-5,5%
Gestão de Competências	8,1 (2,1)	8,6 (1,2)	6,2%
Gestão de Conhecimento	8,6 (1,6)	8,5 (1,4)	-1,2%
Empowerment	8,4 (1,1)	8,3 (1,3)	-1,2%
Empregabilidade	8,0 (1,5)	8,3 (1,5)	3,8%
Gestão de Recursos Humanos coerente com o negócio da organização	8,6 (1,9)	8,2 (1,5)	-4,7%
Autodesenvolvimento	8,6 (0,9)	8,2 (1,3)	-4,7%
Educação Corporativa	8,3 (2,1)	7,4 (2,2)	-10,8%
Utilização de diferentes vínculos de trabalho e formas de relacionamento com os funcionários	--	7,0 (2,3)	--

*: Dados descritos em média (Desvio padrão) &: Diferença percentual observada entre as primeira e segunda rodadas.

Nenhum dos princípios apresentados foi considerado de baixa dificuldade de implantação, entretanto alguns se mostraram mais complexos que outros. O *comprometimento da força de trabalho com os objetivos organizacionais* (média de dificuldade 8,6), *gestão de competências* (média 8,6) e *gestão de conhecimento* (média 8,5) foram as orientações consideradas mais difíceis de serem implementadas

nos HUs nas duas rodadas da pesquisa, e serão os grandes desafios dos gestores de pessoas da próxima década.

A educação corporativa e a utilização de diferentes vínculos de trabalho parecem conceitos mais dominados pelos profissionais pesquisados e sua implantação ou adequação poderá ocorrer com maior facilidade.

Políticas de Gestão de Pessoas

As políticas de gestão de pessoas são também diretrizes do modelo, pois orientam os processos de Recursos Humanos, dando-lhes consistência e criando referências para a prática dos agentes envolvidos ao longo do tempo. A seleção das políticas de gestão consideradas tendências futuras também foi feita com base na Pesquisa Delphi, conduzida por Fischer e Albuquerque (2000). Dentre as 13 diferentes políticas de recursos humanos, os gestores também se posicionaram quanto à relevância, incorporação até aqui pelos HUs, previsão de incorporação futura e dificuldade de implantação de cada uma delas. Os resultados quanto à relevância são apresentados nos dados da Tabela 11.

Tabela 11 - Política de gestão de pessoas - Relevância. São Paulo, 2012.

Política de gestão de pessoas	1ª Rodada	2ª Rodada #	Diferença^{&}
Feedback freqüente aos funcionários sobre sua atuação, para melhor gerenciamento de suas carreiras e autodesenvolvimento	100,0%	93,3%	-6,7%
Gestão de Carreiras para a compatibilização dos projetos de desenvolvimento das pessoas com o projeto de desenvolvimento da organização	93,8%	93,3%	-0,5%
Ênfase na Gestão de Pessoas às necessidades biopsicossociais dos empregados, por meio de políticas de Qualidade de Vida no Trabalho	93,8%	93,3%	-0,5%

Benefícios flexíveis definidos com a participação dos funcionários	81,3%	93,3%	12,0%
Maior poder de decisão das chefias sobre a remuneração de sua equipe	81,3%	93,3%	12,0%
Práticas de monitoramento contínuo do ambiente organizacional	87,5%	92,9%	5,4%
Utilização de meios de Educação a Distância	87,5%	92,9%	5,4%
Benefícios proporcionalmente menores na remuneração	81,3%	86,7%	5,4%
Parcerias com Instituições externas de ensino em promoção de programas de capacitação	81,3%	86,7%	5,4%
Utilização intensiva de meios informatizados de autoaprendizagem	75,0%	80,0%	5,0%
Controle mais restrito das verbas remuneratórias.	73,3%	80,0%	6,7%
As políticas diferenciadas de acordo com os diferentes grupos ocupacionais, ex: executivos, profissionais técnicos, operativos, etc.	68,8%	73,3%	4,5%
Remuneração mais vinculada à capacidade de entrega do funcionário	50,0%	71,4%	21,4%

#: Não houve diferença estatisticamente relevante entre as duas rodadas. &: Diferença percentual observada entre primeira e segunda rodadas.

Das treze políticas de gestão consideradas mais relevantes no futuro, sete podem ser consideradas de alta relevância para a Gestão de Pessoas: *feedback frequente aos funcionários sobre sua atuação (93,3%), gestão de carreiras (93,3%), ênfase na Gestão de Pessoas às necessidades biopsicossociais dos colaboradores (93,3%), benefícios flexíveis definidos com a participação dos funcionários (93,3%) e utilização de meios de educação a distância (93,3%)*, conforme podemos verificar nos dados na Tabela 11. Duas tendências podem ser consideradas de baixa relevância: *políticas diferenciadas, de acordo com os diferentes grupos ocupacionais (73,3%) e remuneração mais vinculada a capacidade de entrega (71,4%)*. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre as rodadas, e a maior diferença percentual observada entre as rodadas foi de 21,4%,

no item *Remuneração mais vinculada à capacidade de entrega do funcionário*.

Solicitamos aos gestores que informassem sobre as políticas sugeridas, quais as que já vêm sendo incorporadas ao Modelo de Gestão de Pessoas do HU onde atuam. Os resultados obtidos são apresentados nos dados da Tabela 12.

Tabela 12 - Política de gestão de pessoas - Introduzidos nos HUs. São Paulo, 2012.

Políticas de gestão de pessoas	1ª Rodada	2ª Rodada #	Diferença^{&}
Intensificação de parcerias com Instituições externas de ensino em programas de capacitação	69,2%	76,9%	7,7%
Práticas de monitoramento contínuo do ambiente organizacional	64,3%	69,2%	4,9%
Feedback frequente aos funcionários sobre sua atuação, para melhor gerenciamento de suas carreiras e autodesenvolvimento	43,8%	66,7%	22,9%
Ênfase na Gestão de Pessoas às necessidades biopsicossociais dos empregados, por meio de políticas de Qualidade de Vida no Trabalho	66,7%	64,3%	-2,4%
Utilização de meios de Educação a Distância	42,9%	53,8%	10,9%
Utilização intensiva de meios informatizados de autoaprendizagem	41,7%	50,0%	8,3%
Maior poder de decisão das chefias sobre a remuneração de sua equipe	30,8%	50,0%	19,2%
Controle mais restrito das verbas remuneratórias	45,5%	41,7%	-3,8%
A Gestão de Carreiras para a compatibilização dos projetos de desenvolvimento das pessoas com o projeto de desenvolvimento da organização	26,7%	42,9%	16,2%
Remuneração mais vinculada à capacidade de entrega do funcionário	12,5%	40,0%	27,5%
Benefícios proporcionalmente menores na remuneração.	46,2%	38,5%	-7,7%

Políticas de gestão de pessoas	1ª Rodada	2ª Rodada #	Diferença&
As políticas diferenciadas de acordo com os diferentes grupos ocupacionais, ex: executivos, profissionais técnicos, operativos, etc.	18,2%	18,2%	0,0%
Benefícios flexíveis definidos com a participação dos funcionários.	7,7%	14,3%	6,6%

#: Não houve diferença estatisticamente relevante entre as duas rodadas. &: Diferença percentual observada entre primeira e segunda rodadas.

Dentre as treze políticas de Gestão de Pessoas, no modelo atual a *parceria com Instituições externas de ensino em programas de capacitação* foi adotada pela maioria dos HUs (76,9%), pois os hospitais são vinculados às universidades e as capacitações são planejadas, em conjunto, com as unidades de ensino.

As *práticas de monitoramento contínuo do ambiente organizacional* (69,2%), *feedback frequente aos funcionários sobre sua atuação* (66,7%), *ênfase na Gestão de Pessoas às necessidades biopsicossociais dos colaboradores* (64,3%) foram praticamente introduzidas nos HUs.

As *políticas diferenciadas de acordo com os diferentes grupos operacionais* (18,2%) e *benefícios flexíveis definidos com a participação dos funcionários* (14,3%) são políticas apontadas como alta relevância, porém de difícil introdução no modelo atual.

A previsão de incorporação das políticas nos próximos 10 anos está apresentada nos dados da Tabela 13.

Tabela 13 - Política de gestão de pessoas - Incorporação nos próximos 10 anos. São Paulo, 2012.

Políticas de Gestão de Pessoas	1ª Rodada	2ª Rodada[#]	Diferença^{&}
Feedback freqüente aos funcionários sobre sua atuação, para melhor gerenciamento de suas carreiras e autodesenvolvimento	100,0%	100,0%	0,0%
As políticas diferenciadas de acordo com os diferentes grupos ocupacionais, ex: executivos, profissionais técnicos, operativos, etc.	77,8%	90,9%	13,1%
Utilização intensiva de meios informatizados de autoaprendizagem	83,3%	88,9%	5,6%
Utilização de meios de Educação a Distância	71,4%	88,9%	17,5%
Ênfase na Gestão de Pessoas às necessidades biopsicossociais dos empregados, por meio de políticas de Qualidade de Vida no Trabalho	100,0%	87,5%	-12,5%
Práticas de monitoramento contínuo do ambiente organizacional	100,0%	85,7%	-14,3%
Intensificação de parcerias com Instituições externas de ensino em programas de capacitação	66,7%	87,5%	20,8%
A Gestão de Carreiras para a compatibilização dos projetos de desenvolvimento das pessoas com o projeto de desenvolvimento da organização	81,8%	83,3%	1,5%
Controle mais restrito das verbas remuneratórias.	80,0%	83,3%	3,3%
Benefícios proporcionalmente menores na remuneração	50,0%	70,0%	20,0%
Remuneração mais vinculada à capacidade de entrega do funcionário	85,7%	55,6%	-30,1%
Maior poder de decisão das chefias sobre a remuneração de sua equipe	37,5%	55,6%	18,1%
Benefícios flexíveis definidos com a participação dos funcionários.	45,5%	53,8%	8,3%

[#]: Não houve diferença estatisticamente relevante entre as duas rodadas. [&]: Diferença percentual observada entre primeira e segunda rodadas.

A remuneração mais vinculada à capacidade de entrega do funcionário (55,6%), maior poder de decisão das chefias sobre a remuneração de sua equipe (55,6%) e os benefícios flexíveis definidos com a participação dos funcionários (53,8%) são políticas apontadas pelos gestores como relevantes, porém não serão totalmente incorporadas aos HUs.

Os gestores foram solicitados a classificar, em uma escala de 0 a 10, o grau de dificuldade para implementar essas políticas. Os resultados são apresentados nos dados da Tabela 14, a seguir.

Tabela 14 - Política de gestão de pessoas - Grau de dificuldade para implementação. São Paulo, 2012.

Políticas de Gestão de Pessoas	1ª Rodada	2ª Rodada^{##}	Diferença^{&}
Benefícios proporcionalmente menores na remuneração.	8,3 (2,4)	7,9 (2,0)	-4,8%
Benefícios flexíveis definidos com a participação dos funcionários.	7,7 (2,3)	7,8 (1,9)	1,3%
Maior poder de decisão das chefias sobre a remuneração de sua equipe	8,8 (2,2)	7,5 (2,6)	-14,8%
Ênfase na Gestão de Pessoas às necessidades biopsicossociais dos empregados, por meio de políticas de Qualidade de Vida no Trabalho	8,4 (2,6)	7,5 (2,3)	-10,7%
Feedback freqüente aos funcionários sobre sua atuação, para melhor gerenciamento de suas carreiras e autodesenvolvimento	8,3 (1,8)	7,5 (2,3)	-9,6%
A Gestão de Carreiras para a compatibilização dos projetos de desenvolvimento das pessoas com o projeto de desenvolvimento da organização	7,4 (2,2)	7,4 (2,3)	0,0%
Controle mais restrito das verbas remuneratórias.	8,3 (1,9)	7,3 (2,5)	-12,0%
Remuneração mais vinculada à capacidade de entrega do funcionário	7,0 (1,9)	7,1 (2,4)	1,4%
Práticas de monitoramento contínuo do ambiente organizacional	7,2 (3,3)	6,9 (2,3)	-4,2%
As políticas diferenciadas de acordo com os diferentes grupos ocupacionais, ex:	7,9 (2,0)	6,7 (2,2)	-15,2%

Políticas de Gestão de Pessoas	1^a Rodada	2^a Rodada*#	Diferença&
executivos, profissionais técnicos, operativos, etc.			
Utilização intensiva de meios informatizados de autoaprendizagem	6,3 (2,7)	6,4 (2,1)	1,6%
Intensificação de parcerias com Instituições externas de ensino em programas de capacitação	6,0 (2,6)	5,8 (1,8)	-3,3%
Utilização de meios de Educação a Distância	5,7 (2,3)	5,6 (1,3)	-1,8%

*: Dados descritos em média (Desvio padrão) &: Diferença percentual observada entre primeira e segunda rodada.

Os gestores apontaram: *benefícios proporcionalmente menores na remuneração* (média 7,9), *benefícios flexíveis definidos com a participação dos funcionários* (média 7,8) e *maior poder de decisão das chefias sobre a remuneração de sua equipe* (média 7,5) como tendo alto grau de dificuldade para implementação das políticas na Gestão de Pessoas, pois estão ligados a remuneração e os HUs têm pouca governabilidade.

A *parceria com Instituições externas de ensino em programas de capacitação* (5,8) e a *utilização de meios de Educação a Distância* (média 5,6) são práticas adotadas pelos hospitais.

Formato Organizacional da Função de Recursos Humanos

Outro componente importante na conformação do modelo de gestão de pessoas é o modo pela qual opera a função RH na organização. Foram oferecidas sete tendências retiradas da literatura e baseadas na pesquisa conduzida por Fischer e Albuquerque (2000) para avaliação quanto à relevância, introdução atual e futura, além do grau de dificuldade. Os resultados podem ser observados nos dados da Tabela 15.

Tabela 15 - Formato organizacional da função de RH - Relevância. São Paulo, 2012.

Formato organizacional da função de RH	1ª Rodada	2ª Rodada #	Diferença^{&}
Migração de funções de gestão de pessoas - RH corporativo para as unidades	100,0%	93,3%	-6,7%
Descentralização das decisões de gestão de pessoas para o gerente da unidade	93,8%	93,3%	-0,5%
Principal papel da área: fornecer novos processos e conhecimento em gestão de pessoas para seus clientes internos	93,8%	93,3%	-0,5%
Atuação em rede, processos ou células de trabalho na gestão de pessoas	86,7%	85,7%	-1,0%
Mudança do perfil de atuação do profissional que gerencia pessoas, de técnico especialista para consultor interno	86,7%	78,6%	-8,1%
Intensificação da terceirização das funções operacionais de gestão de pessoas	60,0%	78,6%	18,6%
Os sistemas, processos e práticas de gestão de pessoas com um ciclo de vida mais curto	73,3%	73,3%	0,0%

#: Não houve diferença estatisticamente relevante entre as duas rodadas. &: Diferença percentual observada entre primeira e segunda rodada.

Todas as tendências foram consideradas relevantes, dentre as três primeiras, as características complementam-se. O novo formato da Gestão de Pessoas será descentralizado, as *decisões passarão para o gerente da unidade* (93,3%) e o principal papel da área será *fornecer novos processos e conhecimento para seus clientes internos* (93,3%).

Assim, parece não haver dúvidas também sobre a relevância da *atuação em rede* (85,7%), *atuação em regime de consultoria interna* (78,6%) e a *terceirização das funções operacionais de Gestão de Pessoas* (78,6%). Não houve diferenças significantes entre as duas rodadas da pesquisa.

Os graus de incorporação e de dificuldades de implementação dessas tendências são apresentados nos dados da Tabelas 16 e 17.

Tabela 16 - Formato organizacional da função de RH - Introduzidos nos HUs. São Paulo, 2012.

Formato Organizacional da Função de RH	1ª Rodada	2ª Rodada #	Diferença&
Descentralização das decisões de gestão de pessoas para o gerente das unidades	73,3%	64,3%	-9,0%
Intensificação da terceirização das funções operacionais de gestão de pessoas	55,6%	54,5%	-1,1%
Migração de funções de gestão de pessoas - RH corporativo para as unidades	56,3%	50,0%	-6,3%
Atuação em rede, processos ou células de trabalho na gestão de pessoas	50,0%	36,4%	-13,6%
Principal papel da área: fornecer novos processos e conhecimento em gestão de pessoas para seus clientes internos	33,3%	35,7%	2,4%
Os sistemas, processos e práticas de gestão de pessoas com um ciclo de vida mais curto	18,2%	18,2%	0,0%
Mudança do perfil de atuação do profissional que gerencia pessoas de técnico especialista para consultor interno	25,0%	10,0%	-15,0%

#: Não houve diferença estatisticamente relevante entre as duas rodadas. &: Diferença percentual observada entre primeira e segunda rodada.

As características de formato da função de RH e Tendências de mudança no ambiente são as que têm menor índice de incorporação por parte dos hospitais universitários.

Duas características estão ainda para serem introduzidas nos modelos organizacionais de RH dos HUs: *sistemas e práticas com um ciclo mais curto* (18,2%) e *a mudança do profissional de GP para consultor interno* (10,0%).

Tabela 17 - Formato organizacional da função de RH - Incorporação nos próximos 10 anos. São Paulo, 2012.

Formato organizacional da função de RH	1ª Rodada	2ª Rodada[#]	Diferença^{&}
Descentralização das decisões de gestão de pessoas para o gerente das unidades	100,0%	100,0%	0,0%
Migração de funções de gestão de pessoas - RH corporativo para as unidades	100,0%	100,0%	0,0%
Atuação em rede, processos ou células de trabalho na gestão de Pessoas	100,0%	100,0%	0,0%
Principal papel da área: fornecer novos processos e conhecimento em gestão de pessoas para seus clientes internos	100,0%	100,0%	0,0%
Os sistemas, processos e práticas de gestão de pessoas com um ciclo de vida mais curto	88,9%	88,9%	0,0%
Mudança do perfil de atuação do profissional que gerencia pessoas de técnico especialista para consultor interno	87,5%	87,5%	0,0%
Intensificação da terceirização das funções operacionais de gestão de pessoas	75,0%	83,3%	8,3%

#: Não houve diferença estatisticamente relevante entre as duas rodadas. &: Diferença percentual observada entre primeira e segunda rodada.

Os gestores dos HUs foram unânimes (100%) ao considerarem quatro características do formato organizacional da função de RH que serão incorporadas nos próximos 10 anos: a *descentralização das decisões de gestão de pessoas para o gerente do negócio*, *migração de funções de Gestão de Pessoas corporativas para as unidades de negócio*, *atuação em rede, processos e conhecimentos em GP para clientes internos* e o *Principal papel da área como fornecer novos processos e conhecimento em Gestão de Pessoas para seus clientes internos*.

Os gestores avaliaram o grau de dificuldade entre 0 (nenhuma dificuldade) e 10 (muita dificuldade) para implementar esta tendência no modelo de Gestão de Pessoas no HUs. Os dados estão descritos nos dados da Tabela 18.

Tabela 18 - Formato organizacional da função de RH - Grau de dificuldade para implementação. São Paulo, 2012.

Formato organizacional da função de RH	1ª Rodada *	2ª Rodada *#	Diferença&
Descentralização das decisões de gestão de pessoas para o gerente das unidades	8,8 (1,5)	8,7 (0,9)	-1,1%
Atuação em rede, processos ou células de trabalho na gestão de pessoas	8,7 (1,2)	8,1 (1,4)	-6,9%
Migração de funções de gestão de pessoas - RH corporativo para as unidades	8,5 (1,4)	8,0 (2,4)	-5,9%
Intensificação da terceirização das funções operacionais de gestão de pessoas	7,7 (1,2)	7,9 (1,5)	2,6%
Principal papel da área é fornecer novos processos e conhecimento em gestão de pessoas para seus clientes internos	8,1 (1,8)	7,8 (1,8)	-3,7%
Mudança do perfil de atuação profissional que gerencia pessoas de técnico especialista para consultor interno	7,4 (1,2)	7,6 (1,6)	2,7%
Os sistemas, processos e práticas de gestão de pessoas com um ciclo de vida mais curto	7,6 (2,2)	7,5 (1,6)	-1,3%

*: Dados descritos em média (Desvio-padrão). &: Diferença percentual observada entre primeira e segunda rodada. #: Não houve diferença estatisticamente relevante entre as duas rodadas.

O destaque quanto à dificuldade de implantação é conferido à *descentralização das decisões de GP para o gerente do negócio* (média 8,7), *atuação em rede* (média 8,1) e *migração de funções de GP para unidades de negócios* (média 8,0). Não foram observadas diferenças significantes entre as rodadas em relação ao grau de dificuldade.

Para analisar as tendências relacionadas com o perfil do profissional de RH, foram oferecidos aos respondentes um conjunto de qualificações, conhecimentos e formações profissionais, além de competências (atitudes voltadas ao trabalho), conforme citados na pesquisa realizada por Fischer; Albuquerque (2000). Os respondentes avaliavam a importância de cada atributo de perfil para os próximos

anos, utilizando uma escala de 1 (pouco importante) a 4 (muito importante). Os resultados são apresentados nos dados da Tabela 19.

Tabela 19 - Perfil do Profissional de RH. São Paulo, 2012.

Característica	Muito importante		Importante		Pouco importante		Sem importância	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
	Rodada	Rodada#	Rodada	Rodada#	Rodada	Rodada#	Rodada	Rodada#
Experiência na Área de Gestão de Pessoas	68,8%	69,2%	25,0%	23,1%	6,3%	7,7%	0,0%	0,0%
Domínio informática	56,3%	61,5%	43,8%	38,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Conhecimento em Gestão de Negócios - Estratégia	50,0%	53,8%	50,0%	46,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Especialização em Administr. de RH (Exceto MBA)	37,5%	38,5%	62,5%	61,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Formação em Ciências Humanas (Admin., Psicologia, Sociologia)	31,3%	30,8%	50,0%	46,2%	18,8%	23,1%	0,0%	0,0%
Experiência profissional em empresas semelhantes	31,3%	30,8%	25,0%	23,1%	37,5%	38,5%	6,3%	7,7%
Curso MBA em RH	25,0%	30,8%	62,5%	61,5%	12,5%	7,7%	0,0%	0,0%
Domínio de outros idiomas	25,0%	30,8%	56,3%	53,8%	18,8%	15,4%	0,0%	0,0%
Conhecimento em Gestão de Negócios - Marketing	18,8%	23,1%	56,3%	53,8%	25,0%	23,1%	0,0%	0,0%
Conhecimento em Gestão de Negócios - Finanças	18,8%	23,1%	43,8%	38,5%	37,5%	38,5%	0,0%	0,0%

Característica	Muito importante		Importante		Pouco importante		Sem importância	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
	Rodada	Rodada#	Rodada	Rodada#	Rodada	Rodada#	Rodada	Rodada#
Curso MBA	6,7%	8,3%	73,3%	66,7%	20,0%	25,0%	0,0%	0,0%
Formação em Ciências Exatas	6,3%	7,7%	6,3%	7,7%	75,0%	69,2%	12,5%	15,4%
Mestrado	6,3%	7,7%	50,0%	53,8%	37,5%	30,8%	6,3%	7,7%
Doutorado	6,3%	7,7%	43,8%	46,2%	43,8%	38,5%	6,3%	7,7%
Experiência profissional em áreas de negócio	6,3%	7,7%	68,8%	61,5%	18,8%	23,1%	6,3%	7,7%
Realização dos cursos citados, no exterior	0,0%	0,0%	40,0%	50,0%	46,7%	41,7%	13,3%	8,3%

#: Não houve diferença estatisticamente relevante entre as duas rodadas.

Entre as qualificações requeridas do profissional que trabalhará na função de RH, nos próximos 10 anos, foram observadas três qualificações consideradas como muito importantes: *experiência profissional na área de Gestão de Pessoas* (69,2%), *domínio de ferramentas de informática* (61,5%) e *conhecimento em Gestão de Negócios - estratégia* (53,8%).

As qualificações consideradas como importantes pelos gestores foram: *especialização em administração de RH* (61,5%), *curso MBA em RH* (61,5%), *experiência profissional em áreas de negócio* (61,5%), *domínio em outros idiomas* (53,8%), *conhecimento em gestão de negócios - marketing* (53,8%), *mestrado* (53,8%), *realização de cursos citados no exterior* (50,0%), *formação em ciências humanas* (46,2%) e *doutorado* (46,2%).

Como pouco importantes foram citadas as seguintes qualificações: *formação em ciências exatas* (69,2%), *experiência profissional em empresas semelhantes* (38,5%) e *conhecimento em gestão de negócios - finanças* (38,5%).

Vale dizer, entretanto, que estas qualificações somente serão valorizadas se forem acompanhadas das competências pessoais e profissionais demandadas pela forma de atuação da área na atualidade.

Tabela 20 - Qualificações do profissional que atua na função de RH.
São Paulo, 2012.

Relevância	Competências	1 ^a Rodada	2 ^a Rodada#
ALTA	Trabalho em equipe	68,8%	73,3%
	Liderança	43,8%	60,0%
	Orientação para resultados	43,8%	53,3%
	Capacidade técnica	68,8%	46,7%
	Flexibilidade	43,8%	46,7%
MÉDIA	Promotor de mudança cultural e de atitudes	43,8%	46,7%
	Orientação para o cliente	50,0%	40,0%
	Motivação	37,5%	33,3%
	Negociação	31,3%	33,3%
	Capacidade para ouvir e compreender o outro	37,5%	26,7%
BAIXA	Autocontrole	18,8%	20,0%
	Autoconhecimento	18,8%	13,3%
	Capacidade de Persuasão	18,8%	13,3%
	Disseminador da missão e valores da Empresa	12,5%	13,3%
	Sociabilidade	6,3%	13,3%
	Análise de Problemas	6,3%	13,3%
BAIXÍSSIMA	Gerenciar na presença da ambigüidade e dicotomia	18,8%	6,7%
	Ambição	6,3%	6,7%
	Empatia	6,3%	0,0%
	Tenacidade	0,0%	0,0%
	Sensibilidade para a problemática Humana	0,0%	0,0%

#: Não houve diferença estatisticamente relevante entre as duas rodadas.

Dentre o extenso conjunto de competências oferecido aos gestores, duas tiveram destaque: *trabalho em equipe* (73,3%) e *liderança* (60%). Em segundo lugar, em média prioridade, apareceu um conjunto de oito competências também relevantes: orientação para resultados (53,3%), capacidade técnica (46,7%), flexibilidade (46,7%), promotor de mudança cultural e de atitudes (46,7%), orientação para cliente (40,0%), motivação (33,3%), negociação (33,3%) e capacidade para ouvir e compreender o outro (26,7%).

5.4 RESULTADOS DA TERCEIRA RODADA

A terceira rodada teve como finalidade analisar as variáveis que, direta ou indiretamente, influenciaram as respostas dos gestores e dos *experts* convidados.

Dessa forma, o encontro foi dividido em três momentos: primeiro, foi feita uma apresentação pela pesquisadora da síntese da pesquisa, destacando-se os objetivos gerais e específicos, metodologia utilizada e os resultados obtidos nas duas primeiras rodadas.

Na terceira rodada, com a intenção de compreender os possíveis porquês do comportamento das variáveis presentes nas rodadas anteriores, quatro gestores que participaram das duas rodadas e dois *experts* foram convidados a discorrer sobre os seguintes temas: Gestão Hospitalar e as Organizações Sociais de Saúde; Políticas de Gestão de Pessoas e o Impacto na Enfermagem; Perfil e Características do Gestor de RH e Formato Organizacional da Função de RH.

Nessa etapa, as falas foram gravadas com o consentimento dos participantes e, posteriormente, foram transcritas, analisadas individualmente e interpretadas, buscando as Unidades de Significados (US) que, em seguida, foram agrupadas de acordo com os temas que emergiram (Minayo, 2008).

Após a leitura exaustiva do discurso dos gestores e experts, buscou-se identificar e recortar as unidades de significados mais importantes do discurso, sobre os principais temas abordados e fazer sua reconstrução interpretativa que possibilitou chegar a uma síntese compreensiva.

Embora tenha sido solicitado a cada um dos participantes da rodada discorrer e explorar um tema específico, percebeu-se que houve uma certa complementariedade nas falas, possibilitando recortar das mesmas algumas unidades de significados convergentes para temas comuns.

T1 - Gestão Hospitalar e Organizações Sociais de Saúde (OSS)

Expert 1 (...) as primeiras dificuldades observadas na aceitação pelo público-alvo das Organizações Sociais de Saúde foram: dificuldade de compreender o novo e a resistência dos sindicatos, a favor da estatização. Com o sucesso das Organizações Sociais de Saúde, na gestão dos equipamentos de saúde a procura aumentou muito, e as portas ficaram lotadas. Houve a percepção de que, na verdade, nossa rede básica não estava adequadamente estruturada para trabalhar o contexto da referência e contrarreferência, pois se precisava trabalhar nesse contexto de curto, médio e longo prazos. Constatou-se que a constituição e a manutenção do grupo gerencial eram adequadamente preparados para assegurar esses resultados. Há 13 anos, as Organizações Sociais são fiscalizadas e auditadas pelos seus Conselhos; vários estudos foram realizados, e os resultados mostraram uma melhora com relação a vários indicadores: a relação enfermeiro-leito, a funcionário-leito, a taxa de ocupação, a média de permanência, as horas médicas contratadas, a taxa de cesariana diminuiu evidenciando que o modelo produzia melhores resultados do que os hospitais que eram geridos pela administração direta, dando mais autonomia para selecionar, contratar e desenvolver gestores. Se considerarmos os servidores efetivos envolvidos, a primeira coisa que vem, é medo e insegurança, é normal! Com relação aos impactos positivos, permite o desenvolvimento, a sinergia, a complementaridade, o desenvolvimento e a satisfação, pelo fato do gestor ter mais autonomia e conseguir tratar os diferentes distintamente, porque tratar todo mundo igual, não é ser um bom gestor. **Gestor 1** (...) A OSS criou a Faculdade e o hospital. Até muito pouco tempo, cerca de 6 anos, a OSS era ainda muito mais ligada à Reitoria, porque o reitor era

simultaneamente presidente da OSS. A assembleia de sócios da OSS elege o Presidente e não tem nada a ver com o Reitor, embora os dois façam a gestão do Hospital juntos. O Conselho Gestor tem três titulares do Conselho Administrativo da OSS e outros três indicados pelo Reitor, e o presidente é indicado pelo Reitor. Houve uma pactuação, metade dos leitos seria resguardada para o ensino para receber de volta a verba REHUF, e a OSS não perderia o poder. O Diretor Administrativo é bem dependente do Diretor Financeiro da OSS, pois isso é uma coisa bem complicada. Ele não assina os cheques, têm cotas estabelecidas para tudo, mas ele negocia tudo com o Diretor Financeiro da OSS.

Gestor 2 (...) Com o crescimento, nós percebemos a dificuldade em ter uma estrutura, uma organização, nunca tivemos uma estrutura muito flexível, temos dificuldade de tomar atitude para dispensar funcionários, por exemplo, e temos de manter um funcionário que, muitas vezes, não é competente para suas atividades. A flexibilidade para essa gestão em termos de tendência é realmente ter um acordo administrativo com a Fundação. E também contar com uma gestão mais flexível, com os processos mais ágeis. Para dar uma ideia, uma reposição de aposentadoria leva de 5 a 6 meses, porque os processos são morosos. A Fundação veio para nos dar um apoio logístico fundamental, nós não tínhamos contrato de trabalho com a Fundação. Na época, recebíamos um pró-labore, porque somos contratados pelo Hospital A, por 30 horas semanais de jornada, mas com a Fundação nós fazíamos 40, ou seja, 10h a mais por semana. Em 1982 ou 1983, recebemos a contratação efetiva, então, isso tudo deu um benefício maior em termos de remuneração, porque foi acertado contrato com remuneração. Em termos de equipe de trabalho, sempre trabalhamos com o número menor. Hoje, não conseguiria trabalhar com um quadro apenas do Estado. Realmente, a Fundação para a Enfermagem hoje me alimenta o quadro com cerca de 300 funcionários de contratação fundacional. No concurso público, não consigo exigir algum pré-requisito que venha com um candidato com uma competência mais dirigida. Ao passo que a flexibilidade é possível no processo seletivo da fundação, onde posso colocar como desejável, uma especialização, no concurso público, eu só posso pedir certificado.

Expert 2 (...) Os alunos são estimulados a ver as diferentes OSS com comportamentos diferentes, devem saber interpretar as relações de poder interno e externo da OSS, precisa saber que não é por acaso que um complexo está se tornando uma autarquia, que a Fundação se tornou uma OSS.

Dentre as inovações da gestão hospitalar, o *expert 1* destacou as Organizações Sociais de Saúde (OSS), como uma saída para resolver a falta de autonomia dos hospitais e a flexibilidade da

gestão, tentando com isso aumentar a eficiência e a eficácia dessas instituições.

Nas falas dos gestores, observou-se que as OSS contam com uma *gestão mais flexível, com os processos mais ágeis e apoio logístico fundamental*, com a possibilidade de *incluir pré-requisitos como a especialização nos processos seletivo*; e, no concurso público tradicional, a única permissão é o certificado, *complementação da remuneração* (10 horas a mais por semana), inclusive uma *gestão compartilhada* (o presidente da OSS e o Reitor).

Outro destaque da *expert 1* é em relação ao desempenho dos hospitais sob a gestão das OSS comparadas com os hospitais de administração direta, os resultados mostraram que houve uma melhora em relação a vários indicadores: relação enfermeiro-leito, funcionário-leito, taxa de ocupação, média de permanência, horas médicas contratadas, taxa de cesariana e que o modelo produzia melhores resultados do que os hospitais que eram geridos pela administração direta, dando mais autonomia para selecionar, contratar e desenvolver gestores (Fiocruz, 2005; LaForgia & Couttolenc, 2008; Medici and Murray, 2010).

O bom desempenho dos hospitais sob o regime de OSS pode ser atribuído a vários fatores, como: autonomia na seleção e na contratação de seus gerentes, na alocação e distribuição de recursos orçamentários, na contratação e demissão de pessoal, na definição de processos de remuneração, entre outros (Medici, Murray, 2010).

No entanto, sofrem pressão maior por resultados e as sanções no caso de não cumprimento de metas incluem a perda de contrato. O Superintendente de uma OSS declarou que “o contrato é exaustivo, traz uma série de regras a serem cumpridas pela entidade. Se a OSS não cumprir a meta, o Tribunal de Contas do Estado (TCE) aponta o resultado e aciona a SES imediatamente. O TCE também acompanha a execução das metas e atua como um auditor do contrato” (Perdicaris, 2012).

O nível de responsabilidade envolvido na contratualização é grande; para o *expert 1*, pode gerar *medo e insegurança* nos servidores, entretanto se o *gestor tiver mais autonomia e conseguir tratar os diferentes distintamente, porque tratar todo mundo igual não é ser um bom gestor por permitir o desenvolvimento, a sinergia, a complementaridade, o desenvolvimento e a satisfação*.

Muitas vezes, as pressões no trabalho induzem os gestores a uma baixa demanda por planejamento e, conseqüentemente, as decisões tendem a ser de baixa qualidade. Os gestores perdem prestígio por não terem habilidades na análise de problemas, no planejamento estratégico, no gerenciamento de conflitos ou na coordenação de grupos (Ciampone, Kurcgant, 2005).

A *negociação* foi a competência apontada pelo gestor 1, para que se estabeleça um bom relacionamento e estabelecimento de acordos, como: distribuição de leitos para o ensino e OSS, liberação de verbas e estabelecimento de cotas. Essa competência auxilia o gestor a identificar conflitos, a analisá-los e a detectar as melhores formas de negociação dos problemas.

Para Pericardis (2012), na contratualização existem outros aspectos que impactam o desempenho de uma organização que são tratados de forma superficial pelo contrato, como os aspectos relacionados à remuneração, autonomia financeira e decisória, agilidade nos processos internos, como compras, licitações e RH.

Temas como *relações de poder interno e externo da OSS, diferentes OSS e comportamentos diferentes, uma fundação tornar-se OSS*, conforme o *expert 2*, precisam ser discutidos no ensino, para que o aluno *possa entender essa complexidade e poder fazer a gestão*.

T2 - Certificação e Contratualização

Gestor 1 (...) A certificação nos foi muito importante, modificou o recebimento pelo SUS e a forma de pagamento. Passamos a receber não por procedimento, mas, um fixo desde que cumpríssemos as metas, com uma contratualização, a cada 2 anos, com os gestores municipais, estaduais e o Ministério da Educação. As metas que devemos cumprir a cada 3 meses, nós vamos à Secretaria do Estado prestar conta das metas, vamos todos diretores e cada um precisa justificar o desempenho porque deu certo, ou não e se nós não conseguirmos a pontuação, nós perdemos dinheiro. Nós trabalhamos muito em cima dessas metas, elas foram interessantes, porque teve de mexer um pouco com a academia também, porque haverá muitas coisas que dependiam dos professores. Por exemplo, organizamos as filas de cirurgia eletiva, porque os professores se interessam muito por casos raros, então, vinham muitos pacientes de fora e os pacientes da nossa regional ficavam esperando na fila, agora está organizada para cada disciplina cirúrgica e para passar aquela fila precisa ter autorização do diretor clínico. Não se for um caso de câncer, um caso mais grave, ou alguma coisa muito politicamente necessária, mas, normalmente, é devido à gravidade da doença. Aqui existe um conflito, acredito que em todos os hospitais escola, porque o professor não está muito preocupado com custo, ele quer colocar os marca-passos, ele não quer cota para nada. Como os idosos, que agora têm cotas, eles sempre ultrapassam e a maior briga é essa, eles não querem cotas, eles querem atender doenças raras. Na pediatria, só trabalha com casos raros, e o Pronto-Socorro fica com as diarreias e pneumonias que não podem subir porque lá na pediatria tem a doença celíaca, fibrose cística e assim por diante, como exemplo. A preocupação do professor é a residência, pois temos mil residentes e eles têm que aprender, e o que eles querem aprender não é o que a população está precisando. O Hospital é como uma empresa, que tem que atender bem o público. Outra prioridade é obter novas fontes de recurso junto ao Governo Federal e Estadual. O superintendente está o tempo todo tentando conseguir, porque também atende à cidade de São Paulo, o Estado de São Paulo, então, tem que conseguir verbas para melhorar.

Gestor 2 (...) O hospital é reconhecido como Hospital de Ensino, temos um plano operativo também temos que atender metas, recebemos pontuação, mas nós começamos como um Hospital vinculado ao Estado e, nessa época, nós passávamos por várias dificuldades, inclusive, contratação por concurso. Nós somos um Hospital ligado à Faculdade de Medicina, e o que rege esse hospital são as disciplinas médicas, então, nós temos quatro disciplinas médicas que regem toda a estrutura na organização: cardiologia, cirurgia cardíaca, pneumologia e cirurgia torácica. Então, as quatro disciplinas médicas é que regem toda a parte de assistência e ensino.

Os Hospitais A, B e C cenários deste estudo passaram pelo processo de certificação e os gestores, representantes legais desses HUs, estabeleceram metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar, expressas no plano operativo.

A cada 3 meses, os HUs reúnem-se para avaliar os resultados dessas contratualizações, verificando se os resultados estão de acordo com as metas estabelecidas, por meio de indicadores qualitativos e quantitativos para a assistência, gestão, ensino e pesquisa.

As falas dos gestores confirmam que a contratualização e o alcance de metas não são tarefas simples, por exigirem do gestor maior responsabilidade e melhor avaliação do desempenho por meio de indicadores e quando necessário realizam mudanças nos processos, nas estruturas, priorizando ou não o ensino ou verificando a real necessidade de atendimento da população.

Na fala “... a preocupação do professor é a residência, pois temos mil residentes e eles têm que aprender. Não pode fechar o leito, e eles têm que aprender, mas, às vezes, o que eles querem aprender não é o que a população está precisando” e “... o professor não está muito preocupado com custo,... eles não querem cotas, eles querem atender doenças raras” na fala observa-se um conflito de interesses ou um plano operativo que precisa ser adequado? Qual papel do gestor nessa contratualização (atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar)?

Ao assinar o Contrato de Gestão, o gestor assume metas em que, muitas vezes, não são compartilhadas ou realizadas discussões mais ampliadas dentro do hospital, para todo corpo clínico, para todo corpo de profissionais, a fim de alcançarem um objetivo, sendo preciso uma contratualização interna (Borges Neto, 2007).

O gestor (líder) deve buscar sob a influência e aceitação do próprio grupo, o alcance de metas e objetivos pela mobilização, motivação, informação e comunicação, manejo e solução de conflitos,

estabelecimento de estratégias e cultivar o comprometimento deles para o alcance dessas metas (Limongi-França; Arellano, 2002).

Nesta pesquisa, a *estratégia do comprometimento da força de trabalho com os objetivos organizacionais* foi considerado um princípio de gestão de alta relevância pelos gestores dos HUs (100%), ainda não foi introduzido (28,6%) e tem um alto grau de dificuldade para a implementação desse princípio nos HUs (média 9).

Quando se busca compreender o comprometimento organizacional, os estudos têm sido realizados, enfocando a perspectiva multidimensional, para identificar seus determinantes de modo a direcionar esforços para envolver o ser humano integralmente com a organização (Bastos, Brandão, Pinho, 1997; Medeiros, Albuquerque, Siqueira e Marques, 2003; Leite, Albuquerque, Kniess, 2010; Leite, Albuquerque, 2011).

Bastos e Borges-Andrade (2002) analisaram o comprometimento com o trabalho em 20 organizações brasileiras, os resultados apontaram que a clássica organização burocrática diferencia-se das demais organizações inovadoras pela presença de padrões com baixo comprometimento organizacional.

Entretanto, como esperar o *comprometimento da força de trabalho com os objetivos organizacionais* se a própria instituição não consegue valorizar o profissional, mesmo existindo gestão compartilhada (OSS e HU), é possível promover transformações substanciais na gestão de pessoas avançando para uma abordagem que posiciona a gestão de pessoas como elemento estratégico?

T3 - Duplo vínculo de trabalho e formas de relacionamento com os funcionários

Gestor 1 (...) Para ter uma ideia, metade dos servidores é da Universidade e a outra contratada pela OSS. O sistema de remuneração é diferente, porque os funcionários públicos ganham bem mais. Não era assim há anos, desde 2004, eles passaram a ter um plano de cargos e salários bons, que o Lula não fez para os docentes,

fez para os técnicos administrativos. E os funcionários da Fundação não têm planos de cargos e salários. Essa é a principal diferença: ganham menos, têm menos benefícios e não têm plano de cargos e salários estabelecidos. O que nós temos feito são treinamentos dirigidos às duas categorias, porque antes também eram muito mais capacitações para os servidores públicos, porque geravam promoção e eram obrigados a fazer. Talvez o nosso maior desafio é trabalhar com duas categorias, sendo uma muito mais motivada, com mais benefícios, que reclama mais, porque a bíblia deles anda embaixo do braço, então, não são as competências, as entregas, é o regime jurídico, e a outra categoria que acaba sendo muito rotativa, porque ganha menos, tem menos benefícios, falta mais e tira licenças. É muito difícil você ter dois filhos, pagar estudos para um e deixar o serviço pesado para outro. Esse ano, por exemplo, temos 3 mil servidores e quem acaba segurando o hospital são os celetistas. **Gestor 2** (...) Não é porque temos esse duplo vínculo que o nosso profissional é obrigado a aceitar. Ele é concursado pelo Hospital, define se aceita ou não contratar 40h, tem o poder da escolha, não podemos obrigá-lo, mas nosso dimensionamento é em cima de 40h, então, já temos problema de escala. Principalmente, porque nosso paciente é de alta complexidade, e eu não encontro um bom profissional no mercado. Hoje, eu não conseguiria trabalhar com um quadro vinculado apenas ao Estado. Realmente, a Fundação para a Enfermagem hoje é fundamental. **Expert 1** (...) Cada um tem expectativas, ansiedades, uma necessidade. Então, o que mais me impressionou na pesquisa foi ver o que os gestores de RH disseram, que tratar os diferentes distintamente não é importante, ou seja, não tem que olhar para a pessoa e perceber o que impacta.

Nos três hospitais, existem profissionais com diferentes vínculos de trabalho (CLT, concursados e terceiros) dentro de uma mesma unidade, Para o gestor, a questão do duplo vínculo talvez seja *o maior desafio, trabalhar com duas categorias, sendo uma mais motivada com mais benefícios que reclama mais, porque a bíblia deles anda embaixo do braço, então, não são as competências, as entregas, é o regime jurídico; e outra categoria que acaba sendo muito rotativa, porque ganha menos, tem menos benefícios, vão faltando mais, tendo licenças. É muito difícil você ter dois filhos, pagar estudos para um e deixar o serviço pesado para o outro.*

A assistência prestada na saúde envolve a ação de diferentes profissionais e cabe ao gestor os investimentos efetivos na integração de pessoas em sua equipe. O desafio consiste em transitar da equipe agrupamento (concursados e CLT) para uma equipe integração, superando a posição de disputa, com diálogo, decidindo-se coletivamente, visando à assistência de qualidade (Peduzzi, Ciampone 2005).

Entretanto, enquanto houver duplo vínculo em uma unidade com plano de cargos, remuneração, benefícios e salário maior para um tipo de vínculo de trabalho e excluindo o outro, a possibilidade de conflitos torna-se maior, pois os profissionais sentem-se tratados de modo diferente.

Embora haja autonomia na seleção e contratação de seus gerentes, na alocação e distribuição dos recursos orçamentários, na contratação e demissão de pessoal agilizando alguns processos de gestão de pessoas, como estabelecer uma política de Gestão de Pessoas em que o profissional sinta-se valorizado independente do tipo de vínculo (CLT ou concursado), as pessoas deveriam ser o principal ativo da organização.

Analisando o desempenho de algumas OSS da cidade de São Paulo, verificou-se que o número de profissionais contratados pelas OSS aumenta a cada ano, e a gestão de pessoas é pouco estruturada, com processos de Movimentação, Desenvolvimento e Remuneração. Para selecionar os candidatos, adotam técnicas como: entrevista comportamental, dinâmicas de grupo e aplicação de testes técnicos para o aprimoramento do processo de avaliação. Não têm Plano de Carreira, a Remuneração é menor, os salários não são equiparados aos concursados. Os profissionais selecionados e contratados pelas OSS ao ingressarem no hospital deparam-se com o profissional concursado para a mesma função, realizam as mesmas atividades no setor, são exigidas as mesmas competências para prestar a atividade ou o cuidado.

Entretanto, para os gestores o *maior desafio, trabalhar com duas categorias, sendo uma mais motivada com mais benefícios que reclama mais, porque a bíblia deles anda embaixo do braço, então, não são as competências, as entregas, é o regime jurídico; e outra categoria que acaba sendo muito rotativa, porque ganha menos, tem menos benefícios, vão faltando mais, tendo licenças.*

O desafio não pode ser só dos gestores, cabe às autoridades como: o Presidente da OSS, a Secretaria da Saúde e Educação, o Superintendente do Hospital e diretor de RH estabelecerem uma Política de Gestão de Pessoas para que essas diferenças não se acentuem.

Estudo realizado nas Unidades Básicas de Saúde no Município de São Paulo constatou que as maiores dificuldades, na opinião dos gestores, foram: as OSS não estarem divididas por Microrregião e a utilização de diferentes vínculos empregatícios, com jornadas e salários diferentes, no exercício da mesma função, gerando um clima de descontentamento e desmotivação (André, 2010).

Outro destaque dos gestores foi a OSS complementando o salário dos profissionais: *não é porque temos esse duplo vínculo que o nosso profissional é obrigado a aceitar. Ele é concursado pelo Hospital, e define se aceita ou não contratar 40h, tem o poder da escolha, não podemos obrigá-lo, mas nosso dimensionamento é em cima de 40h.*

A prestação de cuidados de saúde exige a presença física de profissionais nas 24 horas, o gestor precisa contar com número mínimo de profissionais para prestar uma assistência de qualidade e não dá para aguardar a decisão do *profissional concursado pelo Hospital definir se aceita ou não contratar 40h, mas o dimensionamento é em cima de 40h, então, já se tem um problema de escala, mas ele tem o poder da escolha, nós não podemos obrigá-lo.*

A temática “dimensionamento de pessoal” tem sido foco de atenção dos gestores por interferir, diretamente, na eficácia, na qualidade e no custo da assistência à saúde.

Para Gaidzinski (1998), a operacionalização do processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem requer a aplicação de um método capaz de sistematizar o inter-relacionamento e a mensuração das variáveis que interferem na carga de trabalho da equipe de enfermagem, que consideram: carga de trabalho da unidade, o índice de segurança técnica (ausências previstas e não previstas) e tempo efetivo de trabalho.

Nesse método de dimensionamento, não se levam em consideração o número de profissionais com restrição a determinadas atividades (física ou emocional), motivo de preocupação dos gestores e requer estudos para readaptar o profissional em outras áreas.

Quando houver um déficit de dimensionamento, poderá comprometer a assistência prestada, aumentando a ocorrência de eventos adversos, o tempo de internação e custos. Um quantitativo reduzido na equipe poderá trazer consequências sobre a saúde dos profissionais de Enfermagem, causando adoecimento e aumentando o absenteísmo (Cunha, 2011).

Estudo realizado por Sancinetti et al. (2009) com o objetivo de analisar a quantidade e as causas de afastamentos por doença dos profissionais de enfermagem e sua relação com taxa de ocupação das unidades de internação de um hospital de ensino, os resultados mostraram que os técnicos de enfermagem apresentaram a maior quantidade de licenças por doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo representaram 4.957 dias (41,5%) de ausências. O percentual mensal de licenças por doença foi inversamente proporcional à taxa de ocupação, sugerindo que os profissionais ausentaram-se por doença após terem sido submetidos a ritmos maiores de trabalho.

Para Estorce e Kurcgant (2011), as licenças-médicas constituem importante elemento a ser considerado na qualidade do gerenciamento dos Serviços de Enfermagem, merecendo destaque, em particular, as categorias de nível médio e no contexto do

dimensionamento de pessoal é importante a determinação do índice de cobertura para o atendimento.

Por isso, é importante a utilização de métodos de dimensionamento de pessoal que levem em conta várias dimensões e possibilitem a argumentação e justificativas de suas propostas referentes ao quadro de pessoal.

T4 - Formato organizacional da função RH

Gestor 1 (...) Nós temos uma unidade gestora, que antes era o RH da Fundação que era do Hospital e da Universidade. Agora, recentemente, foi feita uma Unidade Gestora juntando funcionários públicos e da Fundação e estão tentando fazer algumas compartilhadas. Então, estão começando a criar no Hospital, por exemplo, um serviço próprio de compra, de RH, mas nunca vai ser a mesma filosofia para os dois. **Gestor 3** (...) Quando eu assumi a Divisão de Recursos Humanos do hospital, tinha uma estrutura de 40 anos, uma diretora, 82 funcionários e 80% tinham mais de 20 anos de casa, de uma maneira muito centralizada, tudo passava pela mão da diretora. O desenvolvimento de pessoas, treinamento e desenvolvimento tinha uma pessoa nessa área. Retirei a placa “Divisão de Recursos Humanos” e coloquei “Núcleo de Gestão de Pessoas” (NGP) é uma questão de símbolo, a organização pública vive muito em cima de símbolo. Hoje, o NGP tem um coordenador; uma área de Governança; área de Administração de Recursos Humanos: área de Especialista em Recursos Humanos (treinamento, desenvolvimento, preparação para aposentadoria, retenção de talentos e toda a questão de análise de competência e gestão organizacional); área Gestão RH - Institutos; área Gestão de Saúde e Segurança; incluímos a creche para dentro do NGP, pois vemos a creche como benefício para o funcionário. Aqui, nós vislumbramos trabalhar com 64 a 66 funcionários, reduzindo 20 funcionários para a estrutura que tinha anteriormente. A primeira questão foi oficializar a nova estrutura NGP, depois a oficialização da matriz e responsabilidade das gerências, as realocações de pessoas nas áreas, trabalhar em cima de processos. Antes não existia processo, existia a pessoa, é fulano que faz isso, cicrano e você não conseguia identificar os processos. Outro ponto que trabalhamos foi a criação de projetos rápidos. A centralização dos indicadores estratégicos foi fundamental, e outro é a remodelação dos processos de concurso público, é impossível você trabalhar com concurso de 5 meses para sair uma vaga. Para 2013, nós temos já

iniciado: implantação de novos processos e alteração do fluxo do NGP.

Gestor 4 (...) O Hospital está inserido no contexto um pouco diferente das outras instituições, já apresentadas, porque estamos dentro de uma universidade e que, por isso, não tem foco no setor saúde. Mas, em uma universidade onde você tem museu de arqueologia, navio de pesquisa na Antártida, médico e uma série de categorias profissionais é um pouco complicado coordenar ações de gestão de pessoas. O Hospital no meio dessa coisa toda ele é mais que uma área cliente, é uma área de negócio. A liderança de RH ela fica centralizada na Reitoria, existe uma Reitoria de RH que responde sobre toda gestão da política de RH, temos um cenário nítido de tendência de centralização. A incorporação da terceirização das funções operacionais de Gestão de Pessoas tende ser rápida, 83% das Instituições concordam que vão ter implantado essas medidas, apontando tendências. O Gestor 3 trouxe o exemplo dessa terceirização da questão de processo seletivo, que é um problema para quem trabalha com concurso público, até porque essa estrutura faz com que a gente tenha um RH descentralizado e trabalhar com processo de rede. Hoje, o processo de agregar pessoas, recrutamento e seleção são realizados pelo hospital. Na estrutura organizacional, por exemplo, a inclusão de um novo Departamento, o Administrativo, e algumas divisões foi praticamente desenhado no hospital em concordância com o RH. Então, até um pouco da questão estratégica tem sido delegada para as pontas. Pacote de benefícios, principalmente na área pública, está bastante centralizado na DRH, na gestão de pessoas central. O desenvolvimento tende a ser cada vez mais delegado para as pontas, até porque ele é muito específico, e o sintoma disso é que nessa nossa estrutura vamos implantar em um futuro próximo, terá uma área de desenvolvimento para o hospital. Quando a Política de retenção existem algumas especificidades, também na unidade, a área hospitalar não foge dessa regra, principalmente, a questão dos sindicatos e o monitoramento. O monitoramento é uma coisa que do ponto de vista de gestão de pessoas é uma coisa relativamente homogênea, mas tem uma série de questões, que são específicas também na área da saúde, a gente já tem que fazer por aqui. Assim, a Universidade está fazendo isso porque é tendência ou por que a estrutura dela já demanda que terceirize ou delegue para pontas e tudo mais?

Percebe-se claramente, que a área de RH dos HUs está sendo reestruturada, reduzida e enxugada, descentralizando decisões, como se pode observar nas falas dos gestores 1,3 e, coordenados os processos, inclusive, terceirizando o processo de seleção.

Para o gestor (G3), a mudança expressou-se concretamente com a retirada da placa “Divisão de Recursos Humanos” e a fixação da nova placa “Núcleo de Gestão de Pessoas” (NGP) explicando que se trata de uma questão de símbolo, e que a organização pública vive muito em cima de símbolo. Portanto, conforme esse gestor mudar a denominação constitui-se em um primeiro passo para desconstruir um conceito e construir outro, conforme previsto no planejamento estratégico.

O profissional de RH se firmará definitivamente como parceiro estratégico, se entender a demanda do negócio sem perder o foco em sua especialidade. Em função dessa demanda, o MBA de Recursos Humanos da Fundação Instituto de Administração (FIA) passou a dedicar mais de 40% de sua carga horária em questões de negócio. Para o autor, a RH precisa invadir o negócio e aí se legitimar, o negócio precisa estar dentro da gestão de pessoas (Bispo, 2006).

T5 - Formação, Treinamento e Desenvolvimento

Gestor 1 (...). Na enfermagem, nós temos utilizado EAD para praticamente todas as capacitações para as duas categorias. Estamos com uma tendência a trabalhar com gestão de competências. Na enfermagem, já foi feita uma avaliação dos cursos, e está sendo feita com os enfermeiros, e agora com os técnicos e os auxiliares. Com os servidores está um pouquinho mais atrasado, porque tem que ser para todos os servidores de todas as categorias, então, a própria administração também está tentando trabalhar com isso, mas aqui é mais lento, apesar de ser uma tendência. A EAD está só na enfermagem, mas a tendência é expandir a todos os funcionários também, até porque temos um bom suporte lá no departamento de informática e não tem porque não usar. **Gestor 2** (...) Nós temos uma escola dentro da própria instituição que nos alimenta com a capacitação sem nenhum custo a nossos funcionários. Então, é um estímulo, um benefício para eles, quem é auxiliar de enfermagem pode fazer um curso técnico, uma especialização em instrumentação cirúrgica, em terapia intensiva e nefrologia, porque lidamos com pacientes agudos. **Gestor 3** (...) ponto importante é a integração do NGP e a Escola de Educação Permanente, hoje, nós juntamos forças e somos clientes deles.

Nos hospitais, dentre as práticas adotadas relacionadas à gestão de pessoas, destacam-se as ações de treinamento e desenvolvimento, sobretudo, voltadas à equipe de enfermagem. Muitos estudos têm sido realizados nessa temática do treinamento e desenvolvimento diretamente na enfermagem ou a outros trabalhadores (Mira et al, 2011; Santos, Mira, Sarraf, 2010; Borges-Andrade, 2002) relacionados à aprendizagem, resultados do treinamento e eficácia, entre outros.

Diferentemente das organizações corporativas, nos hospitais, sejam eles, de ensino ou não, o foco da atenção costuma ser direcionado à assistência prestada, ao diagnóstico, aos procedimentos realizados e à satisfação do cliente. As políticas e práticas de valorização de pessoas não têm recebido investimentos da alta administração, como um elemento primordial para a obtenção das metas e resultados. As práticas gerenciais ficam a reboque das práticas assistenciais.

T6 - Perfil do Profissional na Função RH

Expert 1 (...) sou responsável pela carreira/disciplina de liderança no curso de *MBA*, então, nós falamos que existe uma enorme diferença entre ser gestor e ser um líder. O gestor é aquele que mantém um bom status, ou seja, se a regra é essa, vou fazer acontecer. O líder é aquele que, por acreditar fielmente no que ele fala, transpira essa paixão e consegue envolver sua equipe em prol ao objetivo comum, independente dos objetivos individuais. O “X” da questão é que temos de buscar pessoas que tenham o conhecimento da gestão, e que, além disso, tenham competência para a liderança. Com isso, nós vamos buscar mover pessoas em torno de um objetivo comum, e esse é o objetivo. **Gestor 4** (...) nós fechamos o perfil de liderança, e no final de semana, vamos discutir melhor esses aspectos, cada ponto, cada olhar, dividiremos em quatro níveis: o Operacional, a Chefia, a Diretoria e a Diretoria Executiva. A mensagem que digo é esta: média gerência, alta gerência ou liderança precisam trabalhar, porque o problema está aí. Convenço-me cada vez mais que focar no aspecto comportamental nas suas equipes é fundamental. A questão de trabalhar o intangível das equipes nas questões de relacionamento, relações interpessoais é

fundamental para a organização. **Expert 2** (...) Quando vocês colocaram 100% aqui, referindo-se a tendência de introdução da educação corporativa e ensino a distância, eu achei muito interessante os atributos, pois sempre predomina a informática. O meu professor não tem 100%, o meu enfermeiro não tem 100%, mas o meu aluno tem 100% de domínio da informática. Isso não é só da cidade de SP, gente! O domínio de outros idiomas que foi colocado pelos gestores aqui na pesquisa, 74,6% importante. Quero chamar atenção na especialização, que puseram 100% importante, mas a única área que não é regular aqui no MEC, são as especializações. As unidades, as instituições superiores podem criar especializações como quiser. Então, nós temos um elenco enorme hoje de especialistas a distância, mas sem competência; especialistas na área de gestão, mas sem nenhuma competência de exercer a gestão nas organizações de saúde ou outras organizações. Como disse a formação do líder ter mestrado e doutorado que tem como foco gerenciamento, formação de recursos humanos, ela não tem esse objetivo, porque não é esse o objetivo dos nossos da casa, tem objetivo de pesquisa não de formação de líderes, mesmo que seja no mestrado. Quando vocês falaram da realização dos cursos no exterior, achei muito interessante, 50% importante. Eu acho que a gente tem que trazer um pouco para a área da saúde. Nas outras organizações, tudo isso já é muito mais adiantado, mas a área da saúde ainda está engatinhando, no nosso ponto de vista com relação a gerenciamento. Hoje, então, você discute o indivíduo e a psicologia da educação, administração e informática. Competência técnica nem vou discutir com vocês, pois se você teve uma competência política com relações interpessoais, você precisa que ser tecnicamente competente. O trabalho em equipe multiprofissional, vocês puseram pela pesquisa que (73,3%) consideram que não são importantes. Então, como trabalhar liderança que, nessa área, sabe que você tem significados e significados. Por isso, que eu digo - quer formar líderes? Primeiro me fala a concepção de líder, depois a gente começa a conversar dentro da formação. Vocês colocaram inovador, proativo 46,7%, promotor de mudança cultural e de atitude é muito pouco. A negociação de recursos humanos (33,3%) olha, a gente negocia diariamente com eles e com as nossas políticas públicas. Gestão de pessoas com qualificação diversificadas. Então, esse está sendo o desafio, mas ele é uma tendência.

O papel da liderança foi considerado e reconhecido como fundamental por gestores e *experts*.

As qualificações apontadas pelos gestores também foram citadas em outros estudos, como qualificações importantes para o profissional atuar estrategicamente; para isso, ele deverá ter um profundo conhecimento do negócio (hospital), de sua dinâmica, aliadas à experiência profissional na área de Gestão de Pessoas, domínio das ferramentas de informática e vislumbrando as tendências na área da saúde e somente com uma visão ampliada do negócio e do mercado será possível interferir nos caminhos da organização (Fischer, Albuquerque, 2002; (SHRH, 2011).

O gestor torna-se fundamental no processo de mudança, servindo como facilitador, para que as mudanças ocorram, superando as dificuldades e limitações: estruturais, legais, políticas, sociais, econômicas, tecnológicas, culturais, demográficas e ecológicas.

T 7 - Mercado de trabalho e formação

Expert 2 (...) Hoje, no cenário atual, o quanto é difícil, complexo é o cenário da formação, pois a gente tem todas essas mudanças que vocês contaram, os novos paradigmas, os avanços tecnológicos. Hoje, vocês falaram muito da geração Y, os meus alunos de 1º ano tem 17 anos, a média de idade de 20/21 anos. Então, eles nos chegam assim: são criativos; flexíveis; reversíveis; eles são a geração dos desafios; eles trabalham e produzem a partir de desafios, são extremamente produtivos nesse sentido. A formação hoje tem sido muito questionada, porque forma um jovem que não é comprometido e não é envolvido. O jovem se no seu processo de trabalho não tiver qualidade, ele cai fora da formação. É uma geração extremamente crítica, atualizada, de colaboração, contextualizada, uma geração internauta, 100% dos meus alunos têm notebook, isso também acontece nas particulares. Você dá uma atividade, uma estratégia, e eles se utilizam dos recursos de mídia, em uma hora eles fazem uma produção. Quando vocês falam de formação de liderança, preocupa-me muito, pois o significado de liderança deles é em outra concepção. Eles são multidimensionais, a aprendizagem deles também se faz de outra forma. Então, eu acho que os livros de gestão, treinamento e movimento vão ter que repensar, porque eles estão aprendendo no multissensorial, multidimensional. Quando estamos trabalhando a formação, nós temos, sim, que levar em conta o contexto de trabalho dos profissionais da área de saúde precarizado, da força de trabalho, dos salários, das condições de

trabalho. As universidades, hoje, mesmo as particulares, estão colocando como sua primeira missão a pesquisa e não mais o ensino com relação à extensão. Nós temos uma formação de docentes, eles se preparam para o mestrado, doutorado, mas têm uma formação pedagógica. Então, na formação está difícil a língua portuguesa, pois esse jovem é muito criativo na dimensão das multimídias, mas na hora que ele põe no texto, dá vontade de chorar. Alunos da USP no 1º ano, o texto é empobrecido, vocabulário é empobrecido, na fala, não, mas ele é empobrecido no vocabulário. É claro que tenho jovens que sabem espanhol, inglês que sabem mais que a própria professora, mas não é isso que eu quero dizer, mas, para a gente rever esses dados e fazer uma discussão em cima disso. Só para falar que temos 1.400 escolas de enfermagem hoje no Brasil. A enfermagem são 4 mil horas em 5 ou 4 anos. Infelizmente, o que temos visto são classes de 600 pessoas, com estágios supervisionados, o aluno faz 3 anos somente presencial, somente sala de aula ou simulações realísticas, sem nunca ter visto uma unidade base hospitalar e no último ano que vai reconhecer essa realidade. Então, quando você diz na formação dos gestores olha como está a graduação, e ele entra na especialização, ele entra nas residências. É outra discussão é da residência multiprofissional, aumentou muito, e acho que é um foco que vamos ter que discutir, porque a residência é formação de serviço, então, se é na gestão multiprofissional como está se dando isso. Hoje, as residências estão tendo controle muito maior do MEC, porque ele que é o grande financiador hoje das residências. Hoje, então, você discute o indivíduo, a psicologia, a educação, administração e informática. Competência técnica nem vou discutir com vocês, pois se você teve uma competência política com relações interpessoais, você tem que ser tecnicamente competente, mas como trabalhar com esse meu aluno que ele precisa, ele tem que interpretar a intencionalidade da política de recursos humanos na organização. Isso parece simples, não é simples! O aluno seja pós, seja MBA, ele tem que estar entendendo o que está acontecendo nesse mundo dinâmico. Os projetos pedagógicos têm que dar resultados. Resultados que levem uma mudança daquela prática social, o nosso desafio na formação, eu digo porque na formação inclusive de especialização que seja mestrado, doutorado ou mestrado profissional com um grande alavanque estratégico no gerenciamento para a formação. **Gestor 2 (...)** Hoje, nós temos um panorama um pouco diferente: os profissionais, mesmo concursados, não se interessam por estabilidade, eles querem uma situação melhor para eles, para desenvolvimento das atividades. Eles não são tão flexíveis como nós éramos em termos profissionais. Eu não sou tão idosa assim, mas naquela época nós aceitávamos muito mais uma política existente, hoje, o jovem geração Y ou Z é um pouco resistente. Ele não aceita muito bem, acha que é dono de todas as

razões, porque está com o celular, entra na internet e conseguem as respostas, então, ele é um tanto mais difícil. Os profissionais contratados querem realmente conhecer o trabalho, porque eles querem o desenvolvimento, querem ficar 1 ou 2 anos, é uma questão do treinamento que estão ganhando, porque eles estão disputando o mercado lá fora. Então nós preparamos um contingente de pessoas para o mercado, que são admitidas em hospitais privados sem processo seletivo. É o ônus. Nosso contingente de profissionais, essencialmente feminino, (85%) tem filhos e, muitas vezes, banca sozinho a família. Eles buscam um seguro saúde, um seguro odontológico, um convênio de saúde e, muitas vezes, também algum outro recurso que possa beneficiar. A grande maioria é por jornada de trabalho, porque nós fazemos 40h e nós temos plantão de 12, e nosso turno de trabalho são 6h com uma dobra, isso é muito visado e para gerenciamento pessoal é ruim. Nós estamos lutando para termos 36h de jornada de trabalho, para se equiparar ao mercado de trabalho, mas estamos encontrando algumas dificuldades. **Gestor 4** (...) Queria falar dessa questão comportamental, temos um desafio descomunal à nossa frente, a longo prazo. Na pesquisa sobre geração Y que está ingressando no mercado de trabalho, há uma inversão de valores. Hoje em dia, ele coloca as aspirações pessoais, e o tempo que ele fica com a família e uma série de outras questões acima da questão profissional. Nós precisamos ter a sabedoria de aproveitar a experiência desse pessoal que está na casa e mesclar com todo dinamismo do jovem. Não é fácil, muitas vezes, sai faísca, mas nós temos de administrar essa questão. **Expert 1** (...) gostaria de fazer uma provocação para expert 2 como seria a possibilidade de uma integração do ensino com o mercado? **Expert 2** (...) é a questão da parceria. Essa parceria precisa ser primeiro política, claro e tem que ser valorizada de ambos os lados, nós temos feito parceria hoje. Nossas parcerias têm sido muito mais com as particulares do que com as públicas. E também gerar pesquisas porque são avaliadas, e é uma questão de fazer projetos. Projetos de desenvolvimento de pessoas, processo de captação, processos seletivos. E o projeto adequando no campo, e é claro que, quando você tem um aluno no campo, o aluno é gente. Estamos tentando fazer projetos interprofissional e a parceria com ICESP está sendo muito interessante. MUITÍSSIMO bem avaliado pela CAPS.

A questão de gerações tem sido foco de discussões em diferentes âmbitos, sobretudo, por estar passando por uma transição demográfica, com redução da mortalidade infantil, seguida de um aumento da duração de vida da população adulta. .

Estes fatores serão um desafio às organizações nacionais ou internacionais, e os sistemas de gestão irão lidar, ao mesmo tempo, com uma força de trabalho mais idosa e outra mais jovem ingressando no mercado, pois abrangem diferenças de valores, crenças, ambições, pontos de vista e vários fatores inerentes às diversas gerações que convivem em um mesmo ambiente, podendo ocorrer conflitos que vão contra os resultados planejados.

Se forem bem administrados, os conflitos poderão gerar benefícios aos indivíduos e às organizações, como: aumento da motivação e do interesse aplicado às tarefas; identificação de problemas e busca de soluções; coesão do grupo; adaptação à realidade; ampliação de conhecimentos e habilidades, da criatividade e inovação dos indivíduos e sistemas, além de contribuição para o alcance de metas e incentivo ao crescimento organizacional (Beaver, Hutchings, 2005; McGuire, By e Hutchings, 2007).

Os estudos nacionais enfatizam que, se a organização possuir um RH preparado com ferramentas e programas estruturados, poderá apoiar os gestores na condução desses jovens profissionais, com ferramentas de gestão de pessoas, como estrutura, cargos e salários, planos de carreira, avaliação de desempenho, avaliação de competências atreladas ao processo de feedback, estruturação de plano de desenvolvimento que são fundamentais para nortear os gestores e os profissionais e a adoção de (*counselling, coaching e mentoring*) como prática de orientação profissional (Santos, 2011; Cordeiro, Freitag, Albuquerque, 2012).

Nos três hospitais que fizeram parte da presente investigação, Hospital A, Hospital B e Hospital C, além da missão de ensino, os mesmos definem como visão: ser reconhecido como organização brasileira em saúde de maior abrangência e competências; possibilitar ensino adaptado à realidade e propiciar pesquisas tecnológicas, aplicáveis às demandas institucionais. Os valores declarados são: assistência e ensino com conteúdo integralizador de todo o processo de diagnóstico, tratamento, cuidado e reabilitação com ênfase nos recursos humanos, admitindo-se ser esse o capital principal do Hospital, para uma assistência com equidade, respeito, ética e qualidade. Nos três HUs, o total de pessoas que trabalha para cumprir a missão e as metas totaliza cerca de 21.790 profissionais, sendo que destes, aproximadamente, 30% e 40% correspondem à equipe de enfermagem.

Nesse panorama, o presente estudo propôs-se a investigar na percepção de gestores de Hospitais Universitários da cidade de São Paulo, quais fatores estariam produzindo novas tendências no gerenciamento de pessoas e quais mudanças esses projetam no cenário dos modelos de gestão de pessoas, considerando o espaço-território onde a instituição está localizada.

Os resultados da presente investigação demonstraram que, na visão dos gestores de três hospitais universitários, a Gestão de Pessoas sofrerá mudanças significativas (86,7%) nos próximos 10 anos e estas mudanças que serão implementadas, deverão incidir predominantemente nas *práticas e instrumentos de gestão* (50%).

Dentre as doze **Tendências de Mudança no Ambiente** que poderão afetar as decisões sobre as estratégias e políticas de Gestão de Pessoas, três destacaram-se por unanimidade (100%). Estas foram consideradas mudanças de grande impacto para o modelo de Gestão de Pessoas e deverão interferir nas decisões a respeito da Gestão de Pessoas dos HUs: a *busca da Qualidade dos processos e produtos* (média 8,6), *questionamento do papel social da instituição, cidadania e direitos do consumidor* (média 8,6) e *mudanças na tecnologia aplicada*

aos processos produtivos e organizacionais (média 8,4) aos HUs, para os quais os gestores deveriam direcionar sua atenção.

Os resultados apontam que a *busca da Qualidade dos processos e produtos* é uma preocupação dos gestores, a análise e a compreensão dos métodos e processos de trabalho devem constituir um dos objetos centrais de análise dos gestores, para transformarem as estruturas burocráticas e seus processos em organizações flexíveis, com vistas à melhoria do desempenho das pessoas, com reflexos diretos no resultado (Bergue, 2010).

A discussão a respeito de qualidade hospitalar não é nova, estudo realizado em São Paulo em 2000, mostrou que a maioria dos sistemas, programas ou iniciativas implantados, tanto em hospitais públicos como privados era específica do setor (52%), as empresas que se destacaram em termos de qualidade de produtos e serviços conseguiram distinguir-se graças à responsabilização e envolvimento mais amplo do corpo diretivo com o assunto (Schiesari, Malik, 2006).

As *mudanças na tecnologia aplicada aos processos produtivos e organizacionais* foi outra tendência de mudança no ambiente de alta relevância que pode afetar as decisões sobre estratégias e políticas de Gestão de Pessoas, consideradas de alto grau de interferência nos HUs.

Além das mudanças tecnológicas que revolucionam os processos de diagnóstico e tratamento, alterando condutas pautadas nas evidências científicas e alto investimento em pesquisas, sobretudo, ao considerar que, nos últimos anos, o mundo vem enfrentando a transição célere da sociedade industrial para a era da informação, as organizações hospitalares estão ainda atrasadas para constituírem uma base sólida de informação e comunicação plenamente integrada.

Para Peres e Leite (2005), o sistema de informação está fundamentalmente relacionado com a cultura organizacional do grupo, visto que representa as formas de comunicação utilizadas por uma organização, por isso, é complexo, pois envolve as dimensões políticas e culturais.

Vale ressaltar que as inovações tecnológicas podem contribuir nos processos de trabalho, passando a exigir das pessoas menos a execução das ações especializadas (rotinizadas) e mais uma inserção crítica na busca de melhoria contínua (Bergue, 2010).

Para Peres e Leite (2005) embora seja um relativo sucesso coletar, organizar e divulgar as informações de saúde, existe evidente necessidade em avançar, tanto no caminho da integração entre os sistemas de informação como uso da TI para a melhoria da produtividade e qualidade dos processos de trabalho em saúde, da gestão e controle social.

Conforme Andrade (2002), as pesquisas mostram que os hospitais investem apenas 1% do orçamento nessa área, comparados com hospitais americanos que investem de 2 a 3%, que apenas 33% dos 6.500 hospitais do Brasil (36% públicos e 64% privados) têm algum sistema de informação.

A TI é essencial na gestão de pessoas para o processamento de muitas informações a respeito dos indivíduos e quanto mais informações relevantes, tanto menor será a incerteza sobre a situação e maior a eficácia das decisões a serem tomadas, que poderão contribuir diretamente com as decisões estratégicas das organizações, facilitando as decisões sobre carreiras e projetos individuais de desenvolvimento (Fischer, Albuquerque, 2001; Chiavenato, 2010).

No setor público, as inovações tecnológicas, começaram a ser introduzidas a partir de 1990, com lançamento de programas de governo eletrônico, embora tenha melhorado a automatização dos procedimentos, não foi acompanhada, na mesma proporção, por avanços na gestão (Carlos, 2011).

A análise e a compreensão dos métodos e dos processos de trabalho nos HUs devem constituir-se em um dos objetos centrais de análise por parte dos gestores, complementadas pelas mudanças na tecnologia aplicada aos processos produtivos. Evidenciou-se que a tecnologia da informação é essencial para o processamento de muitas

informações e que, quanto mais informações maior será a eficácia das decisões a serem tomadas, podendo contribuir diretamente com as decisões estratégicas dessas organizações. Também fica claro que as inovações tecnológicas podem contribuir nos processos de trabalho, contudo, passam a exigir das pessoas menos ações rotineiras e mais inserção competente e crítica na busca de melhoria contínua.

A terceira tendência de mudança no ambiente que poderá interferir nas decisões sobre Gestão de Pessoas nos HUs é o *questionamento do papel social da instituição, cidadania e direitos do consumidor*.

As proposições de atuação social são uma tendência de estratégia empresarial que se fortalece no caminho que vai da responsabilidade social para a cidadania organizacional, quanto maior for a empresa maior será sua probabilidade de ter uma atuação social mais consistente (Fischer R, 2002).

Para a autora, a atuação das organizações públicas mereceria um estudo a parte e mais profundo, já que seu caráter estatal introduz inúmeras peculiaridades.

Fischer (2002) considera que o desafio da cidadania é um dos maiores desafios dos modelos inovadores de Gestão de Pessoas que trata de propiciar as condições e recursos, para que se desenvolva uma cultura de cidadania organizacional. Algumas questões dizem respeito à motivação para o trabalho (sentir-se realizadas, obter valorização e reconhecimento, gostar do que faz, mobilizar seu talento). Outras questões dizem respeito ao ambiente social no contexto organizacional em que se dão as relações de trabalho (transparência na comunicação, condições ampliadas de participação, tratamento digno, entre outros).

Para autora, tais características devem compor a própria cultura organizacional para o desenvolvimento da cidadania organizacional.

De acordo com Meister (1999), a cidadania organizacional estimula o orgulho do funcionário e fortalece seu vínculo com a

empresa, contribui na construção de uma relação diária mais saudável e produtiva entre gestores e funcionários e favorece a atração e manutenção de profissionais de alto desempenho (Eboli, 2002).

A autora citada refere que exercitar a cidadania individual e organizacional também vem se revelando uma das práticas mais eficazes no desenvolvimento de pessoas talentosas e competentes, facilitando que estas desempenhem seu papel de ator social na construção e transformação da realidade organizacional e contribuindo, para que a empresa também cumpra seu papel de empresa-cidadã.

Trabalho realizado na FEA-USP mostrou que o setor financeiro é o que detém maior número de organizações com programa de atuação social bem sucedido, com nítida concentração de investimentos em educação e em programas que beneficiam crianças e jovens (Eboli, 2002).

A efetivação do processo de privatização, levando o Estado a deixar de atuar diretamente nos setores produtivos e trabalho a distância são as tendências consideradas de baixa relevância (60%) que sofrerão menor interferência nas decisões sobre estratégias e políticas de Gestão de Pessoas.

O Hospital A e Hospital C que mantêm contratualização com Organizações Sociais de Saúde (OSS), contam com uma *gestão mais flexível, com os processos mais ágeis e apoio logístico fundamental*, com a possibilidade de *incluir pré-requisitos como a especialização no processo seletivo; complementação da remuneração* (10 horas a mais por semana), inclusive uma *gestão compartilhada* (referindo-se ao presidente da OSS e ao Reitor), conforme podemos observar nas falas dos gestores no tema T2.

Estudos recentes vêm mostrando que os hospitais administrados sob o modelo de OSS são mais eficientes melhorando a qualidade ao assegurar um atendimento mais integral aos pacientes. Além disso, têm produzido melhores resultados que os hospitais públicos diretamente administrados como, aproximadamente, 20% a mais de altas por leito e custos menores e permitindo melhor

monitoramento e avaliação dos resultados pelo Governo Federal, ao enviar, de forma transparente, dados sobre resultados vinculados às metas de saúde acordadas entre as OSS e a SES (La Forgia, Couttolenc, 2008; Medici, Murray, 2010; Perdicaris, 2012).

O *trabalho a distância* ou trabalho remoto é a tendência que os gestores consideram que os HUs menos sofrerão interferência nas decisões sobre as estratégias e políticas de GP, e justifica-se porque a assistência a ser prestada nas 24 horas exige a presença física do profissional envolvido no cuidado no hospital, restando poucas áreas (administrativas) que poderiam beneficiar-se dessa modalidade de flexibilização do processo de trabalho.

As empresas privadas vêm adotando programas de trabalho alternativo e flexível (*flextime*), sobretudo, quando os colaboradores apresentam variedade de necessidades e interesses como: horário flexível de trabalho, semana de trabalho reduzido, entre outros, com o objetivo de atrair e reter talentos (Chiavenato, 2010).

Nas organizações públicas, fora da área da saúde, há o exemplo do Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) onde os servidores, desde 1º de janeiro de 2013, podem trabalhar fora das dependências do Tribunal, denominado “teletrabalho”, com as mesmas garantias legais que o trabalho realizado na instituição, conforme estabelecido pela Lei nº 12.551/2011. Preferencialmente, serão realizadas atividades que demandem maior esforço individual e menor interação com outros servidores (pareceres, relatórios, roteiros, estudos especiais e propostas de normas e manuais) (Brasil, 2011).

Em relação aos **Princípios que Orientarão os Modelos de Gestão de Pessoas** não houve diferenciação significativa sobre a relevância da filosofia e dos princípios assinalados, todos foram considerados de alta relevância nas duas rodadas. Observa-se consenso absoluto (100%) que caracterizou o *empowerment*, *gestão de RH coerente com o negócio da organização*, *comprometimento da força de trabalho com os objetivos organizacionais*, *educação*

corporativa e autodesenvolvimento. Estes princípios, certamente, serão os principais focos de atenção dos gestores para os próximos 10 anos.

Mais uma vez, ratifica-se que o distanciamento entre o nível estratégico, vivenciado pela gestão de pessoas nos HUs, não estando alinhado ao negócio da organização, torna difícil estabelecer estratégias de comprometimento da força de trabalho com os objetivos organizacionais.

A literatura aponta que a gestão de pessoas é uma área muito sensível à mentalidade que predomina nas organizações. É extremamente contingencial e situacional, pois depende de vários aspectos, como a cultura que existe em cada organização, a estrutura organizacional adotada, a tecnologia utilizada e o estilo de gestão, entre outros (Chiavenato, 2010).

Corroborando o que estudiosos afirmam quando uma organização está voltada para às pessoas, seu capital humano, a gestão de pessoas pode contribuir para a eficácia organizacional pois poderá ajudar a organizar e alcançar seus objetivos, proporcionar competitividade e oferecer à organização pessoas bem treinadas e bem motivadas (Eboli, 2002; Fischer, Albuquerque, 2002; Hanashiro, Teixeira, Zacarelli, 2008, Chiavenato, 2010; SHRH, 2011). A pesquisa mostrou que existe necessidade da gestão dos HUs prepararem-se para a gestão de pessoas na próxima década, como um aspecto importante a ser focalizado

Nenhum dos princípios contemplados foi considerado de baixa dificuldade de implantação, entretanto alguns foram percebidos pelos gestores como mais complexos que outros. O *comprometimento da força de trabalho com os objetivos organizacionais* (média 8,6), *gestão de competências* (média 8,6) e *gestão de conhecimento* (média 8,5) foram as orientações consideradas mais difíceis de serem implementadas nas duas rodadas da pesquisa e, possivelmente, serão os grandes desafios dos gestores de pessoas nesses HUs na próxima década.

A educação corporativa (7,4) e a utilização de diferentes vínculos de trabalho (7,0) apesar das dificuldades de implantação, parecem ser conceitos mais familiares aos profissionais pesquisados.

Os dados revelam que os HUs pesquisados adotaram alguns princípios de gestão como: uso de diferentes vínculos de trabalho (100%), gestão de RH coerente com o negócio da organização (57,1%) e autodesenvolvimento (50%).

Diferentes vínculos de trabalho são princípios considerados relevantes para a discussão na literatura sobre a gestão de pessoas. Isso porque se duas pessoas com a mesma capacitação e qualificação profissional são contratadas por diferentes tipos de vínculos e receberem benefícios diferenciados para tal, isto será uma fonte de possíveis conflitos. A contratação por meio de distintos vínculos empregatícios foi introduzida nos três HUs, o que justifica que os gestores considerem, como um grande desafio a presença de profissionais CLT e concursados no mesmo setor e executando as mesmas atividades, como pudemos observar na terceira rodada nas falas dos gestores descritos no tema (T3).

Estudo realizado por André (2010) nas UBS mostra que gerenciar profissionais com distintos vínculos foi o tema de maior dificuldade citado pelos gestores também nessa área. Para a autora, de um lado, agiliza e viabiliza o processo de contratação de pessoas; mas, por outro lado, a flexibilização que tende a se intensificar, pode levar à desregulamentação do trabalho e à precarização das relações de trabalho.

No caso dos HUs, o duplo vínculo citado pelos gestores envolve repensar o que acarreta em várias dimensões, como: dimensionamento de pessoal, motivação, plano de carreira, absenteísmo e comprometimento da força de trabalho com os objetivos organizacionais e, sobretudo, a valorização das pessoas.

De acordo com Campo e Bonassa (2006), as formas precárias de contratação, o descontentamento profissional, os diferentes tipos de vínculo no mesmo ambiente de trabalho e todos os

fatores que geram insatisfação ou tensão dificultam a coesão e incidem negativamente no principal insumo para a assistência hospitalar: as pessoas/trabalhadores que ali atuam.

Estabelecer uma política de Gestão de Pessoas em que o profissional sinta-se valorizado, independente do tipo de vínculo (CLT ou concursado), consiste em um desafio que precisa ser enfrentado pelos gestores.

Os gestores admitem que se as pessoas não se sentirem valorizadas, será difícil estabelecer uma *estratégia de comprometimento da força de trabalho com os objetivos organizacionais*, embora tenha este aspecto (100%) tenha sido considerado relevante, chamando a atenção para o fato de que praticamente nenhuma estratégia tenha sido introduzida (28,6%), e a ela foi atribuído alto grau de dificuldade de implementação.

Em uma estratégia de comprometimento, as pessoas são consideradas parceiras no trabalho, e a organização deverá adotar como premissa: a valorização dos talentos humanos, criação de condições favoráveis à motivação individual e a mobilização dos grupos em torno das metas organizacionais. Quando há o envolvimento e comprometimento, são esperadas mudanças nas responsabilidades individuais e nas entregas que são feitas, e à medida que as condições mudem, as equipes passam a ser gerenciadas como unidades organizacionais (Walton, 1997 *apud* Leite, Albuquerque, Kniess, 2010).

Nos HUs, onde a missão é o ensino, pesquisa e a assistência prestada por uma equipe composta por diferentes profissionais e têm como clientes os alunos, pacientes, docentes, qual a melhor estratégia de comprometimento organizacional? Os resultados demonstram a necessidade de discussão mandatória por parte de todos os gestores acerca dessa problemática.

Quando se busca compreender a temática do comprometimento organizacional na perspectiva da administração, os estudos realizados enfocam a perspectiva multidimensional para

identificação de seus determinantes, a fim de envolver o ser humano integralmente com a organização (Bastos, Brandão, Pinho, 1997; Medeiros, Albuquerque, Siqueira e Marques, 2003; Leite, Albuquerque, Kniess, 2010; Leite, Albuquerque, 2011).

Para Campos e Bonassa (2006), nos hospitais os gestores tentam resolver os problemas com soluções específicas para cada questão, combatendo os sintomas da crise, assim, percebem-se às voltas com o difícil controle e gerenciamento dos diversos grupos e incapazes, muitas vezes, de alterar a própria estrutura.

Especialistas em gestão indicam que, para vencer esse desafio, os gestores de pessoas deveriam atuar como facilitadores, como uma consultoria, exercendo um papel estratégico, baseados nos diagnósticos sistêmicos com foco na organização como um todo (Chiavenato, 2010).

Outro princípio apontado pelos gestores foi a *educação corporativa*, vista como princípio de alta relevância, porém, não foi introduzida (35,7%) mas, será incorporada nos próximos 10 anos (92,3%), e o grau de dificuldade para implementá-la obteve média 7,2.

Para introduzir a educação corporativa nos HUs, é preciso questionar e repensar o próprio hospital e seus processos, envolvendo todos os agentes. Diferentemente das organizações corporativas, nos hospitais, sejam eles, de ensino ou não, o foco da atenção costuma ser direcionado à assistência prestada, ao diagnóstico, aos procedimentos realizados e à satisfação do cliente. As políticas e práticas de valorização de pessoas não têm recebido investimentos da alta administração, como um elemento primordial para a obtenção das metas e resultados. As práticas gerenciais ficam a reboque das práticas assistenciais.

Nos hospitais, dentre as práticas adotadas relacionadas à gestão de pessoas, destacam-se as ações de treinamento e desenvolvimento, sobretudo, voltadas à equipe de enfermagem. Muitos estudos têm sido realizados nessa temática do treinamento e desenvolvimento diretamente na enfermagem ou a outros

trabalhadores (Mira et al, 2011; Santos, Gonçalves, Sarraf, 2010; Borges-Andrade, 2002;) relacionados à aprendizagem, resultados do treinamento e eficácia, entre outros.

Nas falas dos gestores, observa-se que os HUs utilizam tecnologia de treinamento no ensino e na capacitação dos profissionais como: treinamento a distância ou *e-learning*, simulação realística e recursos audiovisuais. A *Association Society for Training and Development* (ASTD) divulgou o e-learning como uma das principais tendências do T&D, além de: liderança *coaching*, aprendizagem como estratégia empresarial, treinamento como consultoria de desempenho (ASTD, 2011).

A educação corporativa é mais do que um treinamento empresarial ou qualificação de mão de obra. Trata-se de articular coerentemente as competências individuais e organizacionais no contexto mais amplo da empresa por meio da gestão por competências e da gestão do conhecimento, recomendando que haja ações integradas e conectadas em todas as esferas - organização, gestão de pessoas e indivíduos para que desenvolvam seus talentos e competências (Eboli, 2002; Eboli, 2004).

Em relação às **Políticas de Gestão de Pessoas**, das treze políticas de gestão consideradas mais relevantes no futuro, sete foram apontadas, como sendo de alta relevância à Gestão de Pessoas: *feedback frequente aos funcionários sobre sua atuação (93,3%), gestão de carreiras (93,3%), ênfase na Gestão de Pessoas considerando as necessidades biopsicossociais dos colaboradores (93,3%), benefícios flexíveis definidos com a participação dos funcionários (93,3%) e utilização de meios de educação a distância (93,3%)*, e o restante consideradas de média relevância, conforme podemos verificar nos dados na Tabela 11.

Das tendências apontadas, duas delas foram consideradas pelos gestores como praticamente introduzidas: A *parceria com Instituições externas de ensino em programas de capacitação (76,9%)*

e *práticas de monitoramento contínuo do ambiente de trabalho* (69,2%).

Os gestores apontaram: *benefícios proporcionalmente menores na remuneração* (média 7,9), *benefícios flexíveis definidos com a participação dos funcionários* (média 7,8) e *maior poder de decisão das chefias sobre a remuneração de sua equipe* (média 7,5) como tendo de alto grau de dificuldade para implementação na Gestão de Pessoas nos HUs.

A *utilização de meios de Educação à Distância* (média 5,6) é a tendência considerada como de menor grau de dificuldade para implementação. Dentre as tendências consideradas de alto grau de dificuldade para implementação das Política de Gestão de Pessoas, a temática mais mencionada como impossível de ser introduzida foi o sistema de recompensas.

Na fala dos gestores, observa-se que ter na mesma equipe de trabalho, profissionais com vínculos diferentes é também um grande desafio, mencionam que o

“sistema de remuneração é diferente, porque os funcionários públicos ganham bem mais do que os que são contratados pelas OSS. Não era assim há anos, mas, desde 2004, eles (os funcionários públicos) passaram a ter um plano de cargos e salários bons, isto ocorreu para todos técnicos e administrativos. E os funcionários da Fundação não têm planos de cargos e salários. Essa é a principal diferença: ganham menos, têm menos benefícios e não têm plano de cargos e salários estabelecidos”

A literatura assinala que a remuneração está atrelada a um valor simbólico que representa o quanto o profissional *vale* para a organização, ou seja, a relação entre o que a organização valoriza ou quer estimular em seus profissionais e a prática de recompensas, de modo a incentivar comportamentos e ações que *agreguem valor* (Hipólito, 2002).

A “remuneração consiste em pagar quem faz o trabalho em troca de um resultado. Sempre foi assim, o que vem mudando é com quem fica o resultado do trabalho. Antes era absorvido somente pelo dono do negócio”. Desse modo, o modelo tradicional de remuneração é

baseado no salário e cargo, na administração pública o cargo é o elemento fundamental na determinação das recompensas, empregando processos fixos e rígidos, genéricos e padronizados, tradicionais e ultrapassados (Hipolito, 2002; Hinashiro, 2008; Chiavenato, 2010).

Os cargos públicos são criados mediante lei, com número certo de vagas, com denominação e remuneração fixa. Nessa linha, o cargo opera como o “primeiro nível de vestimenta institucional, a roupa ou uniforme que reveste o indivíduo que labora para o estado - o servidor público” (Bergue, 2010).

Portanto, todo profissional ao ingressar nas instituições públicas, independente de formação anterior, experiência, assumirá o cargo e será remunerado, conforme estabelecido em lei. Não importando se o profissional atuará em uma unidade não crítica ou crítica como a Unidade de Terapia Intensiva onde a complexidade exige do profissional outras competências além das descritas no perfil profissional. A remuneração é baseada no tempo e não no desempenho.

Nessa abordagem tradicional da gestão de carreira e salários, predomina o modelo do *homo economicus*: a suposição de que as pessoas são motivadas exclusivamente por incentivos salariais, financeiros e materiais (Chiavenato, 2010).

Vários estudos mencionam que a remuneração não é único fator que mantém um profissional em uma instituição pública, as pesquisas incluem: progressão na carreira, condições de trabalho, incentivos, benefícios, estabilidade, status entre outros (Lapa-Rodriguez, Trevizan, Shinyashiki, 2008; Vaghetti, Padilha, Silva, Simoes, 2009; Lima Junior, Alchieri, Maia, 2009).

Atualmente nos HUs, os profissionais concursados não buscam apenas a estabilidade, nem só o sistema de remuneração para manter-se na instituição, mas são motivados por uma enorme variedade de incentivos, como satisfação no cargo e na organização, objetivos e metas a atingir, benefícios, necessidades de

autorrealização, entre outros, e os profissionais mais jovens e os executivos tendem a buscar desafios, como o estímulo à carreira acadêmica, por exemplo.

No tema T3, duplo vínculo de trabalho e formas de relacionamentos com os funcionários, podemos observar a fala do gestor 2 que menciona:

“nosso contingente de profissionais é, essencialmente feminino (85%), têm filhos e, muitas vezes, banca sozinho a família. Eles buscam um seguro saúde, um seguro odontológico, um convênio de saúde e, muitas vezes, também algum outro recurso que possa beneficiar”.

Estudo realizado no Brasil em 216 empresas pesquisadas sobre as tendências dos benefícios, os tipos de benefícios mais comuns foram: plano de saúde (100%), auxílio alimentação (99%), seguro de vida (94%), complementação de auxílio-doença (80%), plano odontológico (75%), entre outros (Hanashiro, 2008).

Se o “pagamento não for motivador” e o “dinheiro pode ser um desmotivador”, as organizações vêm adotando outras formas de recompensas como: oportunidade de desenvolvimento, reconhecimento e autoestima, segurança no trabalho, liberdade e autonomia no trabalho, qualidade de vida no trabalho e, de acordo com Wood e Picarelli (1996), as recompensas não financeiras podem ser: reconhecimento não financeiro (uma foto no mural, um agradecimento público), reconhecimento de baixo custo (entrada para teatro, eventos culturais), recompensas materiais (dias de folga, licença-remunerada, equipamentos, como notebooks), recompensa focada no desenvolvimento (estágio no exterior) e celebrações com grupos (Hanashiro, 2008, Chiavenato, 2010).

Para os autores, a recompensa não financeira depende menos de uma política formal da organização e mais de uma atuação direta do gestor, com sensibilidade para identificar os motivos que regem os comportamentos de cada uma das pessoas. Esses aspectos deveriam ser amplamente discutidos pelos gestores, tendo em vista as

diferenças presentes nos HUs em relação aos funcionários estatutários e os contratados pelas OSSs.

Pesquisa realizada pela Consultoria Towers e Perrin, sobre tendências de remuneração em empresas brasileiras, os executivos atribuíram grande importância para o futuro, sobretudo às recompensas não financeiras, como a reputação da empresa (90%), programas de treinamento /desenvolvimento (88%), abertura de canais de comunicação (88%), oportunidade de avanço na carreira (87%), trabalho desafiador e estimulante (84%). Em termos de remuneração financeira, o estudo mostrou que há uma tendência de valorização da remuneração baseada no desempenho (Hanashiro, 2008).

Atualmente, nas organizações privadas, a remuneração obedece a esquemas flexíveis, é pautada nas metas e resultados a serem alcançados pelas pessoas, dentro de uma política de adequação às diferenças individuais e seus desempenhos (Chiavenato, 2010).

Para Hanashiro (2008), a remuneração é importante para os empregados, como uma forma de recompensa pelo trabalho realizado, e às empresas, como motivador dos comportamentos e desempenho das pessoas, também como uma das ferramentas mais eficazes de que se dispõe atualmente para motivar o capital humano de uma empresa em processo de mudança.

Mas, para que haja uma mudança na gestão pública, não se pode manter circunscrita somente a observância do princípio da legalidade administrativa que exige do gestor mais do que a leitura do Texto Legal, mas que caminhe para uma interpretação sistêmica de alcance mais abrangente, com vistas a compreender e efetivar seu propósito maior (Bergue, 2010).

Marras (2002), Wood Júnior e Picarelli Filho (2004) referem que a remuneração estratégica é um sistema que transcende o modelo funcional, assim, assenta-se na premissa de que existem não só funções diferenciadas em termos de complexidade e impacto na produção final de bens e serviços públicos, mas, há pessoas com capacidades e desempenhos diferenciados e definidos, como a

combinação das distintas formas de remuneração, constituindo “a ponte entre os indivíduos e a nova realidade das organizações” (Bergue, 2010).

Mas, Bergue (2010) refere que a remuneração estratégica é possível nas empresas públicas, conforme consta na Constituição Federal, art. 37, incisos XVII e XXII de planejamento, de controle, que contempla o núcleo estratégico do Estado, porém também cita a possibilidade de estender o benefício a um número maior de gestores:

Se os gestores forem capazes de extrair a essência desse modelo gerencial e utilizá-la como inspiração para a reflexão sobre o paradigma remuneratório vigente no setor público - suas limitações e virtudes, a fim de que se conduza o processo de construção de um sistema de remuneração alternativo genuinamente concebido não só para setor público, mas para cada organização pública (Bergue, 2010, p.399).

Em razão disso, observa-se que as decisões a respeito da estruturação e do funcionamento da sistematização de recompensas e seu gerenciamento são uma das dimensões críticas na gestão de pessoas, e a estruturação de um sistema de recompensa deve observar as formas mais alinhadas à “filosofia” de gestão da organização e ao que se deseja de fato valorizar e estimular (Hipólito, 2002).

A literatura aponta vários caminhos a serem possivelmente trilhados pelos HUs para estruturação de um sistema de recompensas, em que o profissional sinta-se valorizado mesmo que não seja por meio de recompensa financeira. Dentre as recompensas não financeiras destacam-se: oportunidades de desenvolvimento, reconhecimento e melhoria da autoestima, segurança no trabalho, liberdade e autonomia no trabalho, qualidade de vida no trabalho, condições de trabalho, entre outros (Lapa-Rodriguez, Trevizan, Shinyashiki, 2008; Vaghetti, Padilha, Silva, Simões, 2009; Lima Junior, Alchieri, Maia, 2009).

Em relação ao **Formato da Função RH** na organização, todas as tendências apresentadas aos gestores foram consideradas relevantes, e, dentre as três primeiras, as características complementam-se. O novo formato da Gestão de Pessoas será

descentralizado, as *decisões passarão para o gerente da unidade* (93,3%) e o principal papel da área será *fornecer novos processos e conhecimento para seus clientes internos* (93,3%).

Assim, parece não haver dúvidas também sobre a relevância da *atuação em rede* (85,7%), *atuação em regime de consultoria interna* (78,6%) e a *terceirização das funções operacionais de Gestão de Pessoas* (78,6%). Não houve diferenças significantes entre as duas rodadas da pesquisa.

Os gestores dos HUs foram unânimes (100%) em considerar quatro características do formato organizacional da função de Gestão de Pessoas que serão incorporadas nos próximos 10 anos: a *descentralização das decisões de gestão de pessoas para o gerente das unidades*; *migração de funções de Gestão de Pessoas RH corporativo para às unidade*; *atuação em rede, processos e conhecimentos em GP para clientes internos e o principal papel da área, como sendo fornecer novos processos e conhecimento em gestão de pessoas para seus clientes internos*.

O destaque quanto à dificuldade de implantação foi conferido à *descentralização das decisões de GP para o gerente das unidades* (média 8,7), *atuação em rede* (média 8,1) e *migração de funções de GP para unidades* (média 8,0).

Nas falas dos gestores na terceira rodada, observa-se que a área de RH está em processo de constante mudanças nos três HUs, tendo sido citadas: alterações no organograma com a inclusão de mais uma divisão, a divisão de gestão de pessoas; houve a unificação dos RHs (RH do hospital e da OSS) e a reestruturação da área denominada como Núcleo de Gestão de Pessoas, conforme se pode observar nas falas nos gestores G1, G3 e G4 referentes ao tema T4 (formato organizacional da função RH).

De acordo com a literatura, a descentralização será possível se houver primeiro o alinhamento das estratégias de gestão de pessoas de forma corporativa, com princípios, valores e políticas centralizadas, para formular e reformular as diretrizes, que devem ser

respeitadas e seguidas por toda a organização (Fischer, Albuquerque, 2002).

Campos e Bonassa (2006) sugerem o reposicionamento da área de gestão de pessoas (estratégico) subordinado a uma diretoria para se converter em uma unidade autônoma, denominada núcleo de gestão de pessoas, passando a ser do staff, isto é, diretamente subordinada ao diretor geral do hospital, “a constituição do núcleo passa pela formatação do comitê de gestão de pessoas, órgão participativo, com profissionais de todas as áreas do hospital que dará suporte e legitimidade ao núcleo para a transformação modernizadora” (Campos, Bonassa 2006 p. 95).

Para os autores, o núcleo de gestão de pessoas terá condições de adotar características dinâmicas, proativas e transversais, contribuindo para estabelecimento de vínculos, mecanismos de interação e contato permanente com todas as áreas do hospital.

Um questionamento presente entre os gestores foi como estabelecer uma política ou uma identidade corporativa entre grupos que apresentam diferentes vínculos de emprego (CLT, concursados e terceirizados) em que o profissional sinta-se valorizado, motivado e comprometido com a organização?

Quanto a isso, pode-se afirmar que os gestores precisam ser preparados para estas situações, desenvolvendo as competências de negociação, gestão de mudanças e conflitos, comunicação eficaz e trabalho em equipe.

Nos três HUs, foi possível constatar que a gestão de pessoas está constituída como *status* de divisão ou departamento, realizando mais a função de linha do que a de *staff*, executando os processos de gestão de pessoas, como: seleção, contratação, geração da folha de pagamento, manutenção de registros, entre outras características dos antigos Departamentos de Pessoal. Em um dos HU o processo de desenvolver pessoas estava restrito a uma única pessoa

da área de RH, conforme demonstra a fala do gestor 3 descrita no tema T4 (formato organizacional da função RH).

Para o gestor (G3), a mudança expressou-se concretamente com a retirada da placa “Divisão de Recursos Humanos” e a fixação da nova placa “Núcleo de Gestão de Pessoas” (NGP), explicando que se trata de uma questão de símbolo, e que a organização pública vive muito em cima de símbolo. Portanto, conforme esse gestor mudar a denominação constitui-se em um primeiro passo para desconstruir um conceito e construir outro conforme previsto no planejamento estratégico.

Em parte, a resistência à mudança nas instituições públicas pode estar associada ao temor pela perda potencial de espaço ou poder. As mudanças nas organizações públicas, tendem a ser muito lentas e vários fatores contribuem para manutenção do *status quo*: a legislação, leis, tradição, a cultura organizacional, o próprio comportamento do profissional e dos gestores, além das influências de ordem política.

Se as mudanças reconhecidas pelos gestores como fortes tendências se efetivarem na função RH, a área poderá tornar-se mais forte com função de *staff*, de consultoria interna incorporando uma perspectiva de realizar a análise sistêmica da organização e caminhar para uma gestão estratégica de pessoas.

Nesse sentido, as organizações privadas, desde os anos 1980, adotaram o modelo de gestão estratégica de pessoas, na perspectiva macro, para manterem-se competitivas e no mercado. Na área da saúde, mesmo nos serviços privados, essa experiência de implantação da gestão estratégica de pessoas também não se encontra totalmente consolidada, pois já foi mencionado que as mudanças de modelo gerencial tendem a ser mais lentas.

Diversos estudos comprovam que a gestão estratégica de pessoas contribui para o desempenho organizacional, observando-se que os profissionais são mais comprometidos e satisfeitos, além de evidenciarem contribuições positivas da gestão de pessoas para os

resultados organizacionais (Oliveira, Albuquerque e Muritiba, 2003; Oliveira, 2004; Lacombe, Albuquerque, 2008; Barreto, 2011; Pires, 2011).

Bergue (2010) menciona que a gestão de pessoas no setor público encontra-se em estágio bastante defasado em relação às organizações do setor privado, em especial, na esfera municipal do governo.

Resultados da pesquisa realizada por André (2010), com o objetivo de identificar quais fatores estariam produzindo novas tendências no gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde, mostraram que os gestores das UBS não estão se antecipando às mudanças do ambiente externo. Foram constatados também que a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde para assumir a gestão desses serviços encontram-se desalinhadas das tendências.

Com relação à *descentralização das decisões de GP para o gerente do negócio*, é uma tendência que vem sendo adotada nas organizações privadas, onde prevalece o conceito básico de que administrar pessoas é uma responsabilidade de linha e uma função de staff, entretanto, a literatura aponta os seguintes aspectos negativos relacionados a essa temática descentralização: o órgão de gestão de pessoas perde suas fronteiras e limites e torna-se aberto e receptivo; pode ocorrer perda da visão do conjunto das práticas de GP, propiciando a necessidade de terceirização de atividades burocráticas de RH (Hanashiro, 2008; Chiavenato, 2010).

Estudo da Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH) mostrou que predominam no mercado as empresas com um RH reativo, afirmando que poucas (cerca de 10%) encontram-se no estágio de empresas com um RH proativas, ou seja, integrando os diferentes subsistemas de RH, vinculando os objetivos de negócio ao de RH e a atuação focada em resultados (Resende, 1999).

Nos HUs, participantes da presente investigação, o modelo de gestão de pessoas é centralizado, entretanto, algumas atividades

ficam sob a responsabilidade dos gestores das áreas, como selecionar, treinar e avaliar os funcionários e inclusive está havendo a terceirização do processo de seleção. Para um dos gestores (G4):

o desenvolvimento das pessoas tende a ser cada vez mais delegado para as pontas, até porque ele é muito específico na área técnica, e o sintoma disso é que nessa estrutura do HU citado, vamos implantar em um futuro próximo, uma única área de desenvolvimento para o hospital.

O gestor (G4) comentando a descentralização, faz questionamento sobre essa tendência:

até um pouco da questão estratégica tem sido delegada para as pontas, até porque essa estrutura faz com que a gente tenha um RH descentralizado. Questiona se trabalhar com processo de rede a Universidade está fazendo isso porque é tendência ou por que a estrutura dela já demanda que terceirize ou delegue para as pontas?

Para os HUs, o modelo de gestão de pessoas descentralizado seria um modelo adequado? A área de GP passaria a oferecer produtos e serviços aos gerentes, ou seja, ajudaria os gerentes a lidarem com seus subordinados, e a unidade de GP deveria aprender novas habilidades e posturas, pois seu papel passaria de operacional para estratégico, de executor para consultor, de centralizador para descentralizador.

Quanto ao **perfil do profissional que atuará na Gestão de Pessoas**, pode-se observar três qualificações consideradas como muito importantes: *experiência profissional na área de Gestão de Pessoas* (69,2%), *domínio das ferramentas de informática* (61,5%) e *conhecimento em Gestão de Negócios - estratégia* (53,8%).

As qualificações consideradas como importantes pelos gestores foram: *especialização em administração de RH* (61,5%), *curso MBA em RH* (61,5%), *experiência profissional em áreas de negócio* (61,5%), *domínio em outros idiomas* (53,8%), *conhecimento em gestão de negócios - marketing* (53,8%), *mestrado* (53,8%), *realização de cursos citados no exterior* (50,0%), *formação em ciências humanas* (46,2%) e *doutorado* (46,2%).

A qualificação *conhecimento em Gestão de Negócios - estratégia* (53,8%) também foi apontada na pesquisa realizada por Fischer e Albuquerque (2000), como uma qualificação importante para o profissional atuar estrategicamente; para isso, ele deverá ter um profundo conhecimento do negócio (hospital), de sua dinâmica, aliadas à *experiência profissional na área de Gestão de Pessoas* (69,2%), *domínio de ferramentas de informática* (61,5%), vislumbrando as tendências na área da saúde e somente com uma visão ampliada do negócio e do mercado será possível interferir nos caminhos da organização.

Campos e Bonassa (2009) mencionam o conhecimento aprofundado da organização e de seus funcionários, como um dos novos desafios da gestão de pessoas, para reposicionar a gestão de pessoas em nível estratégico.

Com mesmo enfoque, uma pesquisa realizada com organizações norte-americanas, no final da década de 1990, revelou as seguintes competências pessoais mais significativas para as empresas de padrão global: raciocínio criativo e resolução de problemas, conhecimento de tecnologia, conhecimento de negócios globais e desenvolvimento de liderança.

Quanto às **competências requeridas para profissional da área Gestão de Pessoas**, duas tiveram destaque: *trabalho em equipe* (73,3%) e *liderança* (60%).

Ciampone (1998) destaca três dimensões de investimentos para o preparo do profissional, como coordenar grupos: dimensão individual (investimento pessoal em busca de autoconhecimento; dimensão grupal (exercitar a aprendizagem coletiva e a análise ampliada) e das situações-problemas.

A gestão de pessoas envolve e integra seis processos organizacionais: agregar (recrutamento e seleção), aplicar (desenho de cargos e avaliação de desempenho), recompensar (remuneração e benefícios), desenvolver (treinamento, mudanças e comunicação), manter (segurança e qualidade de vida) e monitorar pessoas (banco de

dados, sistema de informação) (Chiavenato, Hanashiro, 2009, Fischer e Albuquerque, 2002).

Nos HUs, observa-se que os processos de agregar, recompensar e manter as pessoas acontece em todas as áreas do hospital, porém, de modo isolado. Na enfermagem, por ter um contingente maior de pessoas, aproximadamente, 40% do total de profissionais da instituição, destacam-se outros processos como: aplicar, desenvolver, manter e monitorar as pessoas, sob a responsabilidade de um setor denominado Educação Continuada (EC).

O papel da EC tem sido apoiar e assessorar os gerentes nos processos de gestão de pessoas e nas mudanças, adotando uma gestão participativa que flexibiliza as relações de poder, compartilha planos e decisões e sensibiliza as pessoas quanto à responsabilidade pelo autodesenvolvimento (Peres, Leite, Gonçalves, 2005).

Os resultados da pesquisa induzem ao questionamento: e nos HUs, qual o futuro da gestão de pessoas? É manter o foco nos processos de GP (operacional), é mudar o foco para os gerentes como gestores de pessoas, servindo de assessoria, apoio e retaguarda como parceira para os gerentes (tática) ou avançar com foco no negócio - hospital (estratégica), ligando ao planejamento estratégico e desenvolvendo meios, para que as pessoas possam caminhar em direção aos objetivos organizacionais?

Os resultados apontam para a necessidade de uma Gestão de Pessoas tática junto aos gerentes, como consultoria interna, a médio prazo e a de uma Gestão de Pessoas estratégica a longo prazo.

Pesquisas mostram que os hospitais tentam resolver os problemas com soluções específicas para cada questão, combatendo os sintomas da crise, assim, percebem-se às voltas com o difícil controle e gerenciamento dos diversos grupos e incapazes de alterar a própria estrutura (Campos, Bonassa, 2006). Essa situação precisa ser mudada. A gestão de pessoas deve ser profissionalizada e estrategicamente qualificada para promover mudanças efetivas.

Na área da saúde, o gerenciamento é mais complexo que, em qualquer outro tipo de organização, envolve a união de recursos humanos e procedimentos muito diversificados por conviverem com os complexos cuidados a fim de oferecer aos pacientes condições para sua recuperação (Gonçalves, 2006).

Muitos questionamentos, oriundos dos resultados da pesquisa, merecem ser destacados, para que sejam refletidos: os Superintendentes dos HUs ao comporem o Plano Diretor ou Planejamento Estratégico, o que levam em consideração? A assistência a ser prestada, a pesquisa e o ensino para todas as categorias profissionais ligadas à saúde, a infraestrutura para o ensino, os investimentos necessários para incorporar novas tecnologia e reformas ou a adequação das áreas, a satisfação do cliente, a formação de profissionais e a pessoas que atuam nos hospitais? Em relação às pessoas, existem programas para profissionais que estão envelhecendo com limitações a determinadas atividades, como lidar com as gerações de profissionais *Baby Boomers*, X, Y; a dificuldade de repor e criar vagas entre outros? E o ensino clínico deve ser orientado por determinantes legais, como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996) e conta com um corpo docente preparado? (Bittar, 2006).

Às Organizações Sociais de Saúde e os hospitais sob gestão das OSS, é necessário que ocorra a discussão das metas pactuadas, dos modelos adotados, das políticas de gestão de pessoas, o número de profissionais para não ocorrer duplicação de atividades e de como manter a sustentabilidade a médio e a longo prazo.

Para Bittar (2009), o Contrato de Gestão precisa de aprimoramento, as metas fixadas nos planos operativos das instituições que atuam nesse regime necessitam de avaliação e mais do que isto é necessário que haja um aprendizado dos gestores e gerentes na discussão e fixação das metas, por existirem metas não controladas pelo gestores.

A adoção de diferentes vínculos de trabalho (100%) nos HUs foi considerada pelos gestores como um dos grandes desafios da gestão de pessoas, pois envolve várias dimensões, como: remuneração, dimensionamento de pessoal, motivação, plano de carreira, absenteísmo e comprometimento da força de trabalho com os objetivos organizacionais e sobretudo, a valorização de pessoas.

O gestor torna-se fundamental no processo de mudança, servindo como facilitador, para que as mudanças ocorram, superando as dificuldades e limitações: estruturais, legais, políticas, sociais, econômicas, tecnológicas, culturais, demográficas e ecológicas.

Os resultados indicam que o profissional que trabalhará na função de gestão de pessoas, nos próximos 10 anos, deverá ter, pelo menos, três qualificações consideradas como muito importantes: experiência profissional na área de gestão de pessoas, domínio em informática e conhecimento em gestão de negócios. As competências consideradas muito importantes foram: trabalho em equipe e liderança. E, em média prioridade, destacou-se um conjunto de oito competências também relevantes: orientação para resultados, capacidade técnica, flexibilidade, promotor de mudança cultural e de atitudes, orientação para cliente, motivação, negociação e capacidade para ouvir e compreender o outro.

As qualificações apontadas pelos gestores também foram citadas em outros estudos, como qualificações importantes para o profissional atuar estrategicamente; para isso, ele deverá ter um profundo conhecimento do negócio (hospital), de sua dinâmica, aliadas à experiência profissional na área de Gestão de Pessoas, domínio das ferramentas de informática e vislumbrando as tendências na área da saúde e somente com uma visão ampliada do negócio e do mercado será possível interferir nos caminhos da organização (Fischer, Albuquerque, 2002; SHRH, 2011).

Dentre as políticas de gestão de pessoas, a intensificação de parcerias com instituições externas de ensino de reconhecida competência na promoção de programas de desenvolvimento (76,9%)

foi apontada, como a política mais incorporada pelos HUs. Dentre as capacitações, deveriam ser incluídos o desenvolvimento das lideranças, como uma das prioridades de desenvolvimento.

O papel da liderança foi considerado e reconhecido como fundamental por gestores e *experts*, como pôde ser constatado na terceira rodada do estudo.

Ao discutir a formação, é importante que as Instituições de Ensino Superior (IES), formadoras de profissionais de saúde, assim como as instituições prestadoras de serviços de saúde busquem o alinhamento da formação profissional, desenvolvendo competências para a gestão de pessoas, como também possam contribuir para o desenvolvimento dos profissionais que deverão exercer a função gerencial, destacando o Programa Pró-Saúde do Ministério da Saúde, como proposta de uma formação integrada (Brasil, 2005).

Admite-se que existe um desafio crescente imposto às IES quanto às políticas de formação dos profissionais de saúde, nas quais o formando possa desenvolver as competências técnicas específicas de sua área de atuação, mas também as ético-políticas e relacionais que favoreçam o processo crítico e reflexivo, quanto aos determinantes das condições e processos de trabalho na saúde e o papel da gestão em saúde que propicie posicionamentos lúcidos sobre a estrutura, cultura e poder nessas organizações.

O expert 2 destacou como aspecto importante os desafios na formação e gerenciamento da geração Y. Apesar das diferenças existentes entre as gerações, a gestão de novos talentos é fundamental para as organizações, em geral, porque são eles que garantirão a continuidade da organização a longo prazo. A geração Y apresenta características importantes, como: conhecimento da tecnologia, motivação para desafios, foco nos resultados, construção e utilização de redes de relacionamento, entre outros; Além de apresentar características, como: conhecimento da tecnologia, motivação para desafios, foco nos resultados, construção e utilização de redes de relacionamento, entre outras. No entanto, apresenta outras

características como: questionador, postura individualizada, desvalorização da busca por um emprego estável, busca do reconhecimento pelas entregas realizadas, busca do equilíbrio entre vida pessoal e profissional, busca de um direcionamento claro e *feedback* (Santos, 2011).

A literatura mostra que se a organização possuir um RH preparado com ferramentas e programas estruturados, poderá apoiar os gestores na condução desses jovens profissionais, arredios às regras, procedimentos e hierarquias. Ferramentas de gestão de pessoas, como estrutura, cargos e salários, planos de carreira, avaliação de desempenho, avaliação de competências atreladas ao processo de *feedback*, estruturação de plano de desenvolvimento são fundamentais para nortear os gestores e os profissionais (Santos, 2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre todos os resultados do estudo, uma delas é incontestável: mudanças do ambiente externo continuarão afetando a vida organizacional, em ritmo acelerado. Nas organizações públicas, iniciou-se com o movimento de reforma do Aparelho do Estado com a tentativa da ruptura dos padrões gerenciais considerados ultrapassados e orientando-se para uma gestão pautada essencialmente por resultados e incorporação dos valores de eficácia. Esse processo decorre da ação crescente das forças sociais que vêm promovendo o aumento da exigência de qualidade dos bens e serviços públicos, sobretudo, com a presença das Organizações Sociais de Saúde e os Contratos de Gestão, que impactaram sensivelmente a gestão dos hospitais. Como decorrência, a gestão de pessoas nesses hospitais, comporta-se como uma variável dependente e, conseqüentemente deverá adaptar-se ou antecipar-se ao processo de desenvolvimento da sociedade cumprindo com seu papel fundamental de resolutividade das necessidades de saúde da comunidade que assiste.

A participação dos gestores e dos *experts* em Gestão de Pessoas na pesquisa e os resultados obtidos em todas as fases demonstraram que elaborar e reavaliar o modelo passa a ser tarefa do gestor estratégico e de pessoas dos Hospitais Universitários. Os três HUs não se consideram totalmente ajustados às tendências projetadas, todas se vêm em movimento de transição, ou, em outras palavras, estão passando por processos de mudança sendo esta uma característica do próprio modelo de gestão.

Para oferecer referências mais seguras sobre a gestão de pessoas nos HUs, procurou-se detectar a visão dos gestores sobre os elementos componentes do modelo: filosofia e princípios de gestão, as políticas, o formato da área e o perfil de seus especialistas. Como qualquer estudo que utiliza uma metodologia de previsão de cenários, o objetivo não foi realizar um prognóstico absolutamente preciso, mas apontar tendências em gestão de pessoas nos hospitais universitários

pesquisados, oferecendo subsídios para reflexão da prática e apoio nas decisões daqueles que vivem o cotidiano dessas organizações.

Uma amostra extremamente qualificada foi composta de 16 gestores dos HUs, que participaram acompanhando as duas rodadas e quatro gestores e dois *experts* que constituíram um Painel para debater os resultados finais da pesquisa.

Como principal conclusão, pode-se citar que todos concordaram que estas transformações continuarão presentes. Admitem que as mesmas não serão radicais, mas serão significativas, ou seja, serão suficientemente profundas para alterar os princípios e a filosofia de gestão adotados atualmente pelos HUs. As práticas e os instrumentos de gestão serão mais afetados que os demais componentes do modelo. A expectativa é que a mudança supere o nível meramente conceitual, sobreponha o discurso corporativo para invadir o mundo real, inspirando novas políticas, processos, atitudes e práticas de gestão. Sabe-se que as mudanças efetivam-se quando transformam comportamentos e relações e não quando se mantêm presentes nas falas corporativas e na novidade das ferramentas de gestão importadas de outros cenários, sem muito critério e profunda reflexão.

Nesta pesquisa, sete princípios foram identificados, como mais relevantes para esse modelo que está em construção. Alguns deles foram contraditórios e ambíguos como por exemplo: como conciliar empregabilidade e autodesenvolvimento com comprometimento e empowerment? Como gerir conhecimento em todos os níveis do HU e praticar diferentes vínculos de trabalho, alguns mais próximos e privilegiados outros mais distantes e terceirizados e, portanto, mais comprometidos com a carreira e os resultados.

As novas políticas orientadoras dos processos terão de responsabilizar-se por essas contradições. Daí, os gestores sugerirem que o funcionário deverá receber “feedback” permanente sobre seu desempenho, ter maior poder de decisão das chefias sobre remuneração, benefícios flexíveis, sem descuidar da qualidade de vida

e da carreira. Sustentando o conjunto e dando-lhe coerência, o Modelo de Gestão parece estar sendo composto por dois elementos principais: uma gestão de carreira que compatibilize os sonhos individuais com os da organização e um sistema de recompensa onde o gestor possa ter um pouco mais de autonomia e estabelecer critérios para recompensar o profissional desatrelado ao cargo, com benefícios e recompensa não financeiras.

Os HUs realizaram algumas alterações no formato RH para atingir os objetivos como: revisão e alteração no organograma, incorporando a área em nível de diretoria, designada como Divisão de Gestão de Pessoas e Núcleo de Gestão de Pessoas, reestruturação da área redefinindo as diretrizes e reduzindo o número de profissionais, descentralização das decisões de gestão de pessoas para os gerentes e terceirização de algumas das funções operacionais da gestão de pessoas, como o processo de seleção.

Entretanto, estes desafios não estão totalmente superados se for acrescida a necessidade de uma atuação em rede, de ter os sistemas, processos e práticas de gestão de pessoas com um ciclo de vida mais curto e de migrar a atuação de técnico especialista para a de consultor interno.

O novo especialista da área, capaz de lidar com estas contradições e desafios, deverá ter experiência profissional na área de gestão de pessoas, domínio em informática e conhecimento do negócio. As competências mais essenciais para o profissional da área foram consideradas como: trabalho em equipe e liderança.

Finalizando, os gestores apontaram como principais desafios estratégicos da gestão de pessoas: a missão de atrair, capacitar e reter talentos; a valorização do profissional e do capital intelectual e a preocupação com as novas gerações, denominadas de geração Y e Z.

Estes desafios estratégicos apontados pelos gestores, sinalizam que os HUs, hoje, estejam começando a retomar o caráter humano das organizações públicas, onde os profissionais deixam de ser considerados apenas um recurso e constitua-se como parceiro e

colaborador dos HUs, por meio da entrega de conhecimento, competências e resultados efetivos para o sucesso da missão dos HUs. Os resultados mostraram, também, que a gestão de pessoas está abandonando seu comportamento passivo e reativo para adotar uma postura mais proativa e voltada ao futuro.

De qualquer forma, sabe-se que os resultados aqui evidenciados só serão úteis se estimularem a reflexão de cada gestor sobre os significados que poderão ter em seu âmbito de atuação específica.

Em relação à formação, reafirma-se ser importante que as Instituições de Ensino Superior (IES), formadoras de profissionais de saúde, assim como as instituições prestadoras de serviços de saúde busquem o alinhamento da formação profissional, desenvolvendo competências para a gestão de pessoas, como também possam contribuir para o desenvolvimento dos profissionais que deverão exercer a função gerencial, destacando o Programa Pró-Saúde do Ministério da Saúde, como proposta de uma formação integrada que ainda não se encontra implementada.

Concluindo, pode-se afirmar que a partir dos dados constrói-se a informação. e a partir da informação pode-se gerar análises para a tomada de decisão. Nenhuma destas etapas é automática, e demanda processamento e elaboração com base em conhecimento e experiência, em âmbito técnico e político. Esse é o caminho que inevitavelmente deverá ser percorrido pelos gestores de pessoas para mudar a situação vigente e alinhar-se às necessidades e tendências na gestão de pessoas nos hospitais universitários.

- Albuquerque LG. A gestão estratégica de pessoas. In: Fleury MTL. (org). As pessoas na organização. São Paulo: Gente; 2002.
- Andrade W. Tecnologia da informação no setor da saúde. Aesetorial. [on-line] 2002 sistema informação.
- André AM. Competências para gestão de unidades básicas de saúde: percepção do gestor [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
- André AM. Gestão de unidades básicas de saúde e de pessoas: tendências para a próxima década [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
- Associação Brasileira de Hospitais Universitários (ABRAHUE).[homepage na internet]. Brasília. [citado 2010 set. 22]. Disponível em: http://www.abrahue.org.br/pdf/hues_no_brasil.pdf.
- Association Society for Training and Development (ASTD) 2011
- Barreto LMTS. Estratégias de gestão de pessoas e desempenho organizacional na hotelaria: o papel das capacidades organizacionais [tese]. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo; 2011.
- Bastos AV, Brandão MGA, Pinho APM. Comprometimento Organizacional: uma Análise do Conceito Expresso por Servidores Universitários no Cotidiano de Trabalho. Rev adm comtemp. 1997; 1(2): 97-120.
- Bastos AVB, Borges-Andrade JE. Comprometimento com o trabalho: padrões em diferentes contextos organizacionais. Rev. adm empresass. 2002;42(2):31-41.
- Bispo P. As tendências para o RH. [Entrevista André L. Fischer]. Site www.RH.com.br, 20.03.2006.
- Bergue ST. Gestão estratégica de pessoas e balanced scorecard em organizações públicas. Análise. 2005; 16(2).
- Bergue ST. Gestão de Pessoas em Organizações Públicas. 3ª ed. Caxias do Sul, RS: Educs; 2010.
- Beaver G, Hutchings K. Training and developing an age diverse workforce in SMEs - The need for a strategic approach. Education, Training 2005;47(8/9):592-604.

Bittar OJLN. Ações para implementação na administração dos hospitais de ensino. In: São Paulo (Estado) Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Assessoria de Hospitais de Ensino. São Paulo; 2007.

Borges Neto BA. Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino. In: São Paulo (Estado) Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Assessoria de Hospitais de Ensino. São Paulo; 2007.

Borges-Andrade JE. Desenvolvimento de medidas em avaliação de treinamento. *Estud Psicol.* 2002; 7(1):31-43.

Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Modelo padrões de propostas organizacionais sociais, exposição de motivos interministerial. Medida provisória nº 813/95. Brasília; 1995.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 out. 1996. [citado 2008 jan. 10]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na saúde. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Portaria n. 01 de 11 de março de 2004. Brasília: DF. [citado 2011 jun. 28]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=938.

_____. Ministério de Educação e da Saúde. Portaria Interministerial n. 1000, 15 de abril de 2004. Brasília; 2004 [citado 2011 jun. 28]. Disponível em: <http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Pró-saúde: programa nacional de reorientação de formação profissional em saúde/Ministério da Saúde, Ministério de Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 77p. [citado 2011 jun. 28]. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/pro_saude/publicacao_pro-saude.pdf.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Projeto de Revitalização dos Hospitais Universitários Federais. Brasília: REHUF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS: dificuldades, perspectivas e propostas /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Lei nº 12.551, de 15 de dezembro de 2011. Altera o art. 6º da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para equiparar os efeitos jurídicos da subordinação exercida por meios telemáticos e informatizados à exercida por meios pessoais e diretos. Diário Oficial da União, Brasília, 16 dez.2011.

Bussab WO, Morettin PA. Estatística Básica. 5ªed. São Paulo: Saraiva; 2002.

Campos CVA, Bonassa EC. O novo paradigma da gestão de pessoas. In: Gonçalves EL, organizador. Gestão hospitalar: administração o hospital moderno. 1ª ed. São Paulo: Saraiva; 2006.

Carlos JA Gestão do conhecimento e da inovação no setor público. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD (org). Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.

Chiavenato I. Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

Ciampone MHT. Grupo operativo: construindo as bases para o ensino e a prática de enfermagem [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem; 1998.

Ciampone MHT, Kurcgant P. Gerenciamento de conflitos e negociação. In: Kurcgant P. (coord.) Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Cordeiro HTD, Freitag BB, Albuquerque LG. Existem práticas diferenciadas de gestão de pessoas para a geração Y em organizações brasileiras? In: XV Seminários em Administração (SEMEAD) out. 2012.

Dutra JS. Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas; 2008.

Éboli M. O desenvolvimento das pessoas e a educação corporativa. In: Fleury MTL. (org). As pessoas na organização. São Paulo: Gente; 2002.

Éboli M. Educação corporativa no Brasil: mitos e verdades. 3ªed. São Paulo: Editora Gente; 2004.

Estorce TP, Kurcgant P. Licença médica e gerenciamento de pessoal de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(5):1199-1205.

Faro AC. Técnica Delphi na avaliação das intervenções de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1997;31(2):259-73.

Fernandes IR, Tilbery CP, Avelar MCQ. Validação das Condutas de Enfermagem na orientação de clientes com Esclerose Múltipla em uso de imunomoduladores. Rev Neurocienc. 2011;19(1):68-76.

Fischer AL, Albuquerque LF. Tendências na gestão de pessoas: Delphi-RH 2010. São Paulo: Programa de Estudos em Gestão de Pessoas – PROGESP. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo; 2000.

Fischer AL, Albuquerque L. Tendências que orientam as decisões dos formadores de opinião em gestão de pessoas no Brasil – RH 2010. Apresentado no XXV ENANPAD, Campinas 16 a 19 setembro 2001.

Fischer AL. Um resgate conceitual e histórico dos modelos de gestão de pessoas. In: Fleury MTL (org). As pessoas na organização. São Paulo: Gente; 2002.

Fleury MTL, Fleury ACC. Estratégias empresariais e formação de competências. São Paulo: Atlas; 2000.

Fleury MTL. A gestão de competências e a estratégia organizacional. In: Fleury MTL (org). As pessoas na organização. São Paulo: Gente; 2002.

Franceze C. Administração Pública em contexto de mudança: desafios para o gestor de políticas públicas. In: Ibañez N, Elías PEM, Seixas PHD. (org.) Políticas e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag; 2011.

Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2011.

Gonçalves EL. Determinantes organizacionais no hospital moderno. In: Gonçalves EL, organizador. Gestão hospitalar: administração o hospital moderno. 1ª ed. São Paulo: Saraiva; 2006.

Hanashiro DMM. Limpando os conceitos. In: Hanashiro DMM, Teixeira MLM, Zaccarelli LM. (org.) Gestão do Fator Humano: uma visão baseada em stakeholders. 2ª ed. São Paulo: Saraiva; 2008.

Hanashiro DMM, Teixeira MLM, Zaccarelli LM. (org.) Gestão do Fator Humano: uma visão baseada em stakeholders. 2ª ed. São Paulo: Saraiva; 2008.

Hipólito JAM. Sistema de recompensa: uma abordagem atual. In: Fleury MTL (org). As pessoas na organização. São Paulo: Gente; 2002.

Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec Editora:Cealag; 2011.

La Forgia G, Couttolenc B. Desempenho de hospitais no Brasil: a busca de excelência. Washington, DC: Banco Mundial; 2008.

Lacombe BMB. Avaliação e mensuração de resultados em gestão de pessoas e a relação com o desempenho organizacional: um estudo com as maiores empresas brasileiras. [tese] Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade Universidade de São Paulo; 2005.

Lacombe BMB, Albuquerque LG. Avaliação e mensuração de resultados em gestão de pessoas: um estudo com as maiores empresas instaladas no Brasil. RAUSP: Rev adm. 2008; 43(1):5-16.

Le Boterf G. Desenvolvendo a competência dos profissionais. 3ª ed. Trad. De Renillard PCR, Porto Alegre: Artmed; 2003.

Leite NP, Albuquerque LG, Kniess CT. Reflexões sobre comprometimento e gestão de pessoas. Revista de Administração e Inovação. 2010; 7(4):87-112.

Leite NRP, Albuquerque LG. Gestão estratégica de pessoas, comprometimento e contrato psicológico: o caso Vale. RAUSP: rev.adm.2011; 46(1):19-31.

Lepak D, Shaw JD. Strategic HRM in North America: looking to the future. The Int J Hum Resour Manag. 2008;28(4):1486-99.

Lima Junior J, JC, Alchieri, Maia EMC. Avaliação das condições de trabalho em Hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(3):670-6.

Limongi-França AC, Arellano EB. Qualidade de vida no trabalho. In: Fleury MTL (org). As pessoas na organização. São Paulo: Gente; 2002.

Lopez Júnior LC, Assega ML, Santos EV, Padula MGC, Antoniassi RS, Pirolo SM. A saúde bucal na Estratégia Saúde da Família; uma interface metodológica fundamentada na técnica Delphi. Cad. Saúde Colet. 2010;18(4):516-26.

Lottenberg CL, Weiss CA. Educação Corporativa: uma experiência vitoriosa do Hospital Albert Einstein. In: Educação Corporativa: Cases, reflexões e ações em educação a distância. São Paulo: Pearson/Prentice Hall; 2006.

McGuire D, By RT, Hutchings K. "Towards a model of human resource solutions for achieving intergenerational interaction in organizations", Journal of European Industrial Training; 31(8):592-608.

Maia AC, Gil AC. Miopia em marketing no setor hospitalar do Brasil, Mundo Saúde, 2002,

Marras JP. Administração da remuneração. São Paulo: Pioneira Thompson Learning; 2002. remuneração estratégica

Mascarenhas AO. Gestão estratégica de pessoas: evolução, teoria e crítica. São Paulo: Cengage Learning; 2008.

Meister J. Lessons in how to set up a corporate university. In: Human Resource Management International Digest. 1999.

Medici A.C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. Rev Assoc. Med Bras. 2001; 47(2):149-56.

Medici A, Murray R. Desempenho de hospitais e melhorias na qualidade de saúde em São Paulo (Brasil) e Maryland (EUA). Disponível em www.worldbank.org/enbreve. Junho 2010 número 156.

Melenchion JR. Gestão de pessoas e gestão do conhecimento: conceituação e aplicabilidade nas organizações de saúde. O Mundo da Saúde. 2006; 30(2):215-27.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11^a ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2008.

Mira VL, Peduzzi M, Melleiro MM, Tronchin DMR, Fernandes MFP, Santos PT et al. et el. 2011. Análise do processo de avaliação da aprendizagem de ações educativas de profissionais de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2011 [citado 2011 nov. 10];45:1574-81.

Oliveira SL. Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

Oliveira PM, Albuquerque LG, Muritiba SN. Uma análise da pesquisa sobre avaliação de resultados em gestão de pessoas na atualidade. In: Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e pesquisa em Administração. Anais – ANPAD, 2003.

Oliveira PM. Desafios para a avaliação de resultados de gestão de pessoas: um estudo da percepção dos profissionais [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo; 2004.

Parry S. The quest for competencies. Training. 1996; 33(7):48-54.

Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P. (coord.) Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Peres HHC, Leite MMJ. Sistemas de informação em saúde. In: Kurcgant P. (coord.) Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Peres HHC, Leite MMJ, Gonçalves VLM. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, e avaliação de desempenho profissional. In: Kurcgant P. (coord.) Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Perdicaris PR. Contratualização de resultados e desempenho no setor público: a experiência do Contrato Programa nos hospitais da Administração Direta no Estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Escola de Administração de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas; 2012.

Pires FM. Integração entre gestão de pessoas e estratégia de sustentabilidade: evidências em organizações contemporâneas [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo; 2011.

Prahalad CK, Hamel G. The core competence of the Corporation. Harvard Business Review. 1990; 79-91.

- Resende E. (coord.). *Evolução, práticas e retrato atual de recursos humanos no Brasil*. São Paulo: ABRH; 1999.
- Rodriguez EOL, Trevizan MA, Shinyashiki GT. Reflexões conceituais sobre comprometimento organizacional e profissional no setor saúde. *Rev. latino-am enfermagem*. 2008;16(3):
- Sancinetti TR, Gaidzinski RR, Felli VE, Fugulin FMT, Baptista PCP, Ciampone MHT, et al. Absenteísmo: doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(n.esp 2):1277-83.
- Santos PT, Mira VL, Sarraf PA. Significado atribuído pelos participantes de um treinamento às técnicas de avaliação. *Reme Rev Min Enferm*. 2010;13(4):485-91.
- Santos AL. *A geração Y nas organizações complexas: um estudo exploratório sobre a gestão dos jovens nas empresas [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo; 2011.
- Sarsur AM. *Gestão por competências: a percepção de ganho social do trabalhador*. [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo; 2007.
- Scarpato AF, Laus AM, Azevedo ALC, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas na enfermagem. *RevRene*. 2012; 13(1):242-51.
- Secchi L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Rev Adm Pública*. 2009;43(2):347-69.
- Schiesari LMC, Malik AM. Instrumentos utilizados na prática diária da gestão da qualidade. In: Gonçalves EL (org.) *Gestão hospitalar: administração o hospital moderno*. 1ª ed. São Paulo: Saraiva; 2006.
- Society for Human Resource Management (SHRM). *Workplace forecast – The top workplace Trends according to HR professionals*. February 2011.
- Torres RM, Castro CGSO, Pepe VLE. Critérios e indicadores de resultados para a farmácia hospitalar brasileira utilizando o método Delfos. *Cad. saúde pública*. 2007;23(8):1791-1802.

Ubeda CL. A gestão de competências em uma empresa de pesquisa e desenvolvimento. [dissertação] São Carlos: Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo; 2003.

Ulrich D. (org.) Recursos humanos estratégicos: novas perspectivas para profissionais de RH. São Paulo: Futura; 2000.

Vaghetti HH, Padilha MI, Silva RC, Simões JMTA. Trabalho como subsistência nos hospitais públicos brasileiros. Rev. bras enferm. 2009;62(6).

Vasconcelos IFG, Mascarenhas AO, Vasconcelos FC. Gestão do paradoxo “passado versus futuro”: uma visão transformacional da gestão de pessoas. RAE eletrônica. 2006;5(1). Art.2, jan/jun.

Weelwright S.C.; Makridakis S. Forecasting methods for management. 4^a ed. New York: Wiley-Interscience Publication; 1985.

Wood Júnior T, Urban FT. Gerenciamento da qualidade total: revisão crítica. In: Wood Jr.Thomaz (coord.). Mudança organizacional, São Paulo: Atlas; 2002.

Wood Junior T, Picarelli Filho V. Remuneração estratégica: a nova abordagem competitiva. São Paulovantagem 2004 remuneração estratégica

Wright J.T.C. A técnica Delphi. São Paulo: Programa Estudos do Futuro. Universidade de São Paulo; 1994.

Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. Cad pesqui adm. 2000;1(12):54-65.

Zarifian P. O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: SENAC; 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Este questionário faz parte da pesquisa intitulada “**Gestão de Pessoas em Hospitais Universitários: Diagnóstico e Tendências**”, que tem por objetivo identificar com os gestores do HU quais fatores estariam produzindo novas tendências no gerenciamento de pessoas e que mudanças estão sendo projetadas no cenário dos modelos de gestão considerando o espaço-território aos quais estes pertencem. A seguir, apresentamos instruções para seu preenchimento:

INSTRUÇÕES

LEIA COM ATENÇÃO

1. Este Questionário, com páginas numeradas de 1 a 9, é constituído de 7 (sete) questões, divididas entre objetivas e subjetivas, sendo assim distribuídas tematicamente:
 - 1) Caracterização do respondente
 - 2) Natureza e intensidade de mudanças
 - 3) Questões genéricas sobre as tendências da Gestão de Pessoas
 - 4) Tendências de mudança no ambiente e seus impactos na Gestão de Pessoas
 - 5) Tendências de mudanças na Gestão de pessoas nas organizações
 - 6) Perfil do profissional que atua na função RH
 - 7) Exemplificações de instituições-modelo
 2. Após as questões, foram acrescentados dois campos, sendo um para comentários adicionais e outro para comentários sobre o instrumento (questionário).
 3. Caso o Questionário esteja incompleto ou contenha qualquer defeito de impressão, solicite às pesquisadoras que o substitua.
 4. Sobre a Marcação das Respostas:
 - 4.1 - As respostas deverão ser obrigatoriamente, realizadas com caneta esferográfica de tinta preta ou azul.
 - 4.2 - Nas questões 3, 4 e 5 há um campo correspondente à instrução para seu preenchimento. Leia com atenção, caso tenha dúvida entre em contato com as pesquisadoras, nos telefones contidos no Termo de Compromisso.
 5. Ao final do questionário, há uma folha destinada a explicações de alguns termos, um glossário.
 6. É proibida a reprodução parcial ou total deste instrumento.
 7. O questionário deverá ser respondido e entregue à pesquisadora no prazo de quinze dias a contar de sua data de entrega.
- Desde já agradecemos a sua participação!**

GESTÃO DE PESSOAS EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: DIAGNÓSTICO E TENDÊNCIAS

QUESTIONÁRIO *DELPHI* - 1ª RODADA

1. CARACTERIZAÇÃO DO RESPONDENTE

- 1.1 Nome: _____
- 1.2 Idade: _____ anos
- 1.3 Sexo: 1 ☐ Feminino 2 ☐ Masculino
- 1.4 Cargo: _____
- 1.5 Tempo de vínculo com a instituição: _____ anos
- 1.6 Tipo de vínculo com a instituição: _____
- 1.7 Experiência profissional anterior à gerência, em anos: ____ . Área: ____
- 1.8 Maior escolaridade: 1 ☐ Ensino Superior - Curso: _____
- 2 ☐ Especialização 3 ☐ Mestrado 4 ☐ Doutorado 5 ☐ MBA 6 ☐ Outros: _
- 1.9 Cargo ocupado: _____ 1 ☐ Área Administrativa 2 ☐ Área Clínica
- 1.10 Cargo Oficial 1 ☐ Cargo Extraoficial 2 ☐
- 1.11 Telefone: DDD _____ Número _____ Ramal _____
- 1.12 E-mail: _____
- 1.13 Endereço para remessa dos resultados da pesquisa:
_____ CEP _____

2. IDENTIFICAÇÃO DA NATUREZA E INTENSIDADE DAS MUDANÇAS

2.1 Você acredita que, nos próximos 10 anos, as empresas deverão promover mudanças em suas estratégias, políticas e práticas de Gestão de Pessoas?

Não ocorrerão mudanças	☐ 1
Ocorrerão mudanças pouco significativas	☐ 2
Ocorrerão mudanças significativas	☐ 3
Ocorrerão mudanças radicais	☐ 4

2.2 Em sua opinião, estas mudanças incidirão predominantemente sobre (assinale apenas a alternativa que sofrerá maiores alterações):

Os princípios, a filosofia e as estratégias gerais de gestão	☐ 1
As políticas orientadoras dos processos de gestão	☐ 2
As práticas e os instrumentos de gestão	☐ 3
A estrutura e a forma de organização de trabalho da função RH	☐ 4

O perfil do profissional de RH, sua formação e a forma de atuação ☐ 5
Outro _____ ☐ 6

3. QUESTÕES GENÉRICAS SOBRE TENDÊNCIAS DA GESTÃO DE PESSOAS

Preencha esta primeira parte do questionário ANTES DE CONSULTAR AS DEMAIS. Ela tem por objetivo colher sua opinião espontânea sobre as tendências que se manifestarão nos próximos 10 anos na Gestão de Pessoas.

3.1 Quais mudanças do ambiente externo às instituições de saúde - hospitalares ou extra-hospitalares - (macroeconômicas, sociais, políticas, etc.) você considera que mais afetarão a Gestão de Pessoas de sua instituição nos próximos 10 anos?

3.2 Quais serão os principais desafios estratégicos da Gestão de Pessoas de sua instituição? (Considere sempre o horizonte de 10 anos)

3.3 Quais serão as principais mudanças que você imagina que ocorrerão na estrutura organizacional e na forma de atuação da Função RH de sua instituição?

3.4 Quais serão as características mais importantes do perfil do profissional capacitado para enfrentar os desafios da área, nos próximos 10 anos?

4. TENDÊNCIAS DE MUDANÇA NO AMBIENTE E SEUS IMPACTOS NA GESTÃO DE PESSOAS

Relacionamos abaixo algumas mudanças de ambiente, normalmente citadas pela literatura, que podem afetar as decisões sobre estratégias e políticas de Gestão de Pessoas. Sobre elas gostaríamos de saber:

- Trata-se de uma mudança relevante (que deve ser levada em conta) nas decisões sobre Gestão de Pessoas de sua organização? *(Assinale na coluna I a alternativa que você considera adequada: Sim ou Não. Caso você tenha respondido “não”, desconsidere as duas próximas colunas.*
- Você considera que o modelo de Gestão de Pessoas de sua instituição já se ajustou às mudanças de ambiente? *(Responda na coluna II: Sim ou Não)*
- Quanto você considera que estas mudanças deverão interferir nas decisões sobre a Gestão de Pessoas em sua instituição de saúde nos próximos 10 anos? *Registre na coluna III um número entre zero (nenhuma interferência) e dez (muita interferência,) de acordo com a sua opinião.*

4.1 MUDANÇAS NO AMBIENTE:

	I Relevante para G. de Pessoas	II G. de Pessoas já se ajustou	III Afetará nos próximos dez anos?
	Sim Não	Sim Não	(0= não, 10= muito)
1. Globalização da Economia, Empresas e Negócios	☐ ☐	☐ ☐	
2. Integração do Brasil em blocos econômicos (Mercosul, Alca, etc.)	☐ ☐	☐ ☐	
3. Mudanças na Tecnologia aplicada aos processos produtivos e organizacional	☐ ☐	☐ ☐	
4. Ampliação do questionamento do papel social da empresa, consciência de cidadania e do direito do consumidor	☐ ☐	☐ ☐	
5. Efetivação do processo de privatização, levando o Estado a deixar de atuar diretamente nos setores produtivos	☐ ☐	☐ ☐	
6. Processo de desconcentração industrial	☐ ☐	☐ ☐	
7. Mudanças no papel e forma de organização dos sindicatos	☐ ☐	☐ ☐	
8. Trabalho à distância (teleworking e homeworking)	☐ ☐	☐ ☐	
9. Mudanças na legislação trabalhista flexibilizando as relações empregatícias (terceirização)	☐ ☐	☐ ☐	
10. Intensificação da tendência de busca da Qualidade dos processos e produtos	☐ ☐	☐ ☐	
11. Acirramento da competição entre empresas pela entrada de novos competidores no mercado	☐ ☐	☐ ☐	
12. Intensificação do processo de fusões e aquisições	☐ ☐	☐ ☐	
13. Tendência de adoção de Sistemas Integrados de Gerenciamento	☐ ☐	☐ ☐	

5. TENDÊNCIAS DE MUDANÇA NA GESTÃO DE PESSOAS DAS ORGANIZAÇÕES

A seguir, relacionamos um conjunto de tendências sobre: filosofia, princípios, políticas e formato organizacional de Gestão de Pessoas. Sobre eles gostaríamos de saber:

- Trata-se de uma tendência relevante? Ela está sendo considerada nas decisões sobre Gestão de Pessoas de sua instituição? *(Assinale na coluna I a alternativa que você considera adequada). Caso você responda “não”, desconsidere as duas próximas colunas.*
- Esta tendência é uma questão resolvida para o Modelo de Gestão de Pessoas da sua instituição? *(Responda na coluna II: Sim ou Não)*
- Você acredita que será um princípio que sua organização de saúde se esforçará por incorporar em suas políticas de Gestão de Pessoas nos próximos 10 anos? *(Responda na coluna III: Sim ou Não)*
- Avalie a dificuldade de se implementar esta tendência no modelo de Gestão de Pessoas em sua instituição. Registre um número entre 0 *(nenhuma dificuldade)* e 10 *(muita dificuldade)*.

Assinale apenas uma alternativa marcando com um “X” em uma das colunas. Marque aquela que considerar mais apropriada à realidade de sua instituição.

5.1 FILOSOFIA E PRINCÍPIOS DE GESTÃO:	I Relevante	II Já foi Introduzido?	III Será incorporado nos próximos 10 anos?	IV Grau de dificuldade
	Sim Não	Sim Não	Sim Não	0=não a 10= muito
1. Utilização de diferentes vínculos de trabalho e formas de relacionamento com os funcionários	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
2. Educação Corporativa	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
3. Empowerment	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
4. Autodesenvolvimento	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
5. Gestão de Recursos Humanos coerente com o negócio da organização	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
6. Empregabilidade	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
7. Gestão de	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	

Competências				
8. Gestão de Conhecimento	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
9. Estratégia do comprometimento da força de trabalho com os objetivos organizacionais	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	

5.2 POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS	I Relevante	II Já foi Introduzido?	III Será incorporado nos próximos dez anos?	IV Grau de dificuldade
	Sim Não	Sim Não	Sim Não	0=não a 10= muito
1. Opção aos funcionários de serem acionistas, como uma das formas de reforçar o comprometimento com seus objetivos	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
2. Remuneração mais vinculada à capacidade de entrega do funcionário	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
3. Feedback freqüente aos funcionários sobre sua atuação, para melhor gerenciamento de suas carreiras e autodesenvolvimento	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
4. A Gestão de Carreiras para a compatibilização dos projetos de desenvolvimento das pessoas com o projeto de desenvolvimento da organização	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
5. Ênfase na Gestão de Pessoas às necessidades biopsicossociais dos empregados, por meio de políticas de Qualidade de Vida no Trabalho	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
6. Práticas de monitoramento	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	

contínuo do ambiente organizacional				
7. As políticas diferenciadas de acordo com os diferentes grupos ocupacionais, ex: executivos, profissionais técnicos, operativos, etc.	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
8. Participação dos benefícios na composição da remuneração proporcionalmente menor.	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
9. Benefícios flexíveis com a participação do funcionário em sua elegibilidade.	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
10. Controle mais restrito das verbas remuneratórias.	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
11. Maior poder de decisão das chefias sobre a remuneração de sua equipe	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
12. Utilização intensiva de meios informatizados de autoaprendizagem	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
13. Intensificação de parcerias com Instituições externas de ensino de reconhecida competência na promoção de programas de desenvolvimento	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
14. Utilização de meios de Educação a Distância	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	

5.3 FORMATO ORGANIZACIONAL DA FUNÇÃO DE RH	I Relevante	II Já foi Introduzido?	III Será incorporado nos próximos 10 anos?	IV Grau de dificuldade
	Sim Não	Sim Não	Sim Não	0=não a 10= muito

1. Descentralização das decisões de gestão de pessoas para o gerente das unidades	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
2. Migração de funções de gestão de pessoas RH corporativo para as unidades	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
3. Mudança do perfil de atuação profissional de gestão de pessoas de técnico especialista para consultor interno	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
4. Intensificação da terceirização das funções operacionais de Gestão de Pessoas	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
5. Atuação em rede, processos ou células de trabalho na Gestão de Pessoas	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
6. Os sistemas, processos e práticas de Gestão de Pessoas com um ciclo de vida mais curto	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
7. Como o principal papel da área é fornecer novos processos e conhecimento em Gestão de Pessoas para seus clientes internos	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	

6. PERFIL DO PROFISSIONAL QUE ATUA NA FUNÇÃO RH

6.1 Quais as qualificações que farão diferença no perfil do profissional de sua instituição, nos próximos 10 anos? Utilize a seguinte classificação:

MI - Muito Importante I - Importante PI - Pouco Importante SI - Sem Importância

	MI I PI SI
1. Formação Acadêmica em Ciências Humanas (Administração, Psicologia, Sociologia, etc.).	☐ ☐ ☐ ☐
2. Formação Acadêmica em Ciências Exatas	☐ ☐ ☐ ☐
3. Curso de Especialização em Administração de	

Recursos Humanos (Exceto MBA)	☐ ☐ ☐ ☐
4. Curso MBA com área de concentração em RH	☐ ☐ ☐ ☐
5. Curso MBA	☐ ☐ ☐ ☐
6. Mestrado	☐ ☐ ☐ ☐
7. Doutorado	☐ ☐ ☐ ☐
8. Realização dos cursos citados, no exterior	☐ ☐ ☐ ☐
9. Experiência profissional na Área de Gestão de pessoas	☐ ☐ ☐ ☐
10. Experiência profissional em áreas de negócio	☐ ☐ ☐ ☐
11. Experiência profissional em empresas semelhantes (mesmo setor de atividade)	☐ ☐ ☐ ☐
12. Domínio de outros idiomas	☐ ☐ ☐ ☐
13. Conhecimentos em Gestão de Negócios - Marketing	☐ ☐ ☐ ☐
14. Conhecimentos em Gestão de Negócios - Finanças	☐ ☐ ☐ ☐
15. Conhecimentos em Gestão de Negócios - Estratégia	☐ ☐ ☐ ☐
16. Domínio de ferramentas de informática	☐ ☐ ☐ ☐

6.2 Dentre as competências mencionadas abaixo, escolha as **cinco** que serão imprescindíveis para o Gestor de Pessoas de sua instituição, no desempenho de sua função no futuro.

1. Orientação para o cliente ☐
2. Flexibilidade ☐
3. Trabalho em equipe ☐
4. Orientação para resultados ☐
5. Negociação ☐
6. Tenacidade ☐
7. Ambição ☐
8. Capacidade técnica ☐
9. Autoconhecimento ☐
10. Autocontrole ☐
11. Motivação ☐
12. Empatia ☐
13. Sociabilidade ☐
14. Análise de Problemas ☐
15. Capacidade de Persuasão ☐
16. Capacidade para ouvir e compreender o outro ☐
17. Sensibilidade para a problemática Humana ☐
18. Liderança ☐
19. Gerenciar na presença da ambigüidade e dicotomia ☐
20. Promotor de mudança cultural e de atitudes ☐
21. Disseminador da missão e valores da Empresa ☐

- 7 Cite três empresas atuantes no Brasil que, na sua opinião, adotam hoje modelos de gestão de pessoas mais adequados para enfrentar os desafios futuros.

Comentários Adicionais:

Comentários sobre o instrumento:

GLOSSÁRIO

ALCA: Área de Livre Comércio das Américas (é um acordo comercial idealizado pelos Estados Unidos da América; este acordo foi proposto para todos os países da América, exceto Cuba, segundo o qual seriam gradualmente derrubadas as barreiras ao comércio entre os estados-membros e além de prever a isenção de tarifas alfandegárias para quase todos os itens de comércio entre os países associados).

EMPOWERMENT: é uma abordagem de projeto de trabalho que objetiva a delegação de poder de decisão, autonomia e participação dos funcionários na administração das empresas / Significa a descentralização de poderes pelos vários níveis hierárquicos da empresa, o que se traduz em incentivos para a tomada de iniciativas em benefício da empresa como um todo.

FEEDBACK: Feedback é o processo de fornecer dados a uma pessoa ou grupo, ajudando-o a melhorar seu desempenho no sentido de atingir seus objetivos.

HOMEWORKING: trabalho desenvolvido em domicílio.

MBA: é a sigla, em inglês, para Master in Business Administration, ou, em Português, Mestre em Administração de Negócios; MBA é um curso de formação de executivos, nas diversas disciplinas da

administração, onde são estudadas matérias de marketing, finanças, RH, contabilidade etc.

MERCOSUL: Mercado Comum do Sul. É um bloco econômico criado em 1991, pela Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai baseado no Mercado Comum Europeu com o objetivo de reduzir ou eliminar impostos, proibições e restrições entre seus produtos; em 2004, os países chamados andinos como o Chile, Bolívia, Equador, Colômbia e Peru associaram-se ao MERCOSUL.

TELEWORKING: trabalho desenvolvido por telefone.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_contratualizac_ao_hospitais_ensino_filantropicos.pdf - contratualizacao Análise do Processo de Contratação dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no SUS - Dificuldades, Perspectivas e Propostas Brasília/DF, 8 e 9 de dezembro de 2008 Brasília 2010 MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
autorizo a utilização de todas as informações fornecidas por mim tanto ao responder aos questionários, como participar do painel de discussão, para a execução da pesquisa intitulada: “ Gestão de pessoas em Hospitais Universitários Públicos: diagnóstico e tendências”.

Estou ciente de que esta pesquisa tem como objetivo identificar, com os gestores de Hospitais Universitários da cidade de São Paulo, quais fatores estariam produzindo novas tendências no gerenciamento de pessoas e que mudanças estão sendo projetadas no cenário dos modelos de gestão de pessoas, considerando o espaço-território aos quais estes pertencem.

Compreendo também que os objetivos específicos são: identificar focos de atenção e dificuldades dos gestores de hospitais universitários públicos no gerenciamento de políticas de gestão de pessoas, mediante as tendências no macrocontexto; Identificar o perfil de competências que o profissional de saúde deve ter para ocupar esses cargos.

Estou ciente que minha participação é voluntária, anônima e que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente de que não haverá identificação pessoal e que as informações fornecidas serão tratadas de modo sigiloso.

Também estou ciente de que minha participação como sujeito da pesquisa, por meio da resposta ao questionário e do painel de discussão ocorrerão em data e local marcado antecipadamente, de modo a não interferir desfavoravelmente em minha rotina de trabalho. Fui informado de que os dados serão divulgados eventos e/ou publicações científicas.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Assinatura do Participante: _____

Pesquisadora/Doutoranda: _____

Ligia Fumiko Minami - tel: 3091 9342 cel. 91612768

email: ligiafm@hu.usp.br.

Sob orientação da Profa. Dra. Maria Helena Trench Ciampone
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo tel: 30617552
email: mhciamp@usp.br

ANEXO 1 - Aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa (COMEP)

São Paulo, 6 de agosto de 2011.

Ilmo(a). Sr(a).

Profa. Dra. Maria Helena Trench Ciampone

Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Subprojeto de Pesquisa** “Gestão de Pessoas em hospitais universitários: diagnóstico e tendências” - **Orientador(a)**: Profa. Dra. Maria Helena Trench Ciampone – **Aluno(a)**: Ligia Fumiko Minami - **Registro CEP-HU/USP**: 840/08 A – **SISNEP CAAE**: --

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 5 de agosto de 2011, analisou o Subprojeto de pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como seu **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**.

Trata-se o referido Estudo de proposta de continuidade do Projeto de Pesquisa “*Gestão de competências gerenciais no contexto do Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde (Pró-Saúde): cenário e perspectivas*”, aprovado por este Comitê, em 3 de outubro de 2008.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, inciso IX.2, letra “c”.

O primeiro relatório está previsto para 5 de agosto de 2012.

Atenciosamente,

Dr. Maurício Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP

ANEXO 2 - Aprovação da Coordenadora de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário / Hospital São Paulo

**Coordenadoria de Ensino e Pesquisa do
Hospital Universitário/Hospital São Paulo**

São Paulo, 18 de dezembro de 2011

Coordenadoria de Ensino e Pesquisa do HUNSP

Prof. Dr. Reinaldo Salomão
Presidente

Prof. Dr. Rui Monteiro B. Maestri
Prof. Dr. Ramiro Antônio de Azevedo
Prof. Dr. Angelo Amato V. de Paula
Profa. Dra. Mavilde da Luz G. Pedreira
Profa. Dra. Maria Cinthia Gabrielsoni
Dr. Luiz Fernando dos Reis Faício
Prof. Dr. João Tonello Neto
Prof. Dr. João Alencar Juliano Perleto

Conselho Gestor do HUNSP

Prof. Dr. Flávio Faloppa
Presidente

Prof. Dr. José César Medina de Abreu
Prof. Dr. Angelo Amato V. de Paula
Prof. Dr. José Luiz Gomes de Amaral
Prof. Dr. Valdemar Ortiz
Prof. Dr. Ricardo Luiz Smith
Profa. Dra. Heimar de Fátima Marin

Prof. Dr. José Roberto Ferraz
Superintendente

Prof. Dr. Marcelo Nascimento Bualdo
Diretor Técnico

Prof. Dr. Milton Harumi Miyoshi
Diretor Clínico

Marcelo C. Esteves dos Santos
Diretor Administrativo

Profa. Dra. Maria Izabel S. Camargoni
Diretora de Enfermagem

a.c Prof. Dr. Reinaldo Salomão
Presidente da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa

Prezado Professor.

Conforme solicitado, envio parecer referente à análise do pedido de realização de pesquisa no Hospital São Paulo pela pesquisadora Maria Helena Trench Ciampone, Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O projeto de pesquisa apresentado refere-se à linha de pesquisa de gerenciamento e tem como objetivo geral identificar com os gestores de hospitais universitários da cidade de São Paulo, quais fatores estariam produzindo novas tendências de gerenciamento de pessoas e quais mudanças tais sujeitos de pesquisa projetam nos modelos de gestão de pessoas.

É apresentada a folha de rosto de encaminhamento da pesquisa ao CEP vinculado à USP datado de 12 de agosto de 2008, não sendo identificada na documentação a resposta obtida.

Frente a apresentação da aprovação do mérito ético, a pesquisa será realizada mediante a concordância dos gestores, com sua livre escolha de participação da pesquisa, por meio da resposta a um questionário de pesquisa.

Deste modo, mediante a apresentação da aprovação do CEP para a realização da pesquisa, tenho como parecer que a concordância em participar da pesquisa caberia aos sujeitos do estudo.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Mavilde LG Pedreira
Professora Associado da Unifesp
Membro da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa