



**Universidade Estadual do Ceará
Sheilimar Regina Barragão de Sá Magalhães**

**GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM UMA
ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR:
A utilização de indicadores como ferramentas
de gestão**

Fortaleza – Ceará

2006

Universidade Estadual do Ceará
Sheilimar Regina Barragão de Sá Magalhães

**GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM UMA
ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR:
A utilização de indicadores como ferramentas
de gestão**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Orientador : Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz

Fortaleza
2006

Universidade Estadual do Ceará
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Título do Trabalho : Gestão de Recursos Humanos em organizações hospitalares :
a utilização de indicadores como ferramenta de gestão.

Autora : Sheilimar Regina Barragão de Sá Magalhães

Defesa em : 22 / 02 / 2006

Conceito obtido: satisfatório

Nota Obtida : 10

Banca Examinadora

Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz

Orientador

Profa Dra Rosilea Alves de Sousa

Prof. Dr Paulo César de Almeida

DEDICATÓRIA

Ao Ricardo, meu grande amor e aos meus filhos Luis Gustavo e Lígia, razão maior de minha vida, pelo imenso carinho e amor recebidos. A vocês devo a vida e tudo conquistado. Estiveram ao meu lado incentivando-me a cada passo dado. Solidificaram junto a mim o amor, base de tudo que foi e será construído em nossas vidas, assim, meu eterno agradecimento por todos esses anos de cumplicidade e dedicação.

AGRADECIMENTOS

- ❖ À DEUS, por estar sempre presente em minha vida e em especial à minha NONA, que mesmo não estando mais entre nós fisicamente, é o meu grande exemplo de vida e está sempre me abençoando e me dando forças para superar todas as dificuldades.
- ❖ Aos meus pais, por todo carinho, apoio e ensinamentos que deram ao longo de minha vida
- ❖ Aos meus colegas do mestrado, em especial Saulo Barreto de Medeiros, Ana Flavia Lima, Aníbal Araújo Pinto , Cecília Holanda Figueiredo e Beatriz Militão, companheiros de jornadas, sempre dispostos a dividirem seus conhecimentos e a incentivar-me nos momentos difíceis, e que estiveram presentes também nas alegrias e vitórias compartilhadas.
- ❖ Ao Professor Erasmo Miessa Ruiz, pela confiança, orientação e preciosa contribuição neste trabalho, Obrigado pela amizade, atenção a mim dispensada e pela oportunidade de trabalho conjunto .
- ❖ Aos professores Rosilea Alves de Sousa e Paulo César de Almeida que dispostos a dividir seus conhecimentos tiveram a gentileza e boa vontade em aceitar avaliar este trabalho contribuindo brilhantemente para a conclusão deste estudo.
- ❖ A professora Maria Lúcia Magalhães Correa, cunhada e amiga que não mediu esforços para que esta pesquisa fosse desenvolvida.
- ❖ A sobrinha Perpétua Magalhães, por todo seu carinho e sua disposição de contribuir mesmo em seus momentos destinados ao lazer.

- ❖ A todos os funcionários da UECE, pela amizade e colaboração durante nossa convivência.

- ❖ Aos professores com os quais pude compartilhar todos esses momentos, pela amizade, respeito e preciosa contribuição à minha formação.

- ❖ Aos amigos que direta, ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

A Gestão de Recursos Humanos em organizações hospitalares: a utilização de indicadores como ferramenta de gestão apresenta-se como tema deste estudo. Procurando dar maior visibilidade aos indicadores que auxiliam na compreensão de como a empresa organiza e movimenta sua força de trabalho, investe e obtém retorno deste investimento e em sentido mais restrito, assegura o nível de eficiência e eficácia dos seus processos, dos seus programas e de suas operações da área de RH é que foram definidos os objetivos desse estudo como sendo: analisar a gestão de RH de um hospital da rede privada, filantrópico, da região metropolitana de Fortaleza; conhecer as ações desenvolvidas na gestão e suas práticas gerenciais além de avaliar o setor através da utilização de indicadores e índices de gestão de RH. Sendo um estudo caracterizado como de natureza quantitativa com enfoque descritivo-analítico ficaram definidas como técnicas de obtenção de informações, a análise documental e a observação direta. Observou-se que o hospital, cenário desta pesquisa, não está totalmente absorvido do novo contexto de gestão de RH, limitando suas atividades quase exclusivamente ao mero controle burocrático e legal das atividades de pessoal. Os indicadores hospitalares foram selecionados, levando-se em consideração aspectos importantes para a organização, seu valor estratégico, motivação, a viabilidade de sua implantação como ferramenta de gestão e a relação custo/benefício de todo esse processo gerencial. A utilização e análise de indicadores, traduziu toda a capacidade de mensuração de ações do setor. Observou-se que os mesmos trouxeram dados novos à gestão do setor, informações pertinentes e relevantes quanto ao mapeamento da arquitetura do capital humano da organização hospitalar, permitindo visualizar que os mesmos exercem poder decisivo para a reformulação da estratégia da gestão do setor de RH. Ao serem mensurados os dados do setor, foram fornecidas informações que surpreenderam a direção pela sua magnitude. Diante dos resultados apresentados, demonstrada a viabilidade da implantação de tais práticas gerenciais, fica constatado que as alterações na forma de incorporar e gerir o setor de RH emergem como uma necessidade atual e refletem urgência de tratamento setorial, além de conduzir seus dirigentes para a certeza da importância desses recursos na prestação de serviços de qualidade.

Palavras Chaves : Gestão de Recursos Humanos ;
Administração Hospitalar
Indicadores Hospitalares

ABSTRACT

The Management of Human resources in hospital organizations: the use of indicators as a management tool is presented as the subject of this study. Trying to give greater visibility to the indicators that assist in the understanding of how the company organizes and puts its force of work into motion, invests and gets return of this investment and in a more restricted sense, assures the efficiency level and effectiveness of its processes, its programs and its operations of the HR area is that the objectives of this study have been defined as being: to analyze the management of HR in a philanthropic hospital of the private net, of the metropolitan region of Fortaleza; to understand the actions developed in the management and its practices as well as to assess the sector through the use of indicators and figures of HR management. Being this a study characterized as one of quantitative nature with descriptive-analytical approach, the techniques of gathering information have been defined as the documental analysis and the direct observation. It has been observed that the hospital, scenery of this research, is not totally absorbed of the new context of HR management, limiting its activities to the mere bureaucratic and legal control of the activities of staff. The hospital indicators have been selected, taking into consideration important aspects for the organization, its strategic value, motivation, the viability of its implantation as a management tool and the cost / benefit relation of all this management process.

The use and analysis of indicators, translated all the capacity of measurement of actions of the sector. It has been observed that they have brought new data to the management of the sector, important information concerning the mapping of the human capital architecture of the hospital organization, allowing to visualize that they play a decisive role for the reformularization of the management strategy of the HR sector. When measured, the data of the sector, supplied information that surprised the direction for its magnitude. In face of the presented results, the viability of the implantation of such management practices demonstrated, it is evidenced that the alterations in the form to incorporate and to manage the HR sector emerge as a current necessity and reflect urgency of sectorial treatment, besides leading its controllers to the certainty of the importance of these resources in the rendering of noble services.

Key words: Management of Human resources, Hospital Administration ,
Hospital Indicators.

SUMÁRIO

Lista de Figuras e Tabelas

1.	Introdução	11
2.	Contextualização	15
3.	Fundamentos Teóricos	21
	3.1. O hospital Contemporâneo	22
	3.1.1. Aspectos Históricos	22
	3.1.2. O hospital com Instituição	28
	3.1.3. O hospital como organização – Empresa Social de Saúde	29
	3.1.4. Hospitais Filantrópicos no Brasil	34
	3.1.5. Gestão de Recursos Humanos nas Organizações de Saúde	43
	3.1.6. Indicadores de Gestão de RH – Utilização na Gestão do Capital Humano	52
4.	Caminho Metodológico	59
	4.1 Natureza do estudo	60
	4.2. Local do estudo	61
	4.3. A coleta de dados	62
	4.4. O processo de escolha dos indicadores	63
5.	Análise dos Resultados	71
	5.1. A gestão do setor de RH e suas práticas gerenciais	72
	5.2. Mapeamento da arquitetura do capital humano da organização hospitalar.	73
6.	Considerações Finais	94
	6.1 Um balanço da experiência: algumas considerações	94
	Referências	96
	Anexo	103
	Anexo I – Termo Fiel Depositário	104
	Anexo II – Folha Rosto – Pesquisa envolvendo seres humanos	105

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

F Fluxograma do Processo de Obtenção do Certificado de Filantropia e Acesso às isenções

i
g
u
r
a

1

F Estrutura Geral para gestão de RH

i
g
u
r
a

2

F Ciclo do Processo de RH

i
g
u
r
a

3

F Distribuição mensal do nº de profissionais que compõem o capital humano da Força de
i trabalho da organização hospitalar. Fortaleza, Jan / Dez 2005

g
u

r
a

4

F Distribuição mensal do nº de profissionais segundo as relações trabalhistas da organização hospitalar. Fortaleza, Jan / Dez 2005

g
u
r
a

5

F Distribuição dos profissionais em relação à faixa etária e às relações trabalhistas da organização hospitalar. Fortaleza, Dez 2005

g
u
r
a

6

F Distribuição dos profissionais segundo o sexo na organização hospitalar. Fortaleza, Dez 2005

g
u
r
a

7

F Relação do nº de profissionais da organização segundo sexo e categorias de relações trabalhistas na organização hospitalar. Fortaleza, Dez 2005

g
u

r
a

8

F Escolaridade dos profissionais da organização hospitalar. Fortaleza, Dez 2005

i
g
u
r
a

9

F Carga Horária (hora/dia) dos profissionais da organização hospitalar. Fortaleza, Dez 2005

i
g
u
r
a

1

0

F Variação mensal dos nº de faltas dos profissionais em regime CLT da organização
i hospitalar. Fortaleza, Dez 2005

g
u
r
a

1

1

F Distribuição do nº de profissionais segundo tempo de serviço prestado à organização
i hospitalar. Fortaleza, Jan / Dez 2005

g
u
r
a

1
2

F Variação mensal da remuneração paga aos profissionais da organização hospitalar.
i Fortaleza, Dez 2005

g
u
r
a

1
3

T Distribuição Mensal do nº de profissionais segundo as relações trabalhistas da organização
a hospitalar. Fortaleza, Jan / Dez 2005

b
e
l
a

1

T Distribuição dos profissionais em relação à faixa etária e as
a relações trabalhistas da organização e saúde. Fortaleza, Dez
b 2005

e
l
a

2

T Distribuição dos profissionais segundo relação trabalhista, sexo e

a escolaridade da organização hospitalar. Fortaleza, Dez 2005

b

e

l

a

3

T Jornada de Trabalho dos profissionais segundo as relações trabalhistas da organização hospitalar. Fortaleza, Dez 2005

b

e

l

a

4

T Variação mensal do nº de faltas dos profissionais CLT, valor descontado em folha e valor de horas extras paga da organização hospitalar. Fortaleza, Jan / Dez 2005

b

e

l

a

5

T Total mensal do nº de empregados no regime CLT, admissões e demissões da organização hospitalar. Fortaleza Jan / Dez 2005

b

e

l

a

6

T Índice de admissão, demissão e rotatividade dos profissionais da organização hospitalar. Fortaleza, Jan / Dez 2005

b

e

l

a

7

T Distribuição do nº de profissionais de acordo com as relações
a trabalhistas segundo tempo de serviços prestados na organização hospitalar. Fortaleza,
b Jan / Dez 2005

e

l

a

8

T Distribuição mensal da remuneração segundo as relações trabalhista organização
a hospitalar. Fortaleza, Jan / Dez 2005

b

e

l

a

9

T Distribuição mensal da remuneração dos profissionais com vínculo no regime CLT da
a organização hospitalar. Fortaleza, Dez 2005

b

e

l

a

1

0

T Distribuição mensal do salário do Capital Humano da instituição
a hospitalar . Fortaleza, Dez 2005

b
e
l
a

1
1

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A pesquisa que passo a apresentar, insere-se na área da Administração Hospitalar e toma como objeto principal os Recursos Humanos (RH) nos hospitais. A administração que pode ser definida como trabalho com recursos humanos, financeiros e matérias para atingir objetivos organizacionais, tem como uma de suas atribuições traçar estratégias de modo a torná-la mais apta a desenvolver suas funções, atendendo cada vez mais e melhor às necessidades de sua população usuária.

A administração de Recursos Humanos¹ é definida nos dias de hoje como algo diferente daquela estrutura tradicional, onde só existia o compromisso com a seleção, remuneração e controle de funcionários. Suas ações são mais amplas, no sentido de buscar conhecer todo o negócio da empresa, bem como seu *modus operandi* em conformidade com sua estrutura operacional, além de desenvolver os profissionais não apenas para seu melhor desempenho nas tarefas que lhe são atribuídas mas também para suas condições de crescimento e realização pessoal. A abertura de mercados coloca para as organizações, a urgência de buscar mecanismos para serem competitivas.

É preciso incorporar o hábito de desenvolver a confiança na capacidade empreendedora, o foco no usuário, que vai ser o árbitro do futuro e voltar suas energias para as pessoas que a compõem, que são consideradas o grande trunfo na competição de hoje. Outras necessidades apontam para a administração mais arrojada, especialmente no que diz respeito a funções do setor de RH. Se faz necessário que as organizações assumam a responsabilidade de coordenar todas as ações dirigidas para as pessoas, com finalidade de atrair e reter talentos, com vistas a nova abordagem administrativa da gestão de seu capital intelectual.

¹ Em muitas organizações, a denominação Administração e Recursos Humanos (ARH) está sendo substituída por Gestão de Talentos Humanos, Gestão de Parceiros ou Colaboradores, Gestão do Capital Humano, Administração do Capital Intelectual e até Gestão de Pessoas ou Gestão com Pessoas. Diferentes nomes para representar um novo e único espaço e a configuração da área. A opção foi denominá-la como Gestão de Recursos Humanos (GRH)

É através deste veículo que as organizações se diferenciam e serão medidas, e as organizações de saúde não ficarão à margem destas mudanças.

A idéia de que as empresas “competem por meio das pessoas” dá ênfase ao fato de que o sucesso depende cada vez mais da capacidade empresarial de gerenciar o capital humano. A expressão “capital humano” refere-se ao valor do conhecimento, das habilidades e das capacidades da empresa. Embora o valor desses ativos possa não aparecer diretamente no balanço patrimonial de uma empresa, seu impacto no desempenho dela é enorme.

Executivos norte americanos como por exemplo Lewis Platt, da Hewlett-Packard, empresários brasileiros e autores de obras na área de RH como Chiavenato (1999), Scarpi (2004) Bertelli (2004) sinalizam um novo cenário empresarial quando afirmam que as empresas de sucesso no século XXI serão aquelas que conseguirem captar, armazenar e alavancar o melhor da sua “força de trabalho”, o que irá refletir em produtos ou serviços competitivos no mercado. Neste contexto, a força de trabalho pode ser formada por outros elementos além dos funcionários (chamados de colaboradores): empregados de empresas que terceirizam parte das operações; autônomos que, eventualmente disponibilizam seus conhecimentos e serviços; cooperados, cujo trabalho é realizado através de cooperativas de trabalhadores, estagiários e voluntários.

Sendo o setor ou departamento de RH de uma empresa uma área muito

² Qualidade em Serviços de Saúde : Avedis Donabedian diz que “há muitas definições ou muitas variáveis de uma só definição de qualidade e cada uma é legítima no seu contexto apropriado. Segundo ele, a qualidade na atenção médica consiste na obtenção dos melhores benefícios, com os menores riscos para o paciente ao menor custo” MEZOMO (1989, 89)

³ Um sistema é um conjunto de elementos com uma finalidade comum, que se relacionam entre si, formando um todo dinâmico (FPNQ, 2004 0 55) Sistema é definido como sendo o conjunto de partes interagentes e interdependentes que conjuntamente formam um todo unitário com determinado objetivo e efetuam determinada função.

⁴ Práticas de Gestão: atividades executadas regularmente com a finalidade de gerir a organização de acordo com os padrões de trabalho. Também são chamadas de processos de gestão, métodos ou metodologia de gestão PNQ, 2004

⁵ Processo : conjunto de recursos e atividades inter-relacionadas que transformam insumos(entradas) em produtos (saídas) Essa transformação deve agregar valor na percepção dos clientes do processo e exige um certo conjunto de recursos, que podem incluir pessoal, finanças, instalações, equipamentos, métodos e técnicas, numa seqüência de etapas ou ações sistemáticas. O processo poderá exigir que a seqüência de etapas seja documentada por meio de especificações, de procedimentos e de instrução de trabalho, bem como que as etapas de medição e controle sejam adequadamente definidas

sensível à mentalidade que predomina nas organizações, também considerada contingencial e situacional, pois depende de vários aspectos como a cultura que existe na organização, a estrutura organizacional adotada, as características do contexto ambiental, o negócio da organização, a tecnologia utilizada, os processos internos e uma infinidade de outras variáveis importantes, possui relevância como parte ativa no planejamento estratégico organizacional. Assim, torna-se imprescindível que o setor adote ações ou práticas que possibilitem o desempenho de seu papel como contribuinte no processo gerencial, objetivando alcançar os objetivos organizacionais.

A Gestão de RH refere-se às políticas e práticas necessárias para administrar o trabalho das pessoas nas organizações. Entre as práticas gerenciais citadas por vários autores, entre ao quais Assis (2005) e Bulgacov (1999), destacamos a utilização de indicadores como ferramentas para se chegar a uma gestão mais participativa e mais qualificada, por ser uma prática com sua relevância enfatizada, contrapondo-se ao fato de que segundo os mesmos autores, é pouco praticada ou valorizada nas organizações hospitalares, tornando esse fato merecedor de especial atenção. Por comungar da idéia de que é um assunto merecedor de maior atenção é que fiz a opção de direcionar minha pesquisa nesse campo de estudo.

Formada e pós-graduada em Administração Hospitalar direcionei minha atuação para organizações de saúde, consolidando dessa maneira um interesse muito especial pelos aspectos administrativos, funcionais e organizacionais das instituições hospitalares. Momentos surgiram ao longo dos anos, que me propiciaram vivenciar e aquilatar a problemática que envolve os recursos humanos nos hospitais, tentando em todos os momentos, compreender o verdadeiro objetivo das atividades realizadas no setor responsável por esses recursos e as interfaces com outros setores.

As organizações dependem fundamentalmente da atuação das pessoas para ter sucesso, principalmente as empresas de serviços de saúde, cuja relação direta das pessoas com os clientes afeta significativamente o conceito de qualidade percebida por esse cliente. Deste modo, é relevante reconhecermos a importância das pessoas para a organização e conseqüentemente, a importância dos sistemas de trabalho e as expectativas que envolvem essas pessoas

Através das pessoas, dos significados das coisas e dos valores que constituem seus cotidianos, é possível lidar com os problemas e procurar dar condições para que esses profissionais de saúde estejam adaptados e comprometidos com a prestação de uma assistência hospitalar de qualidade e assim além de fortalecer uma expectativa de

sucesso em suas metas organizacionais, a instituição de saúde estará apoiando seus objetivos também na expectativa de sucesso de cada profissional.

São objetivos deste estudo: compreender as práticas de gestão de RH em uma organização de saúde; e investigar a viabilidade da utilização de indicadores como ferramenta de gestão.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. Contextualizando o objeto de estudo

A Administração Hospitalar na moderna visão empresarial aponta para a importância da relação que se estabelece entre a instituição, seus profissionais e seus usuários. Coloca em evidência questões relacionadas aos Recursos Humanos (RH) e a qualidade dos serviços prestados, passando a ser fundamental quando a instituição

hospitalar está preocupada não só com resultados financeiros, mas e, principalmente, com a questão da qualidade de seus serviços.

No discurso geral de desenvolvimento de RH na área de saúde, observa-se uma tendência de avultar a idéia de ser relevante compreender como se combinam pessoas e outros elementos dentro de uma organização, levando-se em consideração três unidades fundamentais: a estrutura, os processos por meio dos quais a organização se desenvolve e o ambiente em que está inserida. Permeando todas essas unidades, encontram-se as pessoas: o elemento fundamental das organizações de saúde.

O hospital tem seu desempenho vinculado ao comportamento de seus profissionais e em toda sua complexidade torna perceptível a articulação de aspectos econômicos, humanos e sociais pertinentes à sua administração. Caracteriza-se como uma organização prestadora de serviço, multiprofissional, voltada para o atendimento de necessidades multidimensionais, apresentando-se como local de trabalho de grupos sócio-profissionais específicos, diretamente comprometidos no processo de prestação de cuidados de assistência hospitalar em funções de apoio ou de gestão. Seu sistema técnico e organizacional de trabalho com suas especificidades, é impar, uma vez que o seu objeto de trabalho constitui-se do ser humano, representando a vida. Trabalhar com saúde requer considerações além da capacidade técnica e ética do profissional, incluindo-se também a cultura organizacional, o paciente e a relação interpessoal.

Entende-se que a complexidade organizacional das instituições hospitalares aponta para uma rede de interesses não convergentes, que envolve não só a clientela usuária, mas todos que estão envolvidos com a organização. Tais instituições são vistas como sistemas em permanente processo de transformação, o que implica em afirmar que assim como toda construção social, o hospital só pode ser construído pela vontade dos sujeitos que as compõem.

Vislumbra-se também, um complexo de relações sociais, onde cada setor, clareando a idéia de que no hospital deverão existir valores gerenciais e organizacionais próprios, deverão estar unidos em um conjunto de critérios, capazes de orientar a conduta de cada integrante e de toda organização. Tais valores, incorporados às próprias normas e rotinas que definem os padrões de serviços, de atendimentos e de realizações, darão condições para garantir que seus objetivos sejam alcançados.

Os valores que regem o comportamento da organização e de seus componentes precisam ser conservados e ao mesmo tempo inovados, principalmente, acompanhando as mudanças sociais e as inovações tecnológicas. É preciso preservar a qualidade dos

comportamentos que presidem as relações entre as pessoas que convivem e se cruzam no hospital. A crescente complexidade de um hospital que envolve atividades diversas, com alta necessidade de coordenação e o alto custo de insumos e novas tecnologias médicas, igualmente correspondem a fatores que são impulsionadores de uma gestão mais atuante.

Em uma organização hospitalar, na busca da qualidade dos serviços prestados, emerge a questão de definir qualidade. Qualidade que tornou-se palavra de domínio público, é trabalhada dentro de amplos limites, daquilo que se considera senso comum. Em conclusão, mesmo se poucos sabem o que o termo significa textualmente, todos sabem reconhecê-la quando se está diante de algo considerado de qualidade, da mesma forma que todos sabem quando ela está ausente de determinado produto ou serviço. Qualidade de um serviço de saúde² seria algo associado não apenas às necessidades e à satisfação de seus usuários, mas também às de seus profissionais.

Além dessas questões, os usuários e a sociedade em geral passaram a ser mais exigentes com os serviços de saúde. A partir de uma maior conscientização dos direitos do consumidor, amparada nas regulamentações e divulgação de informações pela mídia, os indivíduos passam a reconhecer seus direitos e a exigir mais eficiência e qualidade dos prestadores de serviços. Acrescenta-se ainda o ingresso no setor de outros hospitais que já se instalaram com uma cultura de gestão empresarial, fato que trouxe significativa influência para as outras instituições já estabelecidas.

Bem mais que uma preocupação sobre questões profissionais (carreira, cargos, salários, função, jornada de trabalho, formação técnica, entre outros) o gerenciamento dos recursos humanos está intimamente ligado ao desejo de uma concreta realização de seus propósitos como organização prestadora de serviços de saúde, realizando serviços que satisfaçam às necessidades de seus usuários assim como também da realização dos desejos e expectativas de seus profissionais.

No ambiente hospitalar, as inovações e os avanços tecnológicos não são implementados para substituírem a atuação do profissional de saúde na função fundamental de atendimento a quem necessita de assistência. Complementam e ajudam aos profissionais, que sempre serão indispensáveis, mesmo com a mais avançada tecnologia.

A tecnologia cada dia mais presente têm provocado a necessidade de se redimensionar o papel da administração de recursos humanos nas organizações hospitalares. Isso se torna mais importante quando se compreende a dependência do

trabalho humano como característica fundamental dos processos de produção e prestação dos serviços de saúde.

No cenário apresentado, destaca-se como fundamental para a sobrevivência dos hospitais a busca por maior modernização gerencial, para realizar a reestruturação interna necessária, no sentido de otimizar seus processos e gerenciar seus custos, como também para se estruturar melhor na discussão com outros setores e autores inter-relacionados. Cabe ao setor de Recursos Humanos a imensa responsabilidade de nortear os princípios e as políticas gerenciais de tais organizações nessa direção.

Diante da contextualização do objeto em estudo, apresentamos os seguintes pressupostos teóricos:

☞ Um grande desafio dentro de uma organização hospitalar, com toda sua complexidade e todas suas especificidades é ter uma gestão comprometida não só com os resultados econômicos, mas também com o importante papel social que deve desempenhar com seus usuários e seus profissionais.

☞ Considerando que a busca da qualidade dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico e social, no qual a exigência da sociedade está cada vez maior, as práticas gerenciais tornaram-se fatores críticos das instituições hospitalares.

☞ À medida que as organizações crescem e se multiplicam, maior se torna a complexidade dos recursos necessários à sua sobrevivência e ao seu crescimento. As organizações são constituídas entre outros recursos, de pessoas. (recursos humanos) Por outro lado, as organizações constituem para as pessoas um meio pelo qual podem alcançar muitos e variados objetivos pessoais

☞ A Administração de Recursos Humanos surgiu com o crescimento das organizações e com a complexidade das tarefas organizacionais. Trata do adequado provisionamento, da aplicação, da manutenção e do desenvolvimento das pessoas nas organizações.

Partindo desses pressupostos, cabe então, apontarmos algumas questões norteadoras para o estudo que se propõe :

- ✓ Como se apresenta a gestão de RH de uma instituição hospitalar da rede privada de serviços de saúde - do segmento filantrópico e quais as práticas gerenciais por ela adotadas?
- ✓ Existe a incorporação da prática de avaliação através de indicadores do setor como instrumento de fortalecimento e transformação da gestão setorial?

✓ Existem interfaces de ações nas esferas gerenciais e operacionais de RH?

Procurando encontrar respostas, foram definidos os objetivos do presente trabalho:

➤ Analisar a Gestão de RH de um hospital da rede privada – segmento filantrópico - de serviços de saúde na região metropolitana da grande Fortaleza.

➤ Conhecer as ações desenvolvidas na gestão e suas práticas gerenciais

➤ Avaliar o setor através da utilização de indicadores e índices de gestão de RH.

A intenção desse trabalho é dar maior visibilidade aos indicadores que auxiliam a entender como a empresa organiza e movimenta sua força de trabalho, investe e obtém retorno deste investimento e em sentido mais restrito, assegura o nível de eficiência e eficácia dos seus processos, dos seus programas e de suas operações da área de Recursos Humanos.

3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

3.1 O Hospital Contemporâneo

3.1.1 Aspectos Históricos

Historicamente a palavra hospital vem do latim *hospitale*, adjetivo derivado de *hospes*: estrangeiro, viajante, conviva, significando ainda o que dá agasalho, que hospeda.

Do étimo latino surgiram os termos que mais tarde foram aceitos por diversos idiomas: hospital, *hospedale*, *hospice* entre outros

Entretanto, nos primórdios da era cristã, a terminologia mais usada foi relacionada com o grego e o latim salientando-se *nosocomium* como lugar para tratar doentes, asilo de enfermos, *Gynetrophium*: hospital para mulheres, *Gerontokomium* : asilo para velhos . (Mirshawka,1994)

Autores como Campos (1976), Ribeiro (1993) considerados clássicos na literatura da administração hospitalar e Lisboa (2002) são unânimes ao afirmarem que relatar a história dos hospitais não é das tarefas mais fáceis, pois inicia-se em uma época anterior à Era Cristã , com escassas fontes documentais, principalmente na Antiguidade.

Por outro lado, Campos, citado por Trevizan (1988,13) afirma que as ruínas, as inscrições e outros elementos provenientes de escavações propiciam auxílio na tarefa de reconstrução histórica do passado dos hospitais. Afirma ainda, que “com bases tão precária é difícil a restauração das raízes hospitalares dos milênios que antecederam a vida terrena de Jesus Cristo”

Discorrendo sobre a evolução histórica, Mirshawka (1994,16) comenta que alguns autores citam registros de hospitais nos antigos mercados da Babilônia e nos templos de Saturno no antigo Egito. Na Grécia, o templo-hospital surge das brumas misteriosas da mitologia grega, dedicado a Asclépio e teve seu nome ligado a ele, considerado deus grego da medicina. Assim, registros históricos levam-nos dos tempos antigos no Egito, Grécia e outras civilizações até os dias de hoje.

Como eram os hospitais na época que antecedeu a era cristã e depois do cristianismo, é o próprio Trevizan (1988, 14) que comenta :

Na época que antecedeu a era cristã e depois do cristianismo, a prática médica e a prática religiosa se confundiam a ponto de ser determinadas pelas seitas religiosas a construção de hospitais ao lado de igrejas ou mesquitas. Sabe-se que a finalidade dos primeiros hospitais era o isolamento dos doentes; a sua manutenção era feita através da caridade e a assistência médica oferecida visava apenas a diminuição do sofrimento.

Em uma coletânea de textos sobre a evolução histórica dos hospitais, Graça (2005) contextualiza que o hospital é uma criação da cristandade da Alta Idade Média.

(...) Na Europa medieval que irá ser profundamente marcada pela terrível fragilidade da condição humana e pela escatologia cristã, esses hóspedes eram originariamente qualquer pessoa que necessitasse de qualquer tipo de cuidado (alojamento, alimentação, abrigo, ajuda, conforto, assistência ou tratamento) : não só os doentes, os idosos, os incapacitados, os deficientes, os pobres os vagabundos como também peregrinos e viajantes.

E prossegue :

(...) O hospital confundia-se assim com a albergaria ou hospício (do latim *hospitium*) Em geral, ficava junto às catedrais ou aos mosteiros, em conformidade com as instruções dos concílios ecumênicos de Nicéia (325) e de Cartago (398), realizados já no período da cristianização do império romano. Com a progressiva cristianização do império romano e sobretudo com a transformação do cristianismo em religião de Estado por parte do império romano do Oriente, irão surgir diferentes tipos de estabelecimentos com funções assistenciais, que depois se generalizaram a toda a cristandade do Ocidente, graças ao desenvolvimento do monarquismo bem como ao movimento das cruzadas.

(...) Não havia, no entanto uma clara distinção entre o cuidar dos corpos e o cuidar da alma. Segundo a mentalidade cristã da época, a doença, o sofrimento, a pobreza e a morte estavam submetidas à vontade divina. A assistência aos enfermos e aos demais “pobres de Cristo”, por sua vez, era considerada como uma virtude cristã e como uma manifestação da misericórdia de Deus. A caridade era então uma espécie de certificado de alforro: Dar aos pobres era emprestar a Deus, ou seja, quantas mais boas obras se amalhassem na terra, mais garantias tinha o cristão de alcançar o céu e, com ele, a salvação eterna.

A ele eram associadas as idéias de morte e confinamento. Era dirigido por religiosos, e o trabalho era visto como caridade ou como penitência para os que ali trabalhavam. O hospital e seus trabalhadores atuavam caritativamente, buscando a salvação de suas almas através do auxílio ao próximo.

E diz também Trevizan (1988, 18) :

(...) Não se admira, por isso, que o hospital cristão medieval vá ser estruturado, até sua própria arquitetura e na sua organização espaço-temporal, como a casa de Deus, um lugar onde, mais do que curar a doença, se cuida sobretudo da

salvação da alma. Daí os primitivos hospitais da França adotarem a designação da Hotel-Dieu, como o de Paris, fundado no século VII, provavelmente por volta de 651 e considerado hoje como o mais antigo dos hospitais existentes ainda hoje em todo o mundo.

Nesse período, pouco se conhecia sobre medicina curativa e, em geral quando uma pessoa ficava doente, era decorrência da ausência de ações preventivas.

Baillarany (1995) apresenta a influência de cinco fatores na evolução histórica, da assistência médico-social. São eles: o sobrenatural, a guerra, a caridade, a ciência e o fator econômico-financeiro. Ressalta que no decorrer da história estes fatores “tiveram ora mais, ora menos influência (...)”

A necessidade de se organizar diante da desordem que predominava na área da assistência, pela necessidade de se evitar óbitos de soldados treinados, além de outras razões de ordem econômica e do receio da propagação de epidemias, fizeram com que hospitais se modificassem ao longo dos tempos.

No período entre os séculos XII e XIII, quando era notória a feição religiosa das organizações hospitalares, encontramos também uma influência marcante da religião no controle dos hospitais e a primeira referência à figura do administrador no hospital. Em outros momentos, os hospitais estiveram sob a influência monástica medieval.

Cherubin (1997, 20) observa que:

Na Idade Média teve início também a fundação de Universidades. Foi descoberta a imprensa e o microscópio e é intensificado o intercâmbio entre as nações. Tudo isto influiu para o desenvolvimento da medicina e da assistência hospitalar.

(...) A cidade de Bolonha, na Itália notabilizou-se, nesse período, pela fundação de diversas faculdades, entre as quais uma de medicina e às quais acorriam candidatos de todo o mundo.(...) Foi também em Bolonha que teve início a fabricação de medicamentos em escala industrial, como a teriaca que era considerada boa para todos os casos.

Quando se trata do período conhecido como Renascença, Trevizan (1988) comenta que se trata de um momento que o hospital gradativamente se desvincula das organizações religiosas para caracterizar-se como instituição social sob responsabilidade integral do Estado.

Período identificado historicamente como de liberação e universalização da assistência hospitalar, o hospital adquiriu cada vez mais, o caráter municipal como conseqüência do movimento, que a partir do século XII, começou a subtrair o nosocômio da influência monástica.

Nota-se, no século XVII, uma preocupação em relação ao estilo das construções hospitalares e à distribuição dos vários serviços no edifício, acrescentando

ainda que no século XVIII houve uma revitalização na construção dos hospitais, influenciada pelas escolas médicas criadas na Idade Média.

Há todavia, algumas observações relevantes, como adverte Campos (1998):

(...) o movimento hospitalar cresceu com a população, mas decresceu em condições higiênicas, vadios doentes partilhavam a mesma cama e as enfermarias não tinham ventilação. Conhecida como Idade Negra dos Hospitais, Os monges e o clero eram os únicos que podiam pretender educar e passar conhecimentos. A atividade médica ficou, com isto, muito limitada. A terapia médica era igualmente deplorável. O sucesso da cura era contornado com a invocação aos santos.

Segundo Drucker (1999), o surgimento do hospital foi uma inovação social. O hospital como instrumento terapêutico, é uma invenção do final do século XVIII.

A partir da segunda metade do século XIX, muitos fatores propiciaram o melhoramento das condições de higiene das instituições hospitalares e o melhor funcionamento deles. Os estudos de Pasteur demonstraram a existência de contágio e motivaram a separação de serviços, iniciando assim as unidades de isolamento. Destacam-se: a atuação da enfermeira Florence Nightingale com sua dedicação à causa hospitalar de maneira decisiva. Para Mac Eachern citado por Trevizan (1988), Nightingale foi um gênio em organização e certamente a pioneira em administração hospitalar. A primeira contribuição de Florence para a evolução da administração hospital foi o trabalho realizado por ela e sua equipe no hospital militar da Criméia, que veio imprimir uma nova forma de gerir a força de trabalho feminina nos hospitais, marcada ela centralização, organização militarizada e rigidez disciplinar. Foi a primeira enfermeira a inquietar-se e levar a frente mudanças radicais no ambiente da organização hospitalar. Organizou serviços de lavanderia, rouparia, cozinha dietética, almoxarifado e limpeza, então inexistentes no hospital. Mostrou também grande capacidade de coordenação e direção de pessoal.

A valorização das funções de planejamento, direção e supervisão no sistema fabril do século XVIII não encontrou repercussão no sistema hospitalar da época; entretanto, no início da segunda metade do século XIX, Florence Nightingale demonstrou a necessidade de aplicação das funções administrativas nas instituições hospitalares, comprovando, através de atos, as suas convicções. Em suas notas sobre hospitais, Florence chegava a questionar sobre a teoria dos miasmas com fundamento em suas experiências na Guerra da Criméia. Para ela, os principais defeitos dos hospitais residiam na falta de adequada iluminação e ventilação naturais, assim como áreas mínimas por leito e na superlotação. A partir de suas observações, ela estabeleceu bases e dimensões do que, posteriormente, se tornou conhecida como “Enfermaria Nightingale”.

No Brasil, a assistência médica hospitalar teve início logo após o nosso descobrimento e seguiram a filosofia e a forma de assistências típicas das Santas Casas de Misericórdia de Portugal. Na época, estava em franca evolução o sistema criado pela Rainha D. Leonor de Lancaster, que deu origem às obras de Misericórdia culminando com a instituição das Santas Casas.

Cherubin (1997,29) descreve :

Um grupamento de hospitais que surgiu nos séculos XV e XVI , espalhou-se pelo mundo e mantém ainda hoje muita expressão e influência na assistência hospitalar de vários países. São as Santas Casas de Misericórdia. A palavra misericórdia foi copiada da designação dada às instituições que se inspiravam na fundação de Florença, na Itália.

Conhecidas como Santa Casas de Misericórdia estes hospitais são originários de uma instituição conhecida com Confraria de Florença, que tinha seu principal papel, o desenvolvimento de obras de misericórdia, porém sem amparo legal. Outras Confrarias ou Misericórdias surgiram e faziam parte da reforma sanitária que previa a centralização da assistência em um único hospital que deveria ser de grande porte. Ao ser concluída a reforma sanitária, o governo português conferiu a essas Misericórdias personalidades jurídicas de ordem moral e religiosas e determinou que os serviços de assistência deveriam ser dirigidos a pessoas que necessitassem de assistência ainda com a idéia de abrigo e de acolhimento.

Muitas Misericórdias representaram nessa época, papel importante por terem se tornado grandes unidades locais de assistência à saúde e também por terem sido escolhidas como depositárias de bens econômicos de muita expressão, mercê de heranças que receberam de quem pretendia conquistar o reino dos céus ou ser feliz na exploração de mais domínios terrenos. Como era costume da época, os países colonizadores transferiram para as regiões colonizadas todo seu acervo cultural, estando em franca evolução o sistema criado pela Rainha Leonor de Lancaster, foi esse o modelo de assistência enviado por Portugal para sua colônia recém colonizada. Foram erguidas, então, as Santas Casas de Santos, Olinda, São Paulo entre outras.

A tradição portuguesa das Santas Casas de Misericórdia permitia o atendimento aos doentes, independente de sua condição financeira. Foi a partir do século XVIII que começaram a surgir no Brasil, as Reais e Beneméritas Sociedades Portuguesas de Beneficência, por iniciativa da colônia portuguesa e se espalharam por todo país. Tinham como objetivo dar assistência somente aos membros da colônia portuguesa. Hoje atendem a toda a comunidade.

Apenas no início do século XIX, surgiram os primeiros hospitais, fundados por

congregações religiosas ou por colônias estrangeiras, que tinham seus atendimentos direcionados aos membros de suas colônias e recebiam recursos vindos de seus países de origem. Atualmente são na sua maioria, hospitais de grande porte, referências em qualidade e tecnologia que atende a todos da comunidade. Com uma grande diversidade de organizações hospitalares encontramos hoje no Brasil um sistema de saúde composto por instituições públicas e privadas que enfatizam de uma maneira geral, a nova visão da organização hospitalar que a vê como uma empresa.

Cherubin (1997) enfatiza que o hospital que surge nos século XX é uma instituição onde a prestação de serviços pode ser observada sob quatro aspectos: médico, de enfermagem, administrativo e de serviços de apoio, além de ter sua atividade médica evoluída nos dois principais sentidos que a compõe: curativa e de diagnóstico.

A bibliografia consultada traça, assim, uma trajetória da evolução dos hospitais, apresentando quatro etapas bem definidas de todo esse percurso:

- A primeira etapa, caracterizada pela **caridade**, trabalho voluntário marcava aquele modelo de gestão.
- Segunda etapa, quando surge a **beneficência**, com instituições voltadas para o caráter humanitário.
- Terceira etapa, quando apareceu o **assistencialismo**, período no qual o Estado assume a responsabilidade pela atenção ao enfermo.
- A quarta etapa surgiu com o **hospital empresa**, que marca o começo da aplicação de técnicas e métodos para alcançar resultados econômicos como qualquer outra atividade.

Como na história do homem, o hospital também têm sua história basilada no seu progresso. Iniciada na época do misticismo, entra posteriormente na era dos albergues e isolamentos compulsórios dos enfermos, pobres e repugnantes, passando para uma fase de medicina curativa. Nesse caminhar evolutivo, alcança-se progressos com os antibacterianos, com os meios de antissepsia e de desinfecção. A organização hospitalar evoluiu para o campo da pesquisa no ensino e desenvolve quase como imposição de situação pós guerra, atividades de reabilitação física, social e profissional, chegando à era da cibernética.

Estar vivendo a era das grandes descobertas, leva o hospital a evoluir para novas funções. Amolda-se aos óxidos de etileno, criogênicos, protóxidos, cirurgias por raios laser, transplantes, implantes, microcirurgias, medicina nuclear, ultrassom a nanotecnologia e outros, que fatalmente continuarão ditando a evolução do homem e da

organização hospitalar com todas suas especificidades.

Estar na fase tecnológica onde campos das ciências se inter-relacionam promovendo a cada dia o progresso, exige a modernização do hospital e da sua administração. Aceitamos que nos dias de hoje quando se vive a era das vídeo - conferências, os conceitos e as definições do hospital vão muito além da assistência ao paciente. É aceitar que hoje em dia a meta primordial é o cuidado médico, cuja provisão é norteadada por normas científico-tecnológicas e por requisitos de racionalidade e economia organizacional.

No cenário atual, encontramos o hospital contemporâneo, que é simultaneamente (ou pode ser abordado como) uma instituição, uma organização e um subsistema do sistema de saúde, descritos a seguir.

3.1.2 O hospital como instituição.

O hospital é uma instituição considerada imprescindível para o desenvolvimento da ciência e para a formação de recursos humanos para a área de saúde, uma vez que possibilita a descoberta de novos conhecimentos científicos através da pesquisa e é utilizado como campo de aprimoramento técnico profissional. Graça, (2005,6) comungando com a idéia do hospital como instituição, complementa dizendo que :

Dizer que o hospital é uma instituição, tal como a escola, os tribunais, o parlamento ou o exército, é colocarmo-nos a um nível de análise **macro** : é assumir que o hospital desempenha, para além de funções estritamente técnicas (por ex: cura, reabilitação da doença: formação médica e paramédica), um papel social, econômico ideológico, científico e político.

Prossegue, o mesmo autor :

Por outro lado, dizer que o hospital moderno é uma instituição, significa que tem uma base jurídica e material que lhe é dada, em última análise, pelo Estado. Como instituição, o hospital (e as demais organizações de saúde) é legitimado pelo poder político e pelo jogo das relações sociais que, em cada época, lhe impõem determinadas missões ou finalidades, funções, normas e regras.

Neste contexto, o hospital, nas suas estruturas e processos, não pode ser reduzido à medicina e ao poder médico, como respostas à doença e ao seu tratamento. Nem tudo que diz respeito à vida do hospital participa da pretensa sacralidade com que durante muito tempo se quis rodear a ação médica.

Ao tentarmos compreender as normas, as regras, os valores e as finalidades do

hospital e as transformações históricas pelas quais tem passado, necessariamente temos que levar em conta todos os que são (ou foram) detentores de interesses específicos no campo da assistência e da saúde, da Igreja aos prestadores de cuidados, passando pelo Estado, pela indústria, pelos serviços públicos e privados de proteção da saúde/doença, todos eles, no seu momento, tiveram (ou têm) papéis decisivos na trajetória dessa instituição.

3.1.3. O hospital como organização – “Empresa social de saúde”

A conceituação de organização, citada por Silva (2004, 44) define-a como duas ou mais pessoas trabalhando juntas, cooperativamente dentro de limites identificáveis, para alcançar objetivo ou meta comum.

Sobre as organizações hospitalares, Graça (2005) discorre que: Por organização deverá então entender uma unidade social (ou agrupamento humano) intencionalmente construída e reconstruída, a fim de atingir objetivos específicos. O mesmo autor enfatiza ainda que :

Em princípio o hospital é uma organização como tantas outras (as empresas, os partidos políticos, as associações, sindicatos, as igrejas) E como tal, tem sido objeto de análise sociológica (e sobretudo psicossociológica), na medida que, antes de mais nada, é constituída por diferentes indivíduos e grupos, reunidos em função de um determinado objetivo e estabelecendo entre si determinado tipo de relações, de trabalho e de poder.

(...) tem tido em cada época uma missão ou finalidade própria, qualquer que seja o seu sistema de financiamento ou o seu estatuto jurídico-legal (laico ou religioso, civil, público ou privado)

(...) tem igualmente um sistema técnico e organizacional de trabalho, se bem distinto do que da empresa que transforma matérias-primas em produtos acabados, já que o seu objeto de trabalho são seres humanos

(...) é cada vez local de trabalho de grupos sócio profissionais muito particulares, diretamente afetados ao processo de prestação de cuidados (v.g. médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapeutas), ou com funções de apoio ou gestão (v.g. administradores, engenheiros e técnicos de manutenção de instalações e equipamentos, informáticos, pessoal administrativo.

(...) tem por fim, uma cultura muito própria, ligada às questões da vida, da dor, e da morte, às diferentes representações sociais da saúde/doença e do papel da medicina, aos diferentes modelos etiológicos de saúde/doença, e às próprias ideologias e estratégias profissionais.

Para tanto, ao se compreender as normas, os valores e as finalidades do

hospital e as transformações históricas pelas quais o mesmo tem passado, relatadas anteriormente, temos que levar em conta os fatores determinantes das mudanças ocorridas ao longo do tempo. Os fatores podem ser considerados tanto os endógenos como os exógenos: papel da ciência e tecnologias médicas, evolução do ensino e práticas médicas, organização das profissões de saúde, associação profissionais, desenvolvimento dos sistemas de proteção social, representações sociais e modelos explicativos da saúde/doença, política e legislação de saúde, financiamento, recursos. Esses fatores, aliados à adoção do sistema científico da administração, alteraram significativamente o papel e as funções do hospital nos dias de hoje e estimularam profundas transformações nas metas desta organização – de um local para o pobre doente para um centro médico para todos; passando a ser focalizado como um centro de profissional de saúde que enfatiza a qualidade do tratamento dispensado aos doentes, ao ensino e à pesquisa.

O atual conceito de hospital, segundo Bertelli (2004) decorre da própria definição de saúde que o hospital procura manter como finalidade primeira e que foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo “perfeito bem estar físico, social e mental e não a simples ausência de doenças ou enfermidades”

Borba (1991,42,43) autor clássico na administração hospitalar , citando vários autores, destaca diversas correntes de pensamento sobre organizações hospitalares, como conceitos e definições que o autor em sua obra, comenta o enfoque dado a cada um.

“Hospital é a instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de assistência médica e cuidados constantes de enfermagem”. Enfoque do hospital apenas pelo ângulo da assistência curativa, omitindo quanto aos outros aspectos assistências. *Comissão do ante-projeto da Lei Orgânica da assistência médico hospitalar .1955.*

“ Hospital é a instituição devidamente aparelhada de pessoal, material, em condições de receber para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de assistência médica diária e cuidados permanentes de enfermagem, em regime de internação. – *Professor Odair Pedroso Pacheco*

Com esta definição, o professor procurou dar sentido de organização ao hospital, incluindo aspectos que condicionam recursos matérias e pessoal da assistência.

“ Hospital é a representação do direito inalienável que o homem tem de gozar saúde, e o reconhecimento formal, pela comunidade, da obrigação de prover meios para mantê-lo ou de restaurar-lhe a saúde perdida.” *Prof. Dr. Malcolm Mac Eachern.* Pode-se observar que o doutrinador americano, através da sua consciência de hospital, procurou defini-lo de maneira filosófica e dentro dos aspectos do Direito Positivo.

Campos (1976) outro autor considerado clássico da administração hospitalar com mais de 30 obras escritas sobre o assunto, também analisa vários conceitos, sempre respeitando os diversos pontos de vista de seus autores. Assim cita:

“O hospital é a união harmoniosa, econômica e funcional de um grupo de unidades,

entrosadas de modo a formar um todo, cuja forma agrada aos nossos olhos. Possui, entretanto, uma função essencial, a de restaurar o indivíduo doente e, o mais depressa possível, devolve-lo à comunidade.” *Dra Lourdes de Freitas Carvalho* Do ponto de vista do planejamento, salienta a autora, que para o pleno desempenho dessa finalidade, deve ser o hospital planejado de maneira mais perfeita a fim de fornecer ao paciente e aos que nele trabalham o máximo de conforto e bem estar.

(...) O Dr. John S. Billings, na inauguração do Hospital John Hopkins, de Baltimore, EUA, definiu o hospital como “um organismo vivo, constituído de diferentes partes, tendo como funções diversas, mas todas na devida proporção, relacionadas entre si e no conjunto, para produzir os resultados desejados. A diferença entre um organismo biológico e uma organização hospitalar está em que a primeira parte da simplicidade celular para a complexidade orgânica, muito lenta e progressivamente, segundo leis biológicas; a segunda não tem o seu plano elaborado por um código genético evolutivo, mas deve ser ele, previamente, organizado segundo princípios, normas, métodos e processos racionais, aqui o plano antecede a própria empresa.

(...) Lembra J.K.Owem em constatação exemplar que o hospital deve trabalhar 365 dias no ano e, muito embora seja olhado como instituição humanitária, encontra os mesmos problemas econômicos das outras empresas.

O hospital nos dias de hoje segundo a OMS é definido como parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa como preventiva incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisa bio-psico- sociais. Cherubin (1997).

Nas últimas décadas do século XX, a organização hospitalar foi caracterizada por um desenvolvimento marcante, determinado pela progressão constante da tecnologia médica, pela proliferação dos conhecimentos relacionados à saúde e à doença e pela diferenciação das especialidades médicas, ampliando as áreas de atuação dos profissionais de saúde. As transformações ocorridas nas organizações hospitalares, a nível tecnológico, profissional e institucional, foram imprimindo característica dada vez mais peculiares a essas organizações.

Borba (1991) atesta que tratando-se de hospital, é uma organização que tem características bem próprias, que o diferenciam de outras instituições por ser composto de muitas áreas funcionais que são interdependentes e se inter-relacionam, necessitando um funcionamento eficiente de todos os seus componentes de maneira a compor um todo e não um somatório de partes desagregadas. Complementa o mesmo autor :

(...) o hospital é uma organização humanitária sendo até certo ponto burocrática e autoritária, com uma extensa divisão de trabalho especializado que mobiliza habilidades e esforços de grande número de profissionais, para dar aos seu clientes serviços personalizados, tendo para tanto necessidade de uma coordenação adequada. É uma organização complexa, pois persegue seus objetivos através de atividades colaborativas; São pessoas tratando de pessoas, onde seu objetivo é proporcionar assistência adequada aos pacientes dentro dos limites de conhecimento tecnológico e de organização das atividades humanas e dos limites dos recursos institucionais.

(...) é a organização que apresenta a maior diversidade de pessoas e suas formações, treinamentos e habilidades.

(...) o produto do hospital é o cuidado com o paciente, é por si só mais individualizado que uniforme.

(...) o hospital é fundamentalmente um sistema mais humano que mecânico apesar de possuir muito material, instalações e equipamentos.

(...) paradoxalmente, o hospital é um organização quase burocrática, com regras e regulamentos para controle do comportamento e trabalho de seus membros. Há uma ênfase nos mecanismos de organização formal, de procedimentos, o que lhe dá um caráter autoritário.

Drucker (1999) afirma que os hospitais estão entre os organismos mais complexos de serem administrados. Neles, estão reunidos vários serviços e situações simultâneas: hospital é: hotel, lavanderia, prestador de serviços médicos, de limpeza, de vigilância, restaurante, recursos humanos e relacionamento com o consumidor. De certa forma, é natural que todo esse organismo fosse cada vez mais regido por leis, normas, regulamentações e portarias, vindas de diversos órgãos e instituições, gerando um arcabouço legal cada vez mais dinâmico e variado.

Essas peculiaridades podem vir a dificultar a adoção e implementação de mudanças nessas instituições. Por essa razão, as instituições hospitalares são reconhecidas pelo caráter conservador de sua gestão. Os serviços de saúde são prestados por um grupo heterogêneo de profissionais, com diferentes níveis educacionais e qualificações, o que segundo Nogueira (2003) cria interesses conflitantes que prejudicam o processo de mudança.

Na área de saúde, a incorporação da tecnologia não substitui a mão de obra, de forma contrária, gera necessidade de mais profissionais, o que segundo Nogueira (2003) onera os custos de inovação, além de incrementar o nível de especialização e profissionalização nessas instituições.

Drucker (1999), Malagon-Londono e outros autores (2003), Bertelli (2004), Mirshawka (1994) e Scarpi (2004) concordam que a complexidade é algo intrínseco à organização hospitalar. Afirmam ainda ser o hospital a mais complexa das empresas modernas e justificam suas posturas ao apresentarem uma complexidade revelada nas funções e serviços muito diversificados, na divisão e uso do espaço físico, no componente humano muito diversificado, nas exigências de sua clientela, nas urgências de suas ações, na escassez de seus recursos, na natureza de seu serviço, tendo como produto final a saúde e na interligação e interdependência dos seus serviços.

Sendo os hospitais definidos como organizações particularmente complexas,

destinadas à prestação de atividades altamente importantes para a sociedade, a OMS, define como funções básicas dos mesmos, prevenir, diagnosticar, restaurar a saúde, educar e desenvolver pesquisas.

Vai-se delineando desse modo o perfil de uma organização hospitalar definido como sendo o conjunto de características dominantes ligadas ao modo como a organização se apresenta de maneira dinâmica, progressiva, atualizada, que apóia os serviços de saúde. Uma organização conectada às políticas de saúde gerais, regionais e locais; norteado por estratégias de qualidade total dentro da atividade permanente de investigação, avaliação de processos e retro-alimentação; com um esquema integrado de atenção à saúde.

Diante de tal realidade, as funções do hospital foram se modificando e atingiram tal complexidade, que hoje é impossível aceitarmos a idéia simplista de que o hospital tem como única função o diagnóstico e tratamento. Assim, outro enfoque dado ao hospital é o definido numa visão sistêmica³. Neste contexto, o hospital reúne partes (seus serviços e departamentos) que tem como objetivo receber pessoas que necessitem de cuidados, que serão submetidas a processos de transformação e que sairão assistidas.

As organizações de saúde não podem existir de maneira isolada. Devem trabalhar de forma integrada dentro de um sistema coordenado de unidades médicas que se relacionam umas com as outras para garantir, como um verdadeiro mecanismo social, a atenção à saúde da coletividade.

Como subsistema (o dos cuidados secundários e terciários, ou seja o do tratamento, cura e reabilitação da doença) o hospital é hoje objeto de análise econômica, debate político e controvérsias doutrinárias.

Messomo (1991) evidencia que diante de todas essas transformações, com os estilos gerenciais em constantes modificações, as estruturas ganhando novas formas, os modelos organizacionais vão se adaptando. Desta forma, os hospitais devem incorporar as novas tendências e novas técnicas, buscando sempre alcançar o grau de desenvolvimento que acompanhe os novos aspectos contingenciais.

3.1.4 Hospitais Filantrópicos no Brasil.

No Brasil, a prestação de serviços de saúde se mostra bastante diferenciada dos

padrões vigentes nos países desenvolvidos. Apresenta uma posição peculiar no que se refere à oferta combinada de serviços públicos e privados em saúde, com uma cobertura suplementar de serviços coexistindo com um sistema público tido como universal.

O Sistema de Saúde no Brasil é formado por uma extensa quantidade de instituições interligadas voltadas para o benefício da saúde. Comporta dois setores:

a) **Setor Público** - serviços públicos de saúde prestados por instituições pertencentes ao governo ou por serviços terceirizados, SUS - Sistema Único de Saúde. São serviços financiados por contribuições vindas basicamente de receitas tributárias.

b) **Setor Privado** - serviços divididos em três grupos distintos:

b.1) **O segmento lucrativo complementar, ou Setor supletivo**, formado pelas empresas de assistência médica e seguradoras.

b.2) **O segmento lucrativo assistencial ou setor privado/privado**, formado pelas instituições assistenciais privadas. Não estão ligadas a grupos do setor lucrativo complementar. Até a constituição de 1988, havia incentivo do governo para a construção de hospitais no país. O financiamento era feito pela Caixa Econômica Federal a juros baixos e longos prazos de pagamentos. Durante as décadas de 70 e 80, houve uma proliferação de instituições desse grupo no país, principalmente em São Paulo. Em termos de mercado, essas instituições são reguladas pelo lucro e não, pela demanda, o que dificulta o planejamento assistencial.

b.3) - **O segmento não lucrativo**, composto por entidades filantrópicas, representado principalmente pelas Santas Casas e pelas instituições formadas por grupos imigrantes, como o Hospital Israelita Albert Einstein e o Hospital do Coração em São Paulo. Há uma grande diferença a ressaltar entre esses dois grupos: as Santas Casas, historicamente, têm como clientes, em sua maioria, pessoas que não tem recursos e necessitam da assistência médica. Por outro lado, as instituições de grupos de imigrantes atendem principalmente pessoas ligadas ao setor supletivo, apesar de terem disponíveis leitos para a população atendida pelo SUS. Os hospitais filantrópicos no Brasil com sua relevância histórica são vistos também como importante segmento da saúde, merecedores de estudos a eles direcionados.

A história das práticas filantrópicas e da atenção médica às populações pobres inscreve-se no quadro das transformações econômicas que se iniciam com o advento do capitalismo na era moderna, estendendo-se até a contemporaneidade com matizes

diferenciados no que diz respeito a antigas concepções de caráter religioso. Pensada como exercício da caridade, a filantropia até o século XVIII era prescrita pela Igreja Católica como imperativo moral a ser seguido pelos que defendiam o poder econômico com relação aos menos favorecidos. Tratava-se de converter os ricos à missão da tutela sobre os pobres a fim de que aos primeiros fosse garantido o reino do Céu. (Nascimento, 2002).

Ainda no pensamento de Nascimento (2002), afirma-se que o desenvolvimento progressivo das relações capitalistas de produção e as correlatas transformações nas formas de percepção das contingências humanas, conduzirão a uma mudança na visão da pobreza e no papel dos abastados na assistência aos menos favorecidos e da idéia da caridade como forma de tutela dos ricos sobre os pobres. No seu lugar, será construído o conceito de filantropia que, fundamentado na concepção da assistência científica à pobreza, exigirá o concurso de saberes “como a medicina, o direito, a sociologia que (...) fornecerão às elites sociais e políticas os instrumentos que possibilitarão a classificação das populações merecedoras de sua atenção”. Assim surge a filantropia como modelo assistencial repousado no ceticismo, capacitada a substituir o modelo caritativo.

No Brasil, a prática caritativa e sua substituta filantrópica aparecem representadas pelas Santas Casas de Misericórdia que surgiram logo após sua descoberta pelos portugueses. A primeira Santa Casa de Misericórdia foi fundada em Santos, no ano de 1543 no Estado de São Paulo por Braz Cubas, integrante da expedição de Martin Afonso de Souza que recebeu a Capitania de São Vicente e fundou a cidade de Santos. Outras foram surgindo como a Santa Casa de Misericórdia da Bahia, fundada em 1549; a Santa Casa de Misericórdia de Olinda, fundada em 1560 entre outras. A princípio, instrumentos da política de dominação metropolitana implementada por elementos da elite colonial, as Santas Casas, desde muito cedo, atuaram no sentido da manutenção das condições econômicas e sociais garantidoras dos lucros das elites. Identificadas como modelo de produção escravista que dominou toda história do Brasil por mais de três séculos, estas instituições desfrutaram de monopólios e outros privilégios em troca da ação caritativa e, mais tarde, filantrópica em favor das populações pobres, num contexto de ausência do Estado no que diz respeito à assistência dessas mesmas populações,

O setor hospitalar filantrópico no Brasil, considerado setor histórico e estratégico para a saúde no país, é atualmente, segundo dados (DATASUS, 2003) responsável por 1/3 dos leitos existentes no país. São 1.802 unidades com aproximadamente 130 mil leitos,

sendo a quase totalidade constituída de prestadores de serviço ao Sistema único de Saúde (SUS) e cerca de 70% destas, simultaneamente prestadoras para o sistema suplementar.

A rede filantrópica está espalhada por todo território nacional, apresentando um perfil impar, com grande heterogeneidade no nível mais elementar de suas unidades, nas suas estruturas gerenciais, tecnológicas, práticas gerenciais e, naturalmente, o perfil de sua clientela. Acompanha uma formulação mais ajustada de políticas governamentais, objetivando a sua manutenção, desenvolvimento e maior integração ao sistema de saúde brasileiro, nas esferas públicas e privadas.

Dada a magnitude e a tradição acumulada pela existência e funcionamento do setor há mais de quatro séculos, o interesse por esse segmento baseia-se principalmente no reconhecimento da sua atuação na áreas social e de saúde do país. As instituições filantrópicas de saúde constituem em estruturas fundamentais para a execução de ações de assistência médica, sendo muitas vezes a única alternativa hospitalar em várias localidades ou micro-regiões.

Historicamente, com base na Constituição Federal, o setor filantrópico sempre foi subsidiado pelo Estado. Este relacionamento teve como justificativa a oferta de serviços de natureza social, com propósitos beneficentes aos seus usuários. Ao longo do tempo, no entanto, os propósitos beneficentes diferenciaram-se e provocaram distorções em relação à função social original de tais entidades, acarretando uma significativa revisão legal do setor. Sob a denominação de “filantrópico” encontrou-se um conjunto de instituições que compreende desde as tradicionais Santas Casas de Misericórdias, berço da rede hospitalar brasileira, até instituições que adquiriram a natureza jurídica de filantrópicas. É necessário então, fazer uma distinção conceitual sobre o que seja entidade beneficente de assistência social e entidade filantrópica. No senso comum os termos se confundem; segundo Martins (2003) a instituição filantrópica é reconhecida como aquela que presta serviços de caráter assistencial e direta às populações em estado de exclusão social. Os termos são utilizados como sinônimos.

Os aspectos legais e normativos foram instituídos a partir da **Lei Federal nº 9.737/98**, também conhecida como **Lei da Filantropia (Brasil, 1998)**. Do ponto de vista legal e formal, entretanto, existem diferenças. Entidade beneficente de assistência social é a pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, que atue no sentido de:

- I – proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice.
- II – amparar crianças e adolescentes carentes.
- III – promover ações de prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiências
- IV – promover gratuitamente assistência educacional ou de saúde
- V – promover integração ao mercado de trabalho (Decreto 2.536/1998)
- VI – promover o atendimento e o assessoramento aos beneficiários da Lei Orgânica da Assistência Social e a defesa e garantia de seus direitos. (**Resolução CNAS nº 177, de 10/08/2000**).

Esta é a definição vigente no **Decreto nº 2.536 de 06 /04/1998** que dispõe sobre a concessão do Certificado de Filantropia. Por ela, Entidade Filantrópica compreende-se segundo a regulamentação acima referida (Decreto 4.327, de 08/08/2002) a entidade beneficente de assistência social que possui o Certificado de Filantropia, o que na regulamentação vigente é denominado de **Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS)**, certificado este que é concedido pelo **Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS)**, órgão subordinado ao Ministério de Promoção e Assistência Social. O CEAS é uma exigência para a obtenção de diversas isenções fiscais e tributárias, passíveis de serem auferidas pelas filantrópicas. A regulamentação da concessão do Certificado, foi modificada pelo Decreto 4.327 de 08/08/2003, mas a conceituação acima descrita, é nela mantida.

Os referidos Decretos complementam a Lei Orgânica de Assistência Social LOAS - **Lei nº 8.742 de 08/12/1993**, que dispõe sobre a assistência social. Esta é a principal lei para o setor, válida até a atualidade, com alterações que decretos, medidas provisórias e outros instrumentos legais, posteriores, foram introduzidos. A Resolução do CNAS nº 177, de 10/08/2000, já citada, introduz mais uma condição para caracterização da entidade assistência social (item VI) Portanto, do ponto de vista formal, uma entidade pode ser considerada beneficente de assistência social sem ser filantrópica (no caso de não possuir certificado) Ela só passará a ser considerada uma entidade filantrópica se obtiver o Certificado de Filantropia. Mas toda entidade filantrópica é por definição uma entidade beneficente.

Várias são as exigências para a concessão do CEAS. Para a obtenção do Certificado, a entidade necessita comprovar algumas condições existentes nos 3 (três) anos imediatamente anteriores ao requerimento:

- I. Estar legalmente constituída no Pis (Programa de Integração Social) e em efetivo funcionamento.
- II. Estar previamente inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social do município de sua sede se houver, ou no Conselho Estadual de Assistência Social, ou Conselho de Assistência Social do Distrito Federal.
- III. Estar previamente registrada no CNAS.
- IV. Aplicar suas rendas, seus recursos e eventual resultado operacional integralmente no território nacional e manutenção e no desenvolvimento de seus projetos institucionais.
- V. Aplicar as subvenções e doações recebidas nas finalidades a que estejam vinculadas
- VI. Aplicar anualmente, em gratuidade, pelo menos vinte por cento da receita bruta proveniente da venda de serviços, acrescida da receita decorrente de aplicações financeiras, de locação de bens, de venda de bens não integrantes do ativo imobilizado e de doações particulares, cujo montante nunca será inferior à isenção de contribuições sociais. Não distribuir resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, sob nenhuma forma ou pretexto.
- VII. Não perceberem seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores, benfeitores ou equivalente remuneração, vantagens ou benefícios, direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos constitutivos.
- VIII. Destinar, em seus atos constitutivos, em caso de dissolução ou extinção, o eventual patrimônio remanescente a entidades congêneres registradas no CNAS ou entidade pública.
- IX. Não constituir patrimônio de indivíduo ou de sociedade sem caráter beneficente de assistência social.
- X. Ter declaração de utilidade pública federal

As exigências acima referidas nos itens I a X, constam do **Decreto 2.536 de 06/04/1998** e a do item XI, no **Decreto 3.504 de 13/06/2000**. O **Decreto 4.327 de 08/08/2002** mantém na íntegra todas as exigências acima.

Para as entidades de saúde, há uma diferença. Na realidade uma alternativa à exigência de 20% de gratuidade. O **decreto 4.327 de 08/08/2002** facultou às entidades de saúde, três condições :

- a) A oferta de 60% ou mais de internações no ano para o SUS e sua efetiva comprovação considerado o número de pacientes-dia ou:
- b) ser considerado hospital estratégico pelo SUS ou ainda:
- c) uma vez ofertado ao SUS o percentual mínimo exigido, e o gestor local do SUS declarar impossibilidade de contratação, a aplicação de um percentual da receita bruta em gratuidade. Esse percentual varia de 20% a 5% na dependência do efetivo atendimento ao SUS.

Atualmente, o **Decreto 4.588 de 07/02/2003**, revogou o **Decreto 4.481 de 22/11/2002**, que constituiu a condição de hospitais estratégicos para o SUS. Portanto, para os hospitais, atualmente destacam-se duas exigências alternativas: a oferta e efetiva prestação de 60%, ou mais de internações ao SUS dispensando a gratuidade; e no caso do gestor local SUS declarar impossibilidade de contratação de 60% de internações, a entidade hospitalar deverá aplicar um percentual da receita bruta em gratuidade, variando entre 20% e 5%, na dependência do efetivo percentual de atendimento ao SUS.

Vale ressaltar que as condições alternativas apresentadas, possuem a possibilidade de serem aplicadas em decorrência do desempenho da entidade a partir de 1998, gerando neste caso, possibilidade de renovação de Certificados para casos pendentes ou mesmo, nos casos onde o Certificado havia sido cancelado com base na legislação anterior. Todos os documentos para exame da concessão ou renovação do Certificado de Filantropia estão fixados pelo CNAS na Resolução nº177, de 10/08/2002. (Brasil, 2002)

Além das obrigações acima citadas, as entidades filantrópicas de saúde precisam obter licença de funcionamento junto à Polícia federal, renovada anualmente. Precisam, também, encaminhar à Divisão de Repressão e Entorpecentes da Polícia Federal, mensalmente, o Mapa e Relação de Compras / Vendas dos produtos e insumos químicos que possam ser destinados à elaboração de cocaína ou que determinem

dependência física ou psíquica.

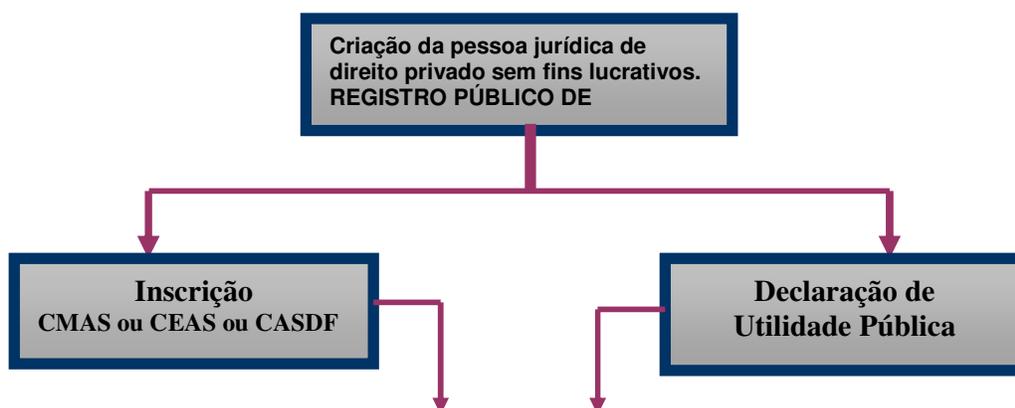
Finalmente como para qualquer estabelecimento prestador e /ou intermediador de assistência à saúde, com personalidade jurídica de direito privado, é exigido o Registro junto ao Conselho Regional de Medicina /CRM da jurisdição em que atua (**Resolução Conselho Federal de Medicina / CFM nº 1.626 de 23/10/2001**).

A entidade máxima do segmento hospitalar filantrópico é a **Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB)**. Foi criada em novembro de 1963 e tem por objetivo a união e organização das santas casas e hospitais filantrópicos de todo país. Está presente, atualmente, em quinze estados brasileiros, através de suas federações estaduais, que por sua vez, congregam os hospitais de cada estado. Como representante, em nível nacional do setor filantrópico de saúde, atua diretamente junto às instancias de decisão.

Diante da representatividade, o peso e força da história de quase 500 anos das Santas Casas de Misericórdia no Brasil, a qualidade e a quantidade dos serviços que prestam, sem finalidade lucrativa, a milhões de brasileiros, o setor hospitalar filantrópico ocupa seu lugar no cenário da saúde do Brasil, presente não só na sua missão, mas também da importância de suas ações, torna-se relevante a preocupação com o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos métodos de trabalho, sua organização econômico-financeiro e de recursos humanos, para que possam permanecer no cenário nacional da saúde.

Barbosa et al (2003) apresenta o Fluxograma do Processo para obtenção do Certificado de Filantropia e Acesso às Isenções.

Figura 1





Representado graficamente, o percurso do Processo para obtenção do Certificado de Filantropia e Acesso às Isenções, apresenta-se como um processo longo, cheio de obstáculos a serem percorrido pelas instituições, que esbarram na burocratização e na desorganização das entidades públicas responsáveis. O tramite legal de um processo de certificação é de longa duração e deve ser revisto e renovado segundo determinações dos órgãos governamentais.

3.1.5 Gestão de Recursos Humanos nas Organizações de Saúde.

Tempos atrás, temia-se que um dia as máquinas eliminassem a necessidade do trabalho humano. Na realidade, está ocorrendo exatamente o oposto. Nunca as pessoas foram tão importantes nas empresas quanto hoje. O ser humano e seu desempenho profissional nas organizações de saúde é hoje objeto de numerosos estudos por inúmeros profissionais e organizações especializadas.

Existem autores que vão na direção contrária e ao mesmo tempo que afirmam que as pessoas são importantes, constataam que os postos de trabalho têm diminuído em

correlação direta com novas formas de gestão e/ou automação. O que se observa, é que são linhas de pensamento de um modo geral direcionadas para empresas distintas das prestadoras de serviços de saúde. Os hospitais, na sua maioria, estão sinalizando um cenário novo de conscientização e valorização da dimensão humana e subjetiva presente em todo ato de assistência à saúde. Estão procurando aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade e buscando a sensibilização dos dirigentes hospitalares para a necessidade de desenvolvimento de um modelo de gestão que reflita a lógica do ideário do processo assistencial, refletindo uma cultura organizacional pautada pelo respeito, pela solidariedade, pelo desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos agentes envolvidos e dos usuários.

É censo comum nas falas de profissionais da área de saúde, que a eficiência técnico-científica e a racionalidade administrativa nos serviços de saúde, quando desacompanhadas de princípios e valores como a solidariedade, o respeito e a ética na relação entre profissionais e usuários, não são suficientes para a conquista da qualidade no atendimento à saúde. Além do mais, em organizações de saúde, por sua especificidade organizacional, encontramos os recursos humanos da organização permeando em todas as etapas do processo assistencial.

Mezzomo (2003, 85) afirma com muita sapiência que os hospitais são considerados empresas prestadoras de serviço, cujo trabalho é produto de inter-relações complexas de vários profissionais atuantes na área, voltadas à saúde, e estes profissionais têm como principal objetivo de trabalho, a vida e o sofrimento das pessoas. Comungamos dos pensamentos de autores como Malik et al (2002) e Gadelha (2004) que, defendendo a idéia a crescente valorização das pessoas nas organizações de saúde contextualizam e afirmando que as pessoas que trabalham na maioria das organizações representam seu recurso crítico, ou seja, aquele sem o qual elas não conseguem realizar seu trabalho. Continuam quando enfatizam que esta situação é particularmente verdadeira nas organizações de saúde, que além de serem dependentes de tecnologia, não conseguem aplicar essa tecnologia sem contar com recursos humanos adequados.

Bohlander e outros autores (2003, 2) argumentam que :

Usamos muitas expressões para descrever a importância das pessoas para as empresas. A expressão "recursos humanos" implica que as pessoas têm capacidades que impulsionam o desempenho empresarial (juntamente com os outros recursos como dinheiro, materiais, informações). Outros termos como "capital humano" e "ativo intelectual" têm em comum a idéia de que as pessoas fazem a diferença no desempenho de uma empresa. As empresas bem-sucedidas são exatamente favoráveis à contratação de diferentes tipos de pessoas para atingir um objetivo comum. Essa é a essência

O termo RH ou Gestão de Pessoas segundo Chiavenato (1999), pode ser entendido em três contextos: RH como função ou departamento; RH como prática de recursos humanos e RH como profissão, todos eles pertinente à estrutura organizacional do hospital e considerados indissociáveis entre si.

Para Dussalt (1994), por Gestão de Recursos Humanos entende-se todas as atividades administrativas relacionadas com o trabalho das pessoas em uma organização. É parte integrante da função de qualquer administrador e não responsabilidade exclusiva de um departamento especializado.

Essa dimensão da gestão refere-se às ações que favorecem a criação de condições de trabalho que ajudem os prestadores de serviços e seus auxiliares a produzirem serviços de qualidade. Nenhum projeto de desenvolvimento ou de melhoria de funcionamento de um hospital pode ser implementado sem que ele venha afetar direta ou indiretamente a gestão das pessoas. São elas que, no cenário atual, significam o diferencial competitivo que mantém e promove o sucesso organizacional. O desenvolvimento e a realização das pessoas no ambiente de trabalho passam a ser considerados um dos fatores que mantém correlação positiva com a produtividade e os trabalhadores, os únicos em condição de transformar a capacidade potencial da empresa em capacidade real.

Em outros momentos, o que era observado nas instituições hospitalares, era um relacionamento entre as pessoas e a organização considerado antagônico e conflitante, pois era senso comum, entender que os objetivos das organizações eram incompatíveis com os objetivos das pessoas. Atualmente, verificamos que a organização que quiser ter seus objetivos alcançados da melhor maneira possível, deve direcionar esforços para seus recursos humanos, procurando dar condições para que eles também possam atingir seus objetivos individuais, assim ambos sairão vencedores.

A organização hospitalar, mesmo com toda a complexidade que lhe é peculiar, não difere das outras organizações no que diz respeito à administração dos recursos humano. Esta linha de pensamento é questionada por vários gestores, que assim como autores que a exemplo de Laverde (2003) ou mesmo Bertelli (2004) afirmam que as formas de gestão devem levar em consideração toda especificidade organizacional das organizações hospitalares e por extensão a de seus profissionais. Portanto, se faz necessário que as formas de gestão de RH em organizações hospitalares sejam adaptadas a essa realidade, o que as diferencia das demais .

Laverde (2003,96) afirma que :

“A administração de pessoal consiste no conjunto de políticas, normas e procedimentos realizados em um hospital- que permite a seleção, o recrutamento, a disciplina, o treinamento e o bem-estar das pessoas que trabalham em uma empresa- e nas atribuições que permitem cumprir os objetivos da instituição.”

Bertelli (2004) comenta, que sem sombra de dúvida, esta é a área mais importante entre as que compõem sua estrutura organizacional, principalmente por ser o hospital um prestador de serviços que depende de pessoas qualificadas, as quais tratam diretamente do paciente e cujos cuidados não permitem margem de erro. São muito poucas as organizações empresariais, que contam com a variedade de profissões, encargos, pressões e riscos pessoas de um hospital. Assim como não são muitas as instituições onde se tem, como é o caso das instituições hospitalares, um trabalho permanente, de vinte quatro horas por dia, todos os dias do ano, com atividades que requerem total atenção e disponibilidade do profissional, com ações conhecidas, mas nem sempre esperadas e que muitas vezes, apresentam grande risco.

Essas características fazem do hospital uma instituição que tem na sua complexidade o principal complicador da difícil administração em termos de recursos humanos, que representa no contexto organizacional, o conjunto de atividades capazes de garantir o alcance dos objetivos definidos originalmente, com menor intensidade de esforços e de conflito interpessoal, para o que se exige amplo espírito de cooperação e acentuado interesse pelo bem-estar de cada integrante da organização. Machado (2002,119) contextualiza da seguinte maneira:

“O mundo da modernidade realça a questão de Recursos Humanos em todas as instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e objetivos institucionais. Pensar em recursos humanos como eixo da estrutura organizacional significa pensar estrategicamente, pensar modernamente. A gerência de recursos humanos em organizações modernas enfatiza aquele que dirige e desenha políticas institucionais voltadas para esta área, uma vez que a produtividade e a qualidade do produto oferecido à sociedade serão, em boa parte, reflexo da forma e das condições com que são tratados os recursos humanos que lá atuam.”

Nesse aspecto, quando se articula a gestão dos recursos humanos ao objetivo do trabalho em saúde, voltado para o cuidar, deve-se reconhecer que não se trabalha com máquinas, com instrumentos vazios de desejos e sim com trabalhadores que possuem seu jeito específico de compreender e realizar seus projetos, seus desejos, seus medos, aflições, trabalha-se com um ser cuja subjetividade está presente em todos os momentos. Ao desenvolver seu trabalho, estará expressando além das dimensões técnicas próprias a cada ação, todo um contexto subjetivo, tornando-os um ser humano singular.

Emerge então, a necessidade de se reconhecer os trabalhadores de saúde em

função de suas habilidades e competências além de suas necessidades; pessoas que mantêm relações de troca e convivência com os usuários, situações em que as expressões da subjetividades de ambos os lados se fazem presentes.

Cherubin (1995) enfatiza que cada vez mais aumenta a consciência de que as pessoas não conseguem produzir e se realizar num ambiente de tensão, condicionadas ao cumprimento de rotinas e processos inadequados ao atendimento de suas necessidades e expectativas. Daí a urgência, em hospitais de uma nova gestão dos recursos humanos estar claramente centrada no desenvolvimento das pessoas que evidentemente constituem o verdadeiro e definitivo patrimônio das organizações hospitalares.

Contudo, se analisada a realidade encontrada nas organizações de saúde não é possível aceitarmos a afirmativa do autor como verdade absoluta. É fato que como empresa, os hospitais exercem também um caráter explorador frente a força de trabalho, casos como a má distribuição de leitos por profissionais; o caráter público x privado que visivelmente apresenta distorções gerenciais; a falta de programas de humanização que contemplem os profissionais, neste momento definidos como “cuidadores” ou aqueles que objetivam “cuidar de quem cuida” panorama que vem contrapor o discurso do autor cima citado.

Merhy, e Onocko (2002) concluem em seus estudos que, um dos temas mais tratados e problemáticos na organização de um sistema de saúde, vem sendo o modo como estruturam-se e gerenciam-se os processos de trabalho, nos distintos tipos de estabelecimentos que ofertam serviços de saúde, essencialmente comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva.

Ainda no pensamento dos autores acima citados, focando o modo de se produzir saúde, tem-se que ou está se tratando de uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais de nada servirão.

O trabalho em saúde requer do trabalhador uma postura capaz de reconhecer que o objeto de trabalho em saúde ultrapassa o enfoque biológico, necessitando portanto conhecimentos e formas de intervenção mais amplas, que visem a produção de cuidados a partir da ampliação do conceito de saúde e doença, do cuidar e dar assistência.

Pertinente a essa questão, Maldonado (2003,216) se posiciona na defesa dos profissionais, dizendo que :

Os profissionais reclamam da instituição porque não dispõem de condições

razoáveis de trabalho e porque não recebem remuneração adequada. Isto resulta, com freqüência, na sensação de impotência do “nada posso fazer, não tem jeito” intensificada pela baixa motivação pelo trabalho. A conseqüência é o clima de paralisação que impede o profissional de fazer só o que deva, mas também o que pode, mesmo em condições adversa.

Autores como Merhy (2002) e Malik (2002) pesquisadores no campo da saúde, apresentam com muita propriedade, estudos, experiências e conceitos, todos com muita relevância para o tema. Todos eles, enfatizam o quanto é pertinente a preocupação com os Recursos Humanos das organizações hospitalares; enfocam o grande diferencial que representam seus recursos humanos para gestões das organizações de saúde.

Quando levamos em consideração o modelo organizacional de sistemas, tomando a organização hospitalar com um sistema aberto que interage com o ambiente que o rodeia, e complexo (composto de uma série de subsistemas com diferentes finalidades e todas idealmente com o mesmo objetivo) sem dúvida a administração de recursos humanos merece ser classificada como um dos seus principais subsistemas. Segundo esse pensamento, o RH apresenta processos ou funções de sua administração bem específicas :

- ✓ Os processos relacionados ao suprimento ou função de procura: agregar pessoas através de recrutamento e seleção.
- ✓ Os de aplicação ou função de desenvolvimento: desenhos de cargos, avaliação e desempenho.
- ✓ Os de manutenção ou função de relacionamento: remuneração, mudanças e comunicação.
- ✓ Os de avaliação, ou função de pesquisa: disciplina, higiene, qualidade de vida, segurança e satisfação.

Todos eles estão interligados da tal maneira que os interpenetram e se influenciam reciprocamente. Ressalva se faz, ao se considerar que cada um dos processos, tende a favorecer ou a prejudicar os demais quando bem ou mal utilizados. Além do que todos eles são desenhados em concordância às exigências ambientais extremas e das influências organizacionais internas.

Considerando o discurso de alguns autores como Bertlli (2004), Junqueira (2005), Maldonado et al (2003), a gestão de RH aparece como um conjunto de processos que ao regular os componentes do sistema de pessoas (carreiras, desempenho, qualificação e outros) procura dirigi-los para que sejam compatíveis não só para a missão da instituição, mas também facilitadores de seu cumprimento a médio e longo prazo. De

acordo com essa formulação, a gestão de RH é algo compartilhado com todos da organização.

O gerenciamento de RH em uma visão moderna, exige um envolvimento de tarefas que se inicia com a procura de elementos que devam fazer parte da organização, com sua integração e permanência com seu desenvolvimento pessoal e funcional, com as formas de conduzir as atividades integrantes da organização, com a pesquisa de novas e melhores formas de conseguir a crescente integração e mais a participação na vida da empresa. Definir mecanismos de contratação, promover ações educativas, participar ativamente da seleção, avaliar desempenho, atuar na melhoria das relações de trabalho, entre outros. Ouvir a equipe com atenção, dar valor às suas sugestões de melhorias administrativas, construir um clima de cooperação e implementar uma política de assistência integral e integrada são exemplos de posturas que permitirão encontrar saídas para construir um alto padrão de eficiência. Portanto quando se fala de recursos humanos, a idéia deve ultrapassar os limites das ações tradicionalmente a eles atribuídas.

Cabe aos profissionais de RH algumas atividades mais específicas, como por exemplo elaborar estratégias de gestão para o setor baseado em dados estatísticos ou indicadores, com sua função principal consistindo em dar suporte a todos os que ali trabalham.

Nesse contexto, Bohlander et al (2003,2) adverte que:

Para trabalhar efetivamente com pessoas, temos que entender o comportamento humano, precisamos conhecer os vários sistemas e práticas disponíveis para nos ajudar a construir uma força de trabalho qualificada e motivada. Ao mesmo tempo, para atingir as metas da empresa, temos de estar cientes das questões econômicas, tecnológicas, sociais e jurídicas que facilitam ou restringem nossas iniciativas.

A área de RH a partir dos anos 60, tinha como preocupação básica os aspectos burocráticos e cotidianos como rotinas trabalhistas, admissão, demissão, controle das pessoas compartilhando a idéia de que as tarefas dos colaboradores e as formas de proceder eram determinadas pela cúpula da organização.

Apesar da necessidade de gestão eficiente das pessoas nas organizações de saúde, ainda não existe, por parte de muitos dirigentes, na esfera pública ou privada, consciência da importância desses recursos para a prestação de serviços de qualidade.

Os objetivos da gestão de RH estão diretamente relacionados com a obtenção de resultados, com a missão do hospital, sua complexidade e sua especificidade. Trata-se portanto de um setor ou departamento único, que assume as características de cada uma das organizações sendo idéia comum apenas a conscientização de sua importância e da

necessidade de ter sua contribuição para se chegar à eficácia organizacional.

Considera-se algumas estratégias do setor ajudar a organização a alcançar seus objetivos e realizar sua missão, proporcionar competitividade à organização, aumentar a auto-realização e a satisfação dos empregados junto à instituição, desenvolver e manter a qualidade de vida no trabalho, manter políticas éticas e comportamentais socialmente responsáveis entre outras.

Planejar RH refere-se ao planejamento da gestão das pessoas, e, em particular, aos planos de aquisição, desenvolvimento e utilização de pessoas. Os aspectos de ambiente, de estrutura organizacional e pessoas e sistemas refletem a abordagem corrente do planejamento estratégico, enquanto planejadores de mão-de-obra e especialistas em RH tradicionalmente se focalizam em recursos e planejamento de recursos.

Recuperando o que até agora se expôs e nos apropriando da idéia exposta por Bohlander et al (2003), traçamos algumas considerações:

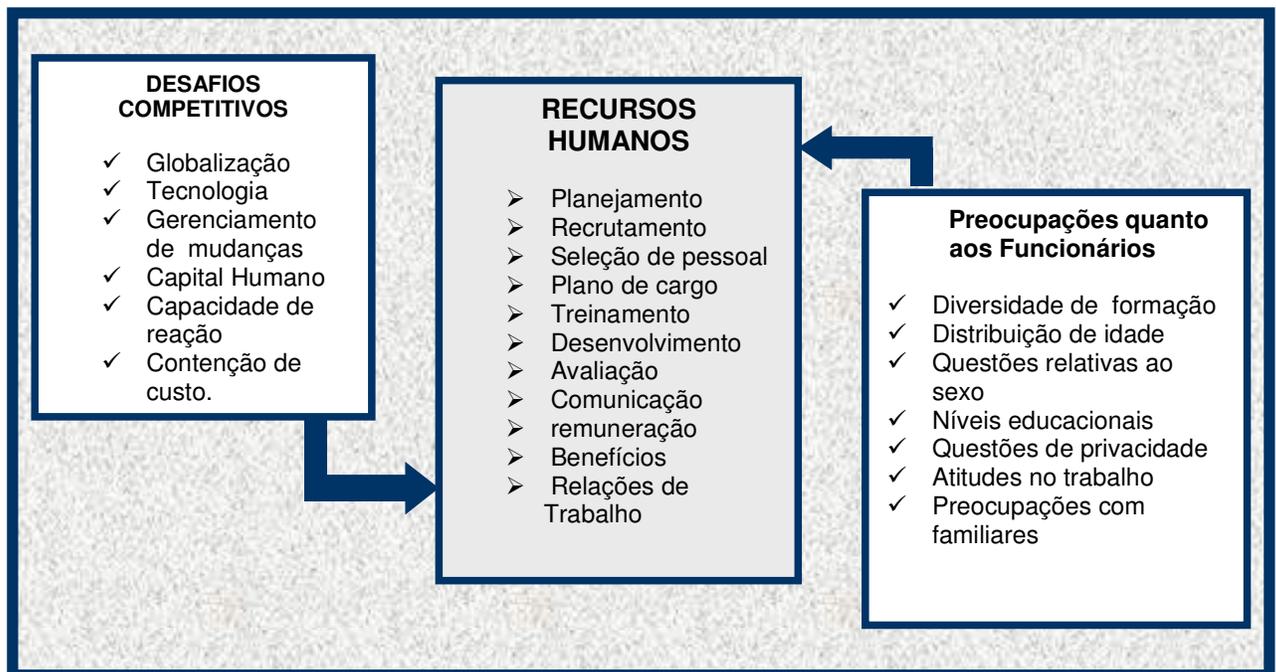
- Mesmo tendo a competição por meio das pessoas como um tema em gestão de recursos humanos, a idéia permanece apenas como suporte. Temos um direcionamento muito mais presente nas ações do dia-a-dia que são específicas da área de recursos humanos, diante de um cenário de disputas por clientes e por se manter a instituição competitiva.

- Ao se definir uma estrutura geral para a Gestão de Recursos Humanos, precisamos nos preocupar em mesclar vários aspectos do gerenciamento. Classificados por Bohlander et al (2003) como desafios competitivos ou como preocupações com os funcionários, o autor afirma que ao equilibrar demandas às vezes competitivas, a gestão de RH desempenha um papel importante obtendo o máximo dos funcionários e propiciando um ambiente de trabalho que atende às necessidades deles de curto e longo prazos. Porém ainda está muito distante uma visível padronização operacional neste sentido.

Os gestores estão em uma encruzilhada. De um lado, eles devem implementar processos de gestão que possam aprimorar a qualidade de vida no trabalho. Entretanto, muitas vezes essa implementação bate de frente com lógicas espoliativas, naturalmente engendradas em quadro que oferece exército de reserva. Ou seja, como agentes mediadores de necessidades organizacionais, o gestor aplica lógicas e técnicas que podem escapar a compreensão dos trabalhadores e serem interpretadas de forma negativa.

O diagrama abaixo, Figura 2, apresenta de forma geral, a estrutura para a gestão de RH, onde evidência-se a complexidade de suas ações. Podem ser observadas também a necessidade da gestão de RH de ajudar a mesclar vários aspectos do gerenciamento classificados em desafios competitivos e preocupações com os funcionários. Ao conseguir equilibrar a demanda às vezes competitivas, a gestão de RH desempenha um papel importante obtendo o máximo dos funcionários e propiciando um ambiente de trabalho que atenda às necessidades dos mesmos.

Figura 2 . Estrutura Geral para a Gestão de RH



Observa-se que não existe um caminho único para o sucesso das organizações, o que existe, realmente, é o fato de existir indicações sobre quais devem ser os principais enfoques ou principais focos, da gestão organizacional e indicações de práticas de gestão requeridas nesses enfoques. Tais procedimentos devem levar a resultados organizacionais defendidos por cada organização.

Conclui-se diante do exposto, que torna-se imprescindível que os profissionais de recursos humanos superem barreiras da rigidez administrativa e reformulem a sua

prática, revendo o processo de trabalho, reavaliando os instrumentos de administração tradicionalmente utilizados, superando preconceitos na busca de alternativas, para que ao ser definido o papel dos recursos humanos da instituição, esteja ele em sintonia com a missão e os projetos institucionais, acompanhando os tempos. Importante ressaltar a interação e a influência recíproca de todas as áreas do RH. Ao agir sobre determinado grupo de atividades, o profissional deve ter consciência que está criando impacto nas demais áreas. Esse resultado deve ser levado em consideração previamente, antes da execução das ações.

3.1.6 Indicadores de Gestão de Recursos Humanos : “Utilizando Indicadores na Gestão do Capital Humano”

A utilização de indicadores na gestão de recursos humanos, é uma prática antiga no campo de gestão empresarial,. Medir é fácil. Medir o que interessa, o que agrega seja valor, o que possui relação com os objetivos das organizações é o grande desafio.

Luz (2000) lembra que:

os indicadores são úteis na identificação de questões prioritárias servindo não só como subsídio para formulação de políticas mas também como parâmetros de orientação, fortalecimento da ação de fiscalização dessas políticas e também para elaboração de alternativas.

Conhecidos como novos instrumentos de gestão, os indicadores de gestão, fornecem dados que permitem conhecer e medir o próprio desempenho, possibilitando a comparação de resultados, a identificação de pontos de melhoria e detecta a necessidade de empreender ações de transformação, o que vai gerar um ciclo de buscas de melhores práticas e inovadoras práticas de gestão.⁴

Autores como Pomi (2001), Boog e Boog (2001) articulam essa idéia e acrescentam que tais ciclos são capazes de gerar mudanças significativas, estimular a criatividade, identificar inovações tecnológicas e desenvolver pessoas que compartilham aprendizados. Contextualizam ainda, que no trabalho cotidiano com indicadores, é necessário dotá-los de uma dinâmica que permita a melhoria contínua de processos⁵, produtos e serviços.

Os indicadores, de um modo geral, são específicos, próprios e inerentes de cada organização, e necessitam que sejam traçados a partir da definição dos objetivos que se pretende alcançar com os projetos ou processos. A partir dessa definição dos objetivos, estabelecem-se metas e diretrizes, formulando os indicadores mais adequados.

Atualmente, com a nova visão de gestão, com planejamento estratégico sendo o grande desafio do momento, o uso permanente de indicadores, medições, tanto para entender o desempenho individual, como para definir metas sobre ele está se tornando uma prática comum .

Assis (2005,2) sabiamente afirma que:

medir depende muito mais de disciplina do que de conhecimento, embora conhecimento seja indispensável; depende muito mais de foco, de interesse, do que de tecnologia, embora a tecnologia da informação mereça destaque na formatação de bancos de dados e no desenvolvimento de aplicativos; depende mais de interesse do que de tempo, aquele tempo precioso para fazer e nem sempre disponível para medir e avaliar.

As organizações hospitalares precisam hoje em dia ter sua gestão de RH voltada para fazer a conexão entre o investimento em pessoas e o sucesso da organização, atrelando seus resultados aos resultados da organização. Precisam utilizar medições, indicadores, sistematicamente, de modo a compor um conjunto de dados que privilegie todos os aspectos importantes da gestão. O planejamento estratégico deve definir o que medir, como e quando. A partir daí, como efeito cascata, facilita-se localização de metas e de objetivos dos diversos departamentos e níveis hierárquicos.

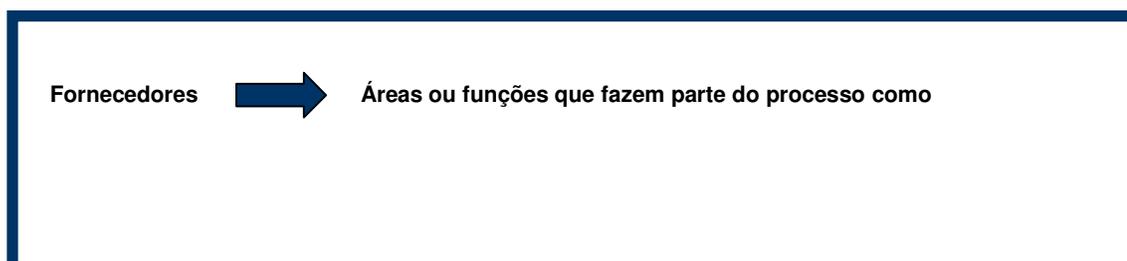
Ratificando o pensamento de Assis (2005), analisamos as organizações hospitalares como empreendimentos que estão começando a perceber que necessitam de indicadores como forma de avaliar o retorno do investimento e o nível de eficiência e eficácia de seus processos. Os indicadores hoje em dia, estão sendo utilizados como apoio à decisão.

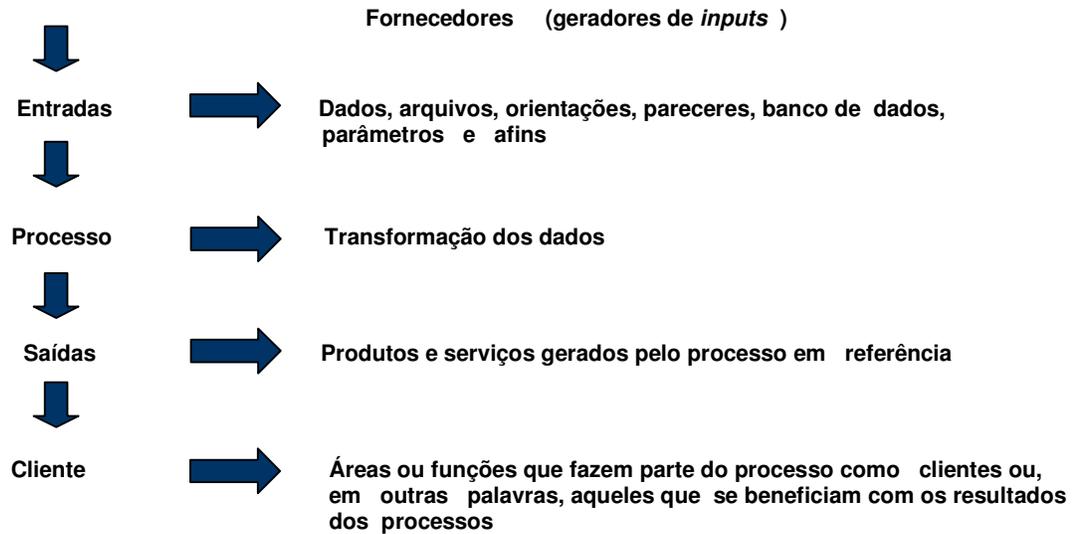
Quando se quer ter uma gestão de RH que disponibilize indicadores como ferramenta para avaliação, inicialmente é necessário compreender os processos e sub processos de RH, para então serem definidos os indicadores que poderão ajudar na avaliação.

Na busca dos melhores indicadores para avaliação dos níveis de eficiência e eficácia dos processos e subprocessos de RH, é extremamente relevante compreender os processos de RH.

Assis (2005,169) demonstra graficamente o Ciclo do Processo de RH, demonstrado na Figura 3.

Figura 3 – Ciclo do Processo de RH





O diagrama acima demonstra passo a passo o Ciclo do Processo de RH. De uma maneira global, os processos de RH obedecem uma cadeia definida de clientes (os que se beneficiam como produtos ou serviços de RH) e fornecedores (os que geram insumos para a execução do processo ou sub processos) Mas as entradas (*inputs*) e saídas(*outputs*) também devem ser analisadas

O mesmo autor, contextualiza que cada processo no campo da Gestão de RH, como por exemplo preenchimento de vagas, treinamento, desenvolvimento e avaliação de desempenho entre outros, possuem fornecedores, entradas, processamentos e os clientes. Entender essa cadeia auxilia não só na identificação dos atributos de qualidade dos clientes, bem como nos melhores indicadores para a mensuração da eficiência do processo em seus mais variados aspectos,

Observa-se no entanto, uma resistência a essas novas práticas por parte dos gestores e profissionais de RH. Para Gomes (1999), diante da atitude refratária de profissionais de RH no tocante a nova visão gerencial do setor citada por ele e por outros autores, existem algumas hipóteses que a explica ou fornece argumentos para melhor entendimento da dificuldade da abordagem mais moderna da gestão de RH por esses profissionais. A falta de sensibilidade para o tema, falta de utilidade, falta de tempo ou de recursos humanos, falta de recursos ou informática, falta de conhecimento, falta de consistência dos dados, seriam essas hipóteses.

A literatura analisada enfatiza a possibilidade de encontrarmos várias maneiras de agruparem os indicadores, porém, a classificação de indicadores qualitativos e

quantitativos, simples e composto são constantes em todos os estudos. Desta forma, temos que por indicadores quantitativos entendemos aqueles que são utilizados quando objetivamos dados numéricos gerados por processos ou atividades sobre as quais queremos manter controle. São indicadores quantitativos índices como *turnover*, absenteísmo, custo médio por empregado, tempo médio de preenchimento de vagas, tempo médio de treinamento, retorno médio por empregado e afins entre outros.

Indicadores qualitativos são aqueles que são utilizados quando há interesse em conhecer, medir a opinião de pessoas, seus valores e suas reações. Satisfação dos empregados ou dos clientes externos de uma organização hospitalar, são alguns dos resultados avaliadas através de indicadores qualitativos, na medida que os dados refletem valores e reações humanas.

Por indicadores simples, entendemos aqueles que traduzem, demonstram, explicam ou dão a dimensão da quantidade, do tamanho da importância de uma determinada variável; permitem relação entre variáveis ou ainda o cálculo de proporções de uma variável sobre outra.

Os indicadores ligados à gestão de RH normalmente se classificam como simples. Indicadores compostos, são como o nome sugere, resultados da composição de diversos indicadores, cada qual com o seu grau de importância ou de representatividade, como foi definido por Vaz (1994), citado em vários estudos sobre o tema.

A partir dessa macro classificação é que encontramos as diversas maneiras de agrupar, definir e de utilizar os indicadores. Autores como Gomes (1999) por exemplo sugerem indicadores subdivididos nos seguintes grupos:

a) Indicadores Operacionais: aqueles que permitem medir a eficiência de um dado processo-chave, indicadores de eficiência medem, predominantemente, o consumo de recursos humanos, materiais, físicos, financeiros e tecnológicos.

b) Indicadores de Qualidade: aqueles que permitem medir o envolvimento e comprometimento dos empregados, nível de educação, qualificação, treinamentos, motivação e satisfação das pessoas.

c) Indicadores estratégicos de RH: aqueles que avaliam atividades, produtos e serviços de RH como se o segmento de RH fosse uma empresa prestadora de serviços. Para o autor, tais indicadores podem medir o nível de satisfação dos clientes para cada atividade ou processo ligado à gestão de RH.

Outro agrupamento dos indicadores de RH, citada por Assis (2005) é o sugerido pelo Instituto Sextante Brasil. Sendo considerado um dos maiores institutos de pesquisa

ligado à produção, análise e acompanhamento de indicadores de gestão de capital humano, o Sextante Brasil agrupa os indicadores em dez grandes áreas, que objetivam focar :

- **eficácia organizacional**, o grupo de indicadores que auxiliam na avaliação do valor agregado pelo capital humano às organizações, tomando-se por base de custos, receitas despesas e retorno;
- **estrutura de Rh**, voltados à avaliação de despesas diretas, estruturas, serviços números, níveis e categorias de seus profissionais e afins
- **remuneração** voltados à avaliação das estratégias e dos sistemas de recompensa e de reconhecimento utilizados pelas organizações.
- **benefícios** são os indicadores que auxiliam, em conjunto com o anterior, na compreensão da remuneração total,
- **absenteísmo e rotatividade** grupo de indicadores capazes de auxiliar na compreensão do nível de abstenção ao trabalho e flutuação dos empregados; recrutamento e seleção, aqueles que auxiliam na compreensão do nível de aproveitamento interno, admissão de novos empregados, custo com admissões, tempo de preenchimento de vagas e afins;
- **educação e aprendizagem**: indicadores que dão informações sobre os esforços na capacitação do capital humano;
- **saúde ocupacional**: utilizados para a identificação dos esforços realizados em segurança do trabalho e saúde ocupacional;
- **relações trabalhistas**: estão relacionados com a compreensão das demandas trabalhistas, custos das reclamações, paralisações por greves e afins
- **perfil da força de trabalho**, auxiliam na compreensão do perfil da força de trabalho, incluindo aspectos ligados à formação, faixa etária e afins.

Outra classificação é sugerida e defendida por autores como Bertelli (2005), Assis (2005) e Scarpi (2004) que agrupam e classificam em Indicadores Demográficos, Financeiros, Operacionais, de Desempenho ou Processos e Indicadores de Clima Organizacional e Balanço. Seguindo essa classificação, temos:

1. **Indicadores Demográficos** : têm como objetivo ajudar na compreensão da força de trabalho ou capital humano disponível, através de dados relativos aos indicadores que traduzem a número de empregados , esses dados subdivididos por horários, sexo, índice de absenteísmo, rotatividade, e todas as variações em torno desse contexto.
2. **Indicadores Financeiros** : diz respeito ao investimento que o hospital faz em pessoas,

tanto empregados como recursos humanos de forma geral. Todos os indicadores observados nos processos ligados à gestão de RH .

- 3. Indicadores Operacionais, de Processo ou de Desempenho:** estão relacionados aos subsistemas de Rh. Auxiliam na avaliação dos processos internos, além de poder, numa variante, focar o nível de eficácia operacional na percepção dos clientes internos e dos empregados.
- 4. Os indicadores ligados ao clima organizacional:** não são indicadores operacionais ou de processos, são utilizados na reflexão da ação das lideranças, e da percepção das pessoas no contexto organizacional.

Diante das diversas classificações e agrupamentos de indicadores direcionados para a gestão de RH, encontradas na literatura, a classificação que mais se adequou à nossa realidade foi a proposta sugerida e defendida por autores como Bertelli (2005), Assis (2005) e Scarpi (2004) acima citada. Explica-se a escolha apontando vários fatores que emergiram ao longo da pesquisa. Nesta proposta, encontramos indicadores apresentados de forma clara e objetiva e identificamos uma operacionalidade mais definida e de fácil execução. Outro fator foi a possibilidade de ser observada uma seqüência gradativa e organizada dos indicadores a serem desenvolvidos seguindo uma ordem crescente em complexidade de informações e de conteúdos para análise de resultados. Durante a pesquisa, foi detectada a necessidade desta seqüência, desse planejamento na medida em que informações mais complexas só poderiam ser obtidas a partir de outras informações mais simples ou fundamentais.

Tais indicadores devem ser monitorados permanentemente, não somente para medir resultados frente às metas e aos indicadores definidos, mas também para checar se há discrepâncias entre aquilo que é valorizado e a maneira como de fato usa-se o tempo, o dinheiro e a energia. É possível, nessa perspectiva, entendermos que mesmo com os resultados demonstrando um processo de permanente melhoria, os alvos, os objetivos, podem não se ajustar ao que realmente se pretende avaliar.

Diante do exposto, constatamos o universo que envolve o tema. Trata-se portanto de um assunto muito amplo, e para efeito de nossa pesquisa, por limitações da estrutura organizacional da própria instituição, direcionamos nossa análise para alguns indicadores classificados como Indicadores Demográficos ,Indicadores Financeiros e alguns dos Indicadores Operacionais, de processo ou de desempenho entendidos também como quantitativos, simples ou compostos, focando o grupo daqueles que teriam seus dados coletados através da análise documental realizada nos documentos do setor

de RH e da administração geral do hospital em questão.

4. CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 – Natureza do Estudo

Um estudo sobre a gestão de recursos humanos no ambiente hospitalar utilizando indicadores como instrumentos de gestão, caracteriza a natureza quantitativa com enfoque descritivo–analítico.

Como técnicas de obtenção de informações foram utilizadas a análise documental e a observação direta. Foi utilizado como instrumento o diário de campo na intenção de registrar observações relevantes ao estudo, e obter informações através da observação direta, abrindo espaço para a subjetividade do pesquisador, ou, como define MINAYO (1996,1),

“toda observação deve ser registrada num instrumento que convencionamos chamar de DIÁRIO DE CAMPO. Desse instrumento constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa.

A análise documental foi implementada com intenção de coletar dados quantitativos que permitam verificar a veracidade dos resultados obtidos através dos indicadores assim realizar a análise do estudo em questão. Esta técnica é utilizada como fonte de dados direcionados ao tema, da problemática ou complementando informações.

LUDKE & ANDRE (1986) afirmam que:

“a técnica de análise documental pode ser utilizada em algumas situações, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema, seja complementando as informações obtidas por técnicas. São documentos portanto: quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informações sobre o comportamento humano ..., estes incluem desde leis e regulamentos, normas, pareceres, jornais, revistas, estatísticas...

Nessa etapa da pesquisa, através de relatórios estatísticos, normas internas e outros documentos do departamento de RH e de outros que apresentavam relevância; foram colhidos dados referentes aos índices, estrutura organizacional, conceitos, teorias e práticas gerenciais buscando estabelecer relações entre o teórico / operacional do setor.

A escolha dos documentos foi intencional, envolvendo dados oficiais da instituição em questões como: estatísticas; dados técnicos, como relatórios e dados financeiros como planilhas de custos/benefícios, planejamento orçamentário, repasse para o setor de RH entre outros, que retratam a organização das políticas e práticas gerenciais do setor.

Os dados foram explorados no decorrer de 2005, vislumbrando um cenário do recorte temporal da pesquisa referente a este ano, concomitante com o período de observação direta, quando o pesquisador atuou apenas como observador inspirado em TRIVIÑOS (1992:142) que afirma :

Num instante tão importante para a investigação, infelizmente não se pode dar orientações precisas sobre modos de atuar e proceder. Cada situação tem suas próprias características . E o investigador deve avaliar as circunstâncias e buscar o melhor caminho.”

As observações foram transcritas, e devidamente analisadas e comparadas com os outros dados que após serem coletados foram utilizados como informações no processo de estruturação, desenvolvimento , cálculo e análise dos indicadores.

Quanto aos aspectos éticos, foram todos eles respeitados, a medida que essa metodologia foi realizada com anuência da direção do hospital, que legitimou o processo através de documentos como Termo Fiel Depositário e Termo de Aprovação de Pesquisa.

4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital filantrópico na região metropolitana de Fortaleza, classificado como hospital geral, com 113 leitos sendo considerado de médio porte, que atende não só pacientes pertencentes ao Sistema Único de Saúde – SUS , mas também os pertencentes a outros convênios e pacientes particulares.

O hospital tem seus leitos distribuídos nas Clínicas: Obstétrica, Pediátrica, Cirúrgica, Médica e Berçário de Médio Risco. Oferece ainda os serviços de Oftalmologia, Odontologia, Laboratório de Análises Clínicas, Banco de Sangue, Radiologia e Ultrassom, além de um Posto de Coleta de Leite Humano. Além do Centro Obstétrico, dispõe também de um Centro Cirúrgico com duas salas cirúrgicas e uma para pequenos atendimentos.

A escolha por uma instituição hospitalar filantrópica, da rede privada de serviços de saúde ocorreu por considerar que a mesma apresenta autonomia de gestão e possui seus modelos gerenciais próprios particularmente no gerenciamento de RH e por sua relevância no cenário nacional.

Tendo como objetivo geral analisar a gestão de RH de um hospital filantrópico localizado na região metropolitana da cidade de Fortaleza – Ce, direcionamos a análise para as práticas gerenciais e a utilização de indicadores como ferramenta de gestão do setor. Delimitado o objeto da pesquisa foram definidas as etapas de operacionalização do estudo. Coleta de dados, observações focando principalmente práticas de gestão, definições de indicadores, cálculos e análise dos indicadores, avaliação e conclusão do estudo, visando atender aos anseios do pesquisador. Desta forma, transformamos dados em informações, que por sua vez, foram transformados em conhecimentos, expectativa de entendermos os impactos dos fenômenos analisados, extrair conclusões, prospectar causas potenciais, estabelecer comparações ou agir sobre o processo ou efeito.

4.3 A Coleta dos Dados

A coleta dos dados foi baseada em análise documental. Os documentos solicitados para serem solicitados foram : Folhas de pagamento do ano 2005, documentos de admissão e demissão de funcionários, mapas de produtividade, Certificado de Filantropia e todos os outros documentos exigidos por lei para obtê-lo, Atas de constituição, Atas da Assembléia Diretiva, Relatórios de Setores Administrativos, Relatórios Diários da Enfermagem, Relatórios Mensais dos Estagiários, Recibos de Profissionais Autônomos, Cartões de Ponto, Atas de Reuniões de Chefias, Recibos da Cooperativa dos Anestesiologistas, Relatórios Financeiros do Setor, Atas das Reuniões de Diretoria, Relatórios de Produtividade Mensal, Ocorrências da Enfermagem, Ocorrências da Recepção, Livros de Registro de Funcionários, Fichas de Solicitação de Emprego,

Ficha de Entrevistas, Relatórios de Treinamentos, Arquivos Morto do Setor, entre outros.

Apesar da boa vontade dos profissionais da instituição em questão, as dificuldades em obter tais documentos foram muitas. A ausência de muitos deles, documentos ou registros incompletos ou incorretos, dificultaram a pesquisa, mas não a inviabilizaram. Muitos dos documentos citados existiam de forma “informal”, em anotações pessoais, em formulários não próprios, ou mesmo no acúmulo de várias informações no mesmo documento. Em alguns casos, as informações estavam em planilhas consideradas em desuso. Vale ressaltar, que mesmo diante de todas essas situações, em nenhum momento foram criados outros obstáculos ou negado o acesso às informações.

Além da análise documental foram feitas observações que contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa.

4.4 – O processo de Escolha dos Indicadores.

Dada a complexidade de se lidar com a abrangência das funções da área de RH que afetam decisões, optou-se na estrutura desta pesquisa por uma abordagem que privilegia a identificação de indicadores ligados à gestão de RH no que diz respeito a dados obtidos através de análise documental e observação, que tivessem suas aplicabilidades percebidas nas análises setoriais e que fossem passíveis de utilização a partir da coleta de dados dos documentos disponibilizados.

Alguns indicadores ligados ao Clima Organizacional ou os de Balanço Social que são tidos como de reflexão da ação de liderança e da percepção das pessoas no contexto organizacional não foram pleiteados. Como já foi anteriormente justificado, não é alvo de nossa pesquisa tal enfoque, inclusive reconhecendo sua extrema relevância para um aprofundamento do assunto o que abre perspectiva para uma nova pesquisa, complementando esta. Demandaria um setor de RH estruturado, já definida e comprometida com a questão subjetiva e com resultados mensurados. Compreendemos que se trata de uma etapa mais avançada de organização apoiada na fase que por hora é apresentada.

Para este estudo, foram escolhidos alguns indicadores de RH a partir de critérios que nos levassem ao mapeamento da arquitetura do capital humano da organização hospitalar.

✓ Foram selecionados os que apresentaram formas claras e objetivas de operacionalidade e que trouxessem informações relevantes para o planejamento estratégico do setor.

✓ Outro critério foi a possibilidade de ser observada uma seqüência gradativa da complexidade de informações necessárias ou de outros indicadores que fossem complementando as análises e as decisões organizacionais.

Após a seleção dos indicadores, urge defini-los e compreendê-los, para posterior análise de suas utilizações no estudo em questão, tomando como referência trabalhos de autores como Bertelli (2004), Assis (2005) e Scarpi (2005).

Os primeiros indicadores selecionados foram os que facilitam o entendimento da composição e movimentação da força de trabalho da organização.

1- Força de trabalho

Força de trabalho, capital humano e recursos humanos da organização, serão utilizados como sinônimos, objetivando designar o total de pessoas que alocam ou emprestam talento e energia para a consecução dos objetivos organizacionais. É o indicador utilizado quando o objetivo é conhecer o capital humano que está a serviço da organização. Seu detalhamento, ou subdivisões permitem cálculo e a inserção da média do ano, em cada caso ou em cada uma das categorias trabalhistas, bem como evidenciar as proporções do número de profissionais de cada categoria em relação ao total ao longo de um determinado período. Se trabalhado com diversos períodos, essa análise poderá focar a existência ou não de uma sazonalidade, definindo ações gerenciais. Os dados demonstram e evidenciam a proporção dos empregados no total da força de trabalho, como se comporta e ainda demonstram como essa força vem se apresentando. Trata-se de um indicador que demonstra claramente como é composto esse potencial humano da organização, um diferencial em relação à qualidade de prestação do serviço.

2 Composição da força de trabalho em relação à escolaridade, sexo, faixa etária e tempo de serviço.

Indicadores que unidos nos fornece todo perfil dos profissionais da organização segundo as variáveis de escolaridade, sexo e faixa etária. Com esses dados são trabalhadas médias, medianas e modas, que irão contribuir para o planejamento organizacional e setorial com informações que utilizadas em triangulação com outras, definem ações direcionadas ao RH.

3 Jornada de Trabalho

Para desenvolver suas atividades, o hospital depende de uma extensa divisão de trabalho, com jornadas diversificadas entre seus integrantes e que abrangem muitos departamentos e equipes para o seu funcionamento ininterrupto, isto é, os 365 dias do ano. As organizações de saúde mostram uma diversidade nas jornadas de trabalho, em virtude da necessidade de funcionamento 24 horas/dia e também em conseqüências das características legais e das especificidades das diversas profissões que têm jornada de trabalho reduzida. As informações que poderão surgir com a utilização desse indicador serão extremamente relevantes podendo auxiliar entre outros momentos, na distribuição de profissionais por turnos, definição de políticas salariais e outras.

4 Absenteísmo

Indicador que leva em consideração tanto as faltas como os atrasos. As organizações hospitalares são afetadas de maneira substancial no desenvolvimento de suas atividades em decorrência das abstenções. Quando o funcionário se ausenta, a organização hospitalar encorre em custos diretos de salários perdidos e na diminuição da produtividade. No caso da organização hospitalar, a empresa deve disponibilizar outro funcionário para suprir o ausente, acarretando dessa maneira, em outros custos indiretos, Pela natureza de seu trabalho na maioria de processos realizados não existe a possibilidade de ser reprogramado, nem ao menos deixar para um outro momento o que foi programado para aquele horário ou aquele profissional. Emerge portanto a necessidade de substituição do profissional faltoso. A dificuldade de se ter profissionais “extras” é uma realidade em todas os hospitais, o que gera custos adicionais com horas extras além de possibilitar o comprometimento da qualidade de serviços prestados. Uma quantidade lógica de faltas no trabalho é naturalmente inevitável. O absenteísmo crônico entretanto pode ser sinal de problemas mais profundos no ambiente de trabalho .Quanto aos custos de absenteísmo a contabilidade geral e os sistemas de informação muitas vezes não geram dados que refletem os custos de absentismo. Em conseqüência, sua utilidade no planejamento de RH muitas vezes é limitada. A relevância de sua utilização é possibilitar o mapeamento dos faltosos, do número de horas extras, o desmembramento das informações poderá ser feito por setores, por turnos, entre outros. Sua análise é pertinente inclusive para o diagnóstico de queda de qualidade.

$$\text{Absentismo Total} = \left(\frac{\text{n}^\circ \text{ de dias não trabalhados}}{\text{n}^\circ \text{ de empregados} \times \text{n}^\circ \text{ de dias úteis}} \right) \times 100$$

O índice de absentismo reflete a porcentagem de tempo não trabalhado, em decorrência das ausências em relação ao volume de atividades esperada ou planejada. Nestes termos o índice é calculado através da seguinte fórmula :

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de homens/dia perdidos por ausência ao trabalho} \times 100}{\text{Efetivo médio} \times \text{n}^\circ \text{ de dias trabalhado}}$$

Existe variações ou desdobramento de tal indicador, como Absenteísmo com faltas justificadas, Absentismo sem falta justificada.

5 Indicador de Admissões

Indicador que sinaliza quantidade de admissões realizadas na instituição, auxiliando na identificação do impacto percentual das entradas de novos funcionários sobre o quadro de empregados além de fornecer subsídios para importantes conclusões em relação ao desempenho do setor de RH, como por exemplo, tempo de preenchimento de vaga ou informações para o setor finanças. Observa-se sua pertinência na lista de indicadores escolhidos.

$$\text{Índice de Admissões} = \left(\frac{\text{n}^\circ \text{ de admissões no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de empregados no mês anterior}} \right) \times 100$$

O processo de cálculo é relativamente simples, sendo composto basicamente pelo número de admissões e pelo número de empregados do mês imediatamente anterior ao mês em estudo. Neste caso é comum a utilização do número de empregados do final do mês, ou como se costuma dizer, do fechamento da folha.

6 Índice de Desligamentos ou Demissões

Na mesma linha de pensamento do indicador anterior o índice busca auxiliar identificação do impacto percentual das saídas de empregados sobre o quadro do mesmo, assim como também segue a linha de informações auxiliares

$$\text{Índice de Demissões} = \left(\frac{\text{n}^\circ \text{ de demissões no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de empregados no mês anterior}} \right) \times 100$$

O processo de cálculo segue o padrão anterior.

7 Rotatividade ou Turnover.

Considerado um dos mais indicadores mais discutidos em RH, o *turnover* tenta captar a flutuação (entradas e saídas) no quadro de pessoal, tendo em vista o impacto potencialmente negativo de uma rotatividade não desejada ou não planejada. A rigor, não há um número que defina o Índice de Rotatividade ideal. Segundo estudiosos, o índice de rotatividade ideal seria aquele que permitisse à organização reter seu pessoal de boa qualidade, substituindo aquelas pessoas que apresentam distorções de desempenho difíceis de ser corrigidas por um programa exequível e econômico. Este índice é estudado por exemplo, para a elaboração do planejamento de RH .

$$\text{Índice de Rotatividade} = \left(\frac{\frac{\text{n}^\circ \text{ de admissões no mês} + \text{n}^\circ \text{ de demissões no mês}}{2}}{\text{n}^\circ \text{ de empregados no mês anterior}} \right) \times 100$$

Na gestão do *Turnover* como bem salienta POMI, (2003) é importante salientar que o alto turnover é sinônimo de perda de produtividade, de lucratividade e de saúde organizacional. Impacta na motivação das pessoas, no comprometimento que acaba gerando ainda mais absenteísmos, mais rotatividade, interferindo na credibilidade junto aos usuários.

Assis (2005) contextualiza de maneira brilhante o sentido do *turnover*, quando afirma que :

A perda de pessoas significa perda de conhecimento, de capital intelectual, de entendimento e de domínio dos processos, perda de conexões com os clientes, de mercado e de negócio. Sintetiza afirmando que *turnover* é sinônimo de perda de produtividade, de lucratividade e de saúde organizacional. Impacta na motivação das pessoas e no comprometimento com a organização.

Outros indicadores escolhidos são aqueles que dizem respeito ao investimento que a organização faz em pessoas, em sua força de trabalho, como os listados a seguir :

8 – **Salário médio por categoria trabalhista**

É utilizado para a compreensão do salário que em média é pago aos profissionais de uma determinada categoria trabalhista. Com suas informações outros índices são calculados como o índice de variação dos salários, proporcionalidade entre as categorias e proporcionalidade com o total. Esse indicador pode auxiliar na compreensão de outros dados financeiros como dispersão dos salários, o menor salário pago, o salário maior e menor (disparidade), a proporção da remuneração favorável sobre o total dos salários, entre outros indicadores similares.

$$\text{Salário Médio} = \frac{\text{Somatório dos salários}}{\text{Número de empregados}}$$

9 **Remuneração média por funcionários segundo as categorias trabalhistas.**

A remuneração média por categoria pode auxiliar na compreensão do investimento global, em termos de remuneração direta, salário, adicionais, encargos, e outros) e indireta (assistência médica, odontológica e outros). Na mesma linha de pensamento do indicador anterior, esse também pode ser trabalhado em função das categorias trabalhistas, Esse indicador pode auxiliar na compreensão de outros dados financeiros como dispersão das remunerações, a menor remuneração paga, a remuneração maior e menor (disparidade), a proporção da remuneração favorável sobre o total dos salários, entre outros indicadores similares.

10 **Custo médio de demissões/ desligamentos.**

Sendo prática constante nas organizações hospitalares, as demissões nem sempre são passíveis de planejamento prévio. Trazendo implicações relevantes para setor financeiro, merece uma análise específica.

11 **Custo com saúde por funcionário.**

Além dos benefícios exigidos por lei como vale transporte, muitas organizações hospitalares, trabalham com benefícios não obrigatórios e um dos mais solicitados pelos empregados é exatamente o benefício dirigido à saúde. Importante é a organização hospitalar ter conhecimento do custo desse benefício para que possa com essa informação traçar estratégias gerenciais evitando a retirada do benefício, além de ter dados reais para novas negociações.

Indicadores Operacionais de Processo ou de Desempenho também foram selecionados. Medem predominantemente o desempenho dos processos internos, embora possam também focar nível de eficácia operacional na percepção de todos os usuários.

12 **Recrutamento e Seleção**

Recrutamento é o conjunto de técnicas e procedimentos que visam a atrair candidatos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização. O recrutamento para que seja eficaz, deve atrair contingente de candidatos suficiente para abastecer adequadamente o seu processo de seleção.

13 **Treinamento e Desenvolvimento**

Treinamentos em serviços, voltada para a formação específica, transmissão de conteúdos orientados, para área comportamental, treinamentos de integração à empresa são alguns dos processos trabalhados na área de treinamento. Em todos os casos, existe o planejamento, a realização e o resultado de todas essas etapas. Tudo deve ser registrado e analisado no setor de RH, para que sejam realizadas avaliações e se necessário uma nova estruturação. Desenvolvimento funcional está diretamente relacionado com a realização e os resultados dessas ações. Informações importantes para essas ações são obtidas através dos indicadores a elas relacionadas.

14 **Tempo médio de preenchimento de vagas.**

Considerado um indicador essencial no processo de preenchimento de vagas ou de recrutamento e seleção de profissionais. Entre outras informações nas organizações hospitalares expressa quanto tempo possivelmente o trabalho ficou prejudicado se não ficou, quanto tempo a organização teve custo adicional e outros.

5. ANÁLISE DE RESULTADOS

A análise dos resultados trata de questões descritivas e quantitativas, reproduzidas e comentadas a seguir :

5.1. A Gestão do Setor de RH e suas práticas gerenciais.

Em relação ao setor de RH, pode-se concluir que o hospital visitado se utiliza de práticas gerenciais tradicionais na administração de seus recursos humanos e praticamente se limitam ao controle dos aspectos legais e burocráticos dessas atividades. Não possuindo setor de RH definido, tem em seu quadro de pessoal um funcionário que por exercer função de direção administrativa, atua também como gestor do RH. O que foi bem evidenciado é que mesmo não existindo, o setor de RH atua na informalidade, quando observa-se alguns indicadores com resultados bem expressivos. Não existe nenhum planejamento de gestão de RH, as decisões são tomadas em função da demanda, da urgência ou das disponibilidades de recursos. É um hospital filantrópico que tem suas limitações operacionais e financeiras e traz toda uma história como organização de saúde.

O setor é formado por 3 funcionários, todos com nível médio de escolaridade. De acordo com o observado, um dos funcionários é o mais antigos da instituição e apresenta

muita resistência com mudanças no setor de RH, sendo o mesmo responsável pela parte burocrática e parte da contábil: da admissão, demissão, folha de pagamento, férias, registros e atualizações documentais. Conta com a ajuda de um escritório contábil que realiza toda contabilidade do hospital como serviço terceirizado. As rotinas de pessoal tradicionais, como costumam chamar, é realizada no próprio hospital. Os outros dois funcionários, embora sem uma estrutura hierárquica formalmente definida, são tidos como subordinados do “chefe” (o funcionário mais antigo). Na estrutura organizacional da instituição o órgão de recursos humanos situa-se em nível intermediário, sem poder de decisão, sendo necessário reporta-se a um órgão decisório, no caso do hospital estudado, a Diretoria Administrativa.

As decisões tomadas na cúpula nem sempre consideram os aspectos relacionados aos recursos humanos por falta de um profissional à altura. Os assuntos de pessoal são resolvidos por um membro da diretoria que muitas vezes desconhece a complexidade do problema. O profissional no caso, tem formação superior na área de gestão hospitalar e procura dentro de suas limitações, inclusive por acúmulo de tarefas, gerir o RH fundamentado em referenciais teóricos e muito bom senso. Obviamente não é o suficiente, principalmente por tanta complexidade que envolve o setor, mas é como o hospital vem se apresentando e mantendo sua participação no mercado competitivo da prestação de serviço de saúde. Mesmo com todas as limitações organizacionais, não faltou disponibilidade dos profissionais e principalmente boa vontade de todos em fornecer material para essa pesquisa.

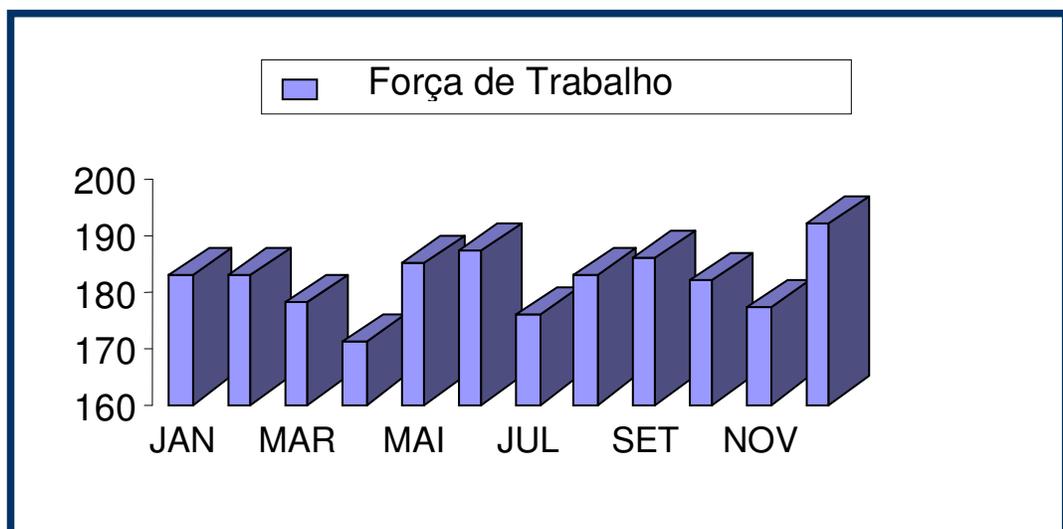
Como práticas gerenciais específicas do setor, foram definidas somente as que fazem parte do contexto operacional como setor pessoal, com práticas consideradas tradicionais do setor. Apresenta-se como um setor deficitário em termos gerenciais, como instituição tradicional de assistência à saúde, há muito tempo no mercado. Apesar de ser uma instituição antiga e conservadora, sua gestão já apresenta sinais de novos modelos gerenciais, uma gestão voltada para uma reestruturação adequada ao novo formato do setor de RH mais complexo, diferente daquele que limitava-o ao serviço burocrático. A estrutura organizacional do setor não está formalmente definida, caracterizando ainda mais, como um setor deficitário em termos gerenciais. Nota-se que está em fase de implantação, sendo possível vislumbrar uma tendência à incorporação, nessa nova fase e na nova estrutura do setor, um serviço que terá uma gestão focada para o setor de RH em sua plenitude de ações.

5.2. Mapeamento da arquitetura do capital humano da organização hospitalar .

Conforme dados de dezembro de 2005, a instituição apresenta um total de 192 profissionais, com uma média de 181 profissionais/mês, não revelando variações relevantes.

A Força de Trabalho da organização hospitalar é demonstrada graficamente na Figura 4.

Figura 4 - Distribuição mensal do nº de funcionários que compõem a força de trabalho da organização hospitalar. Fortaleza, Janeiro / Dezembro 2005.



A força de trabalho ou capital humano é formada por todos os profissionais que prestam algum tipo de serviço ao hospital. Seus profissionais são ordenados em 5 categorias quanto à relação trabalhista : os empregados com vínculo empregatício regidos pela Consolidação das Leis Trabalhista - CLT, os autônomos, os cooperados os estagiários e os voluntários. Observa-se uma dominância dos empregados em regime de CLT, visto que perfazem um total de 111 equivalente a 58% do total. Nota-se também que é inexpressiva a presença de terceirizados, aqui representados pelos cooperados, especificamente, médicos anestesistas.

A Contabilidade representa serviço terceirizado e é toda feita externamente na sede do escritório contábil contratado. Foi feita a opção de não incluí-lo nas estatísticas da força de trabalho, por não se ter dados dos profissionais envolvidos no processo. A instituição permanece utilizando na sua maior parte a mão de obra própria, pode-se dizer

que indo no caminho inverso da grande maioria das organizações hospitalares, onde a média de terceirizados vem aumentando consideravelmente. Correspondendo a 22% dessa força, os “autônomos” formados exclusivamente por médicos das diversas especialidades, que trabalham em escalas de plantões de 12 horas, embora essa não seja a única categoria que os contempla médicos. Vale ressaltar que encontramos alguns profissionais médicos que são regidos pela CLT e na categoria dos cooperados.

Com essas três categorias, alcança-se o percentual de 83 % que é bem significativo, demonstrando assim a que pouca representatividade das outras duas categorias, formadas pelos estagiários e voluntários. Porém é pertinente destacarmos que sua contribuição no processo assistencial é louvável. Algo a se considerar desse indicador como ferramenta de gestão, é a quantidade de informações que podem surgir a partir de uma leitura voltada para estratégias, exemplificando, qual das categorias traria uma maior relação custo x benefício, ou ainda quando da necessidade de definir uma nova estrutura funcional, seriam utilizados dados demonstrativos de toda sua força de trabalho.

Tabela 1 - Distribuição Mensal do nº de profissionais segundo relações trabalhistas , da organização hospitalar, Fortaleza, Janeiro /Dezembro 2005

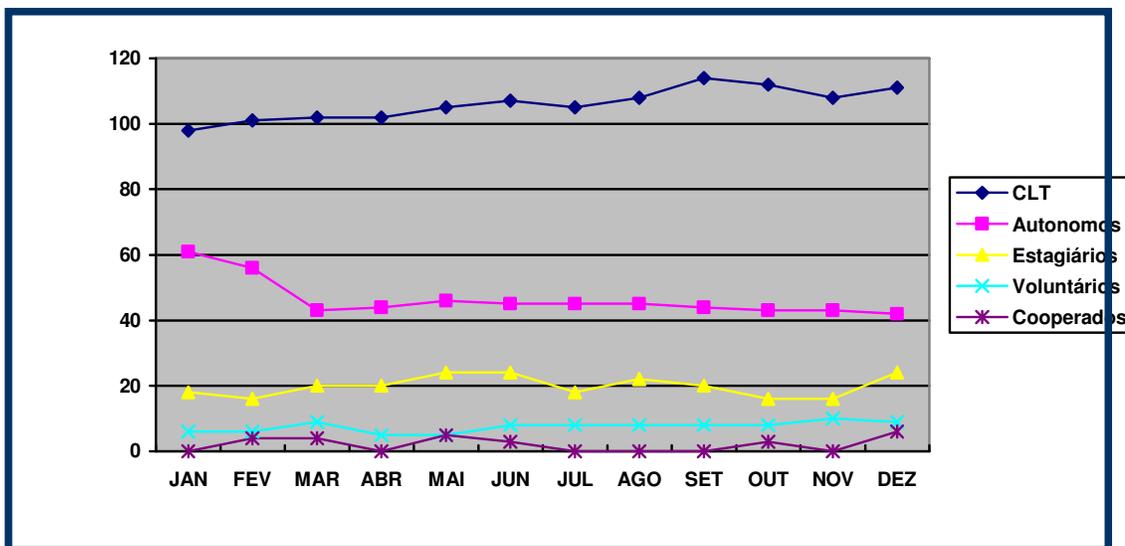
Relações MÊS	CLT	Autônomos	Estagiários	Voluntários	Cooperados	Força de trabalho
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	
JAN	98	61	18	6	-	183
FEV	101	56	16	6	4	183
MAR	102	43	20	9	4	178
ABR	102	44	20	5	-	171
MAI	105	46	24	5	5	185
JUN	107	45	24	8	3	187
JUL	105	45	18	8	-	176
AGO	108	45	22	8	-	183
SET	114	44	20	8	-	186
OUT	112	43	16	8	3	182
NOV	108	43	16	10	-	177
DEZ	111	42	24	9	6	192

O indicador que traduz o número de funcionários / mês ,fornece um panorama geral de como se comportou a força de trabalho durante o ano de 2005. O número de funcionários por categorias trabalhistas pode ser particularmente útil, na definição do KPI (*Key Perfonce Indicators* ou Indicadores Chave de Performance) de despesas/gastos ou de custos. A quantidade de empregados é importante por si só, bem como quando utilizada para compor outros indicadores.

Com esse indicador é possível, a partir da análise inicial, é possível se fazer outras análises estatísticas como médias e regressões e correlações. Seriam informações para um outro momento de estudo.

A Figura 5 demonstra graficamente a variação de funcionários, por mês, r considerando as relações trabalhista.

Figura 5 Distribuição mensal do nº de profissionais segundo as relações trabalhistas na organização hospitalar. Fortaleza, Janeiro / Dezembro 2005



Os profissionais que prestam serviços ao hospital em estudo, são pessoas cujas idades variam entre 20 e 70 anos, conforme Tabela 2

A idade média é de 39 anos; outra informação interessante é que mais da metade dos profissionais 54 % , estão entre 20 e 39 anos, enquanto que 46% estão entre 40 e 70 anos.

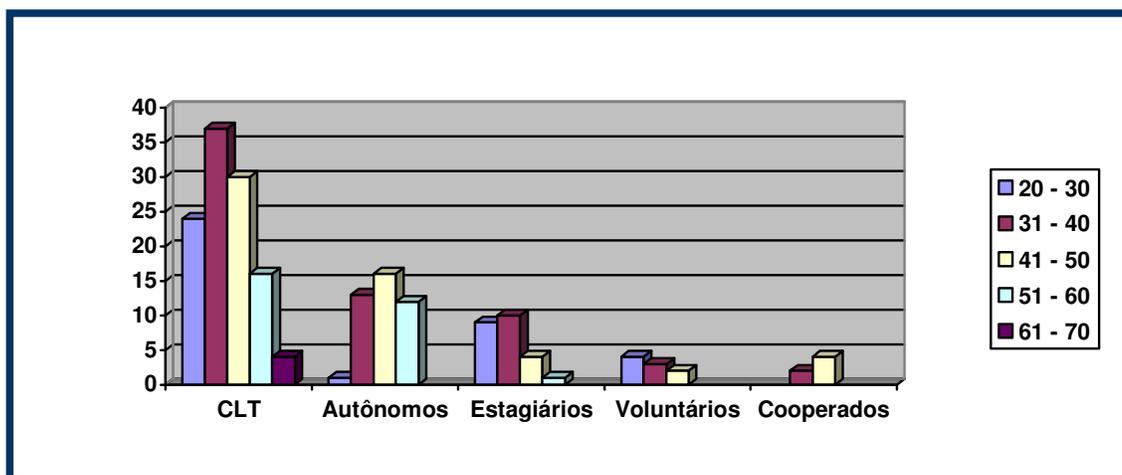
Tabela 2 . Distribuição do nº de profissionais segundo relações Trabalhista e faixa etária na organização hospitalar. Fortaleza, Jan / Dez 2005

IDADE	CLT	Autônomos	Estagiários	Voluntários	Cooperados	Total
20 - 30	24	1	9	4	-	38
31 - 40	37	13	10	3	2	65
40 - 50	30	16	4	2	4	56
50 - 60	16	12	1	-	-	29
60 - 70	4	-	-	-	-	4
Total	111	42	24	9	6	192

A idade média é de 39 anos; sendo que mais da metade dos profissionais (54 %), está entre 20 e 39 anos, enquanto que 46% estão entre 40 e 70 anos. Programas de qualidade direcionados para os profissionais podem ser definidos a partir da informação que agrupem dados referentes a faixa etária, a escolaridade e também o sexo das pessoas. Hoje em dia, quando se trabalha muito a responsabilidade social da organização hospitalar identificar seu capital humano em termos de faixa etária, auxilia sobre maneira, decisões a respeito.

O gerente de RH deverá estar interessado nessa tendência. No caso em estudo, não há gerente de Rh, porém o administrador já tem essa visão.

Figura 6 - Distribuição dos profissionais segundo faixa etária da organização de saúde. Fortaleza, Dezembro 2005



Encontrando valores que expressam ser de 30% a presença de homens e 70 % de mulheres, o que torna notória a predominância do sexo feminino , confirmada em praticamente todas as categorias. Somente entre os autônomos é que se observa uma pequena margem de vantagem para o sexo masculino.

Esta Informação deverá ser analisada com muito critério, principalmente ao constatarmos que sendo as mulheres as mais presentes na instituição, e que se tem no quadro mais da metade dos profissionais na faixa abaixo de 40 anos , apresenta-se então um contingente de mulheres em idade fértil, o que para a organização é algo preocupante em relação a custos e substituição de mão de obra no tocante ao auxílio maternidade e outros componente familiares que deverão ser considerados

Hoje, as organizações hospitalares também estão voltadas para o papel da mulher no mercado de trabalho e no seu papel de mãe de família. Existem programas

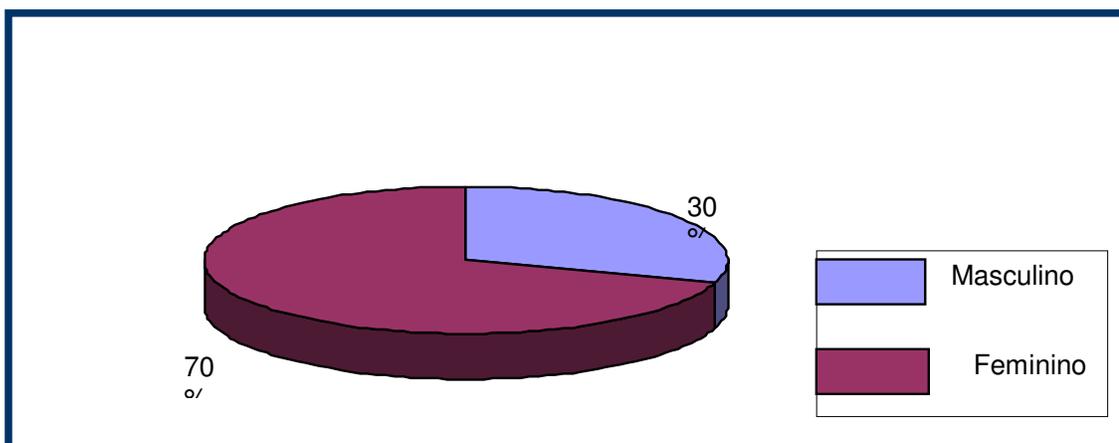
direcionados a proporcionar qualidade devida às funcionárias.

A gestão de RH tem diante dessa constatação, a gestão do setor de RH poderá ter estratégias de gerenciamento voltadas para custo x benefício da relação de trabalho que ao ser tratada com preocupação em desenvolver motivação e segurança da mulher enquanto mãe, estará trabalhando fatores como o absenteísmo, que fatalmente terá sua média alterada a menor.

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais segundo relações trabalhista, sexo e escolaridade da organização hospitalar. Fortaleza, Dez 2005

Relações Trabalhistas					
	CLT	Autônomo	Estagiário	Voluntário	Cooperado
Variáveis					
1 - Sexo					
Masculino	23	24	8	2	2
Feminino	88	18	16	7	4
2 - ESCOLARIDADE					
Ensino					
Fundamental	20	-	8	3	-
Ensino Médio	56	-	14	3	-
Tecnico	15	-	2	2	-
Superior	18	42	-	1	6

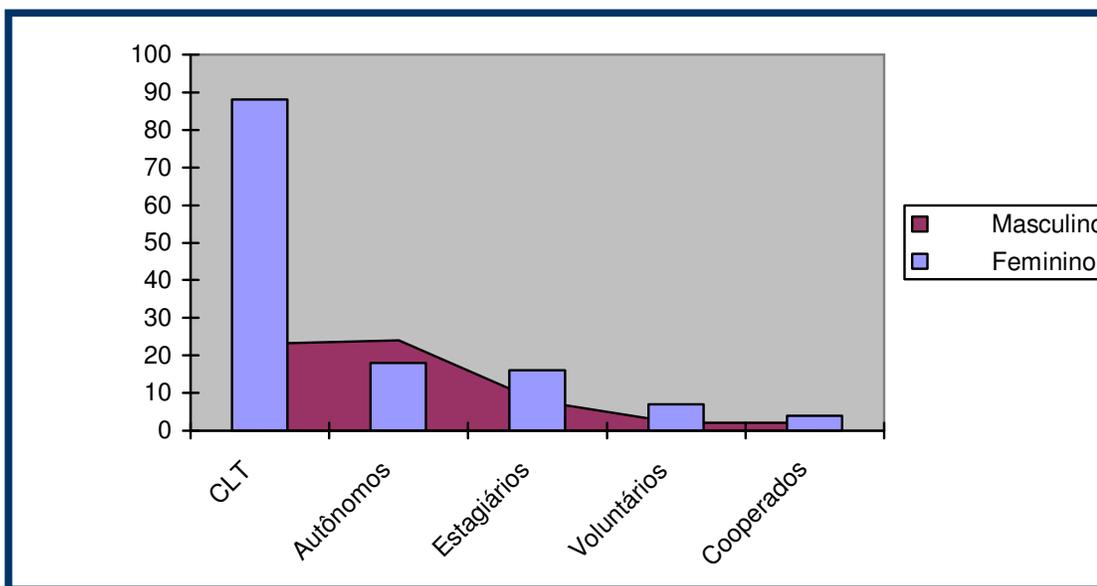
Figura 7 – Distribuição dos profissionais, segundo sexo da organização hospitalar. Fortaleza, Dezembro 2005



Quanto à escolaridade, existe uma predominância do profissional com ensino médio completo, enquanto que a minoria ficou com os que possuem somente o ensino

fundamental. Nota-se a inexistência de analfabetos ou semi-alfabetizados. O nível de escolaridade dos trabalhadores está em ascensão, fato comprovado na própria instituição em questão. Informação relevante para o planejamento e a elaboração de programas de educação continuada, ou mesmo de treinamentos. Programas de qualidade direcionados para os profissionais podem ser definidos a partir da informação que agrupem dados referentes a faixa etária, a escolaridade e também o sexo das pessoas. O gerente de RH deverá estar interessado nessa tendência. No caso em estudo, não há gerente de Rh, porém o administrador já tem essa visão.

Figura 8 – Relação do nº de profissionais segundo relações trabalhistas e sexo na organização hospitalar. Fortaleza, Dezembro 2005.



A predominância do sexo feminino é fato explicável por se tratar de uma organização hospitalar, onde tradicionalmente existe essa característica, além de hoje em dia estarmos diante de um avanço da participação das mulheres no mercado de trabalho, segundo dados estatísticos oficiais, demonstrando que todos os questionamentos que virão como consequência são comuns às organizações.

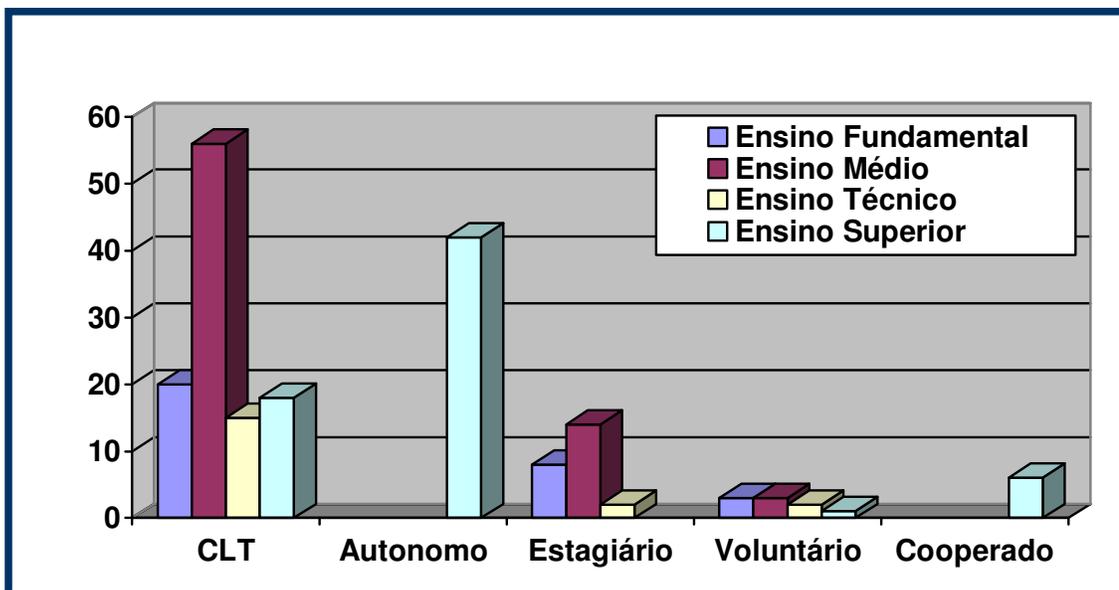
É de domínio público, que hoje em dia muitas mulheres assumiram a postura de serem responsáveis pelo sustento das famílias, sendo muitas vezes as únicas a terem renda nos lares. Participante dessa realidade, a instituição hospitalar terá como uma de suas metas motivacionais, implantar programas a elas direcionados.

Considerando que o hospital é uma instituição caracterizada como “burocrática”,

onde a necessidade de registros de ações ou procedimento é imprescindível, tranquiliza a informação de que todos os profissionais são alfabetizados.

Observando a Figura 9 constatamos que a predominância é do grupo de profissionais do Ensino Médio.

Figura 9 Escolaridade dos profissionais segundo as categorias trabalhistas da organização Hospitalar. Fortaleza, Dezembro 2005



A jornada de trabalho também mereceu de nossa parte uma atenção, visto que o hospital tem seu funcionamento de forma ininterrupta, o que significa, 365 dias do ano. A organização pesquisada mostra uma diversidade nas suas jornadas de trabalho diárias, em virtude da necessidade de funcionar 24horas/dia e também em consequência das características legais e das especificidades das diversas profissões que têm sua jornada de trabalho reduzida, como por exemplo, os técnicos de RX.

Observando a Tabela abaixo o horário mais adotado é o plantão de 12 horas diurnos e noturnos, quando profissionais CLT. Ele entra no sistema de escala seguindo plantões de 12/36horas e/ou 12/48 horas significando que o profissional trabalha 12 horas e descansa 36 e/ou 48 horas consecutivas. Substituições, horas extras, corte de pessoal ou abertura de novas vagas vão estar diretamente relacionado com a jornada de trabalho. A determinação da quantidade do número de funcionários necessários para que seja realizado o trabalho, parte de informações obtidas através desse indicador, estabelecendo-se aí relações diretas dessas informações com questões organizacionais,

gerenciais.

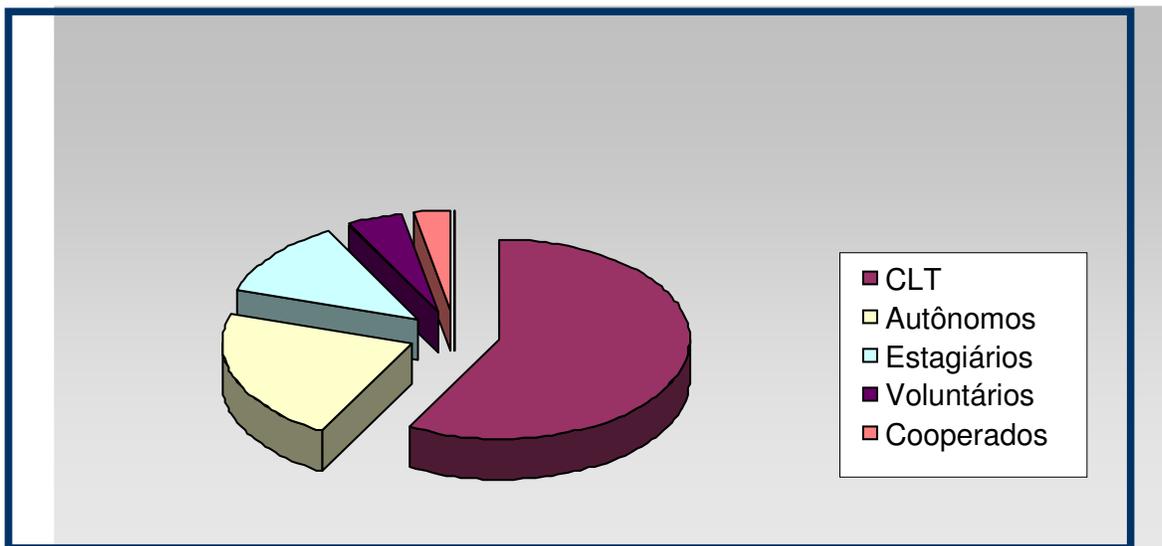
Essa informação auxilia entre outras ações, no planejamento de programas de capacitação, para que não haja choque de horários ou ainda que não fiquem setores sem pessoas qualificadas,

Tabela 4. Jornada de Trabalho dos profissionais da instituição hospitalar segundo as relações trabalhista. Fortaleza, Dez 2005

CATEGORIAS	Carga Horária (hora)								TOTAL
	4		6		8		12		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CLT	6	5,4	9	8,1	46	41,4	50	45	111
Autônomos	-	-	20	47,6	-	-	22	53,3	42
Estagiários	6	25	5	20,8	8	33,3	5	20,8	24
Voluntários	3	33,3	5	55,5	1	11,1	-	-	9
Cooperados	-	-	2	33,3	-	-	4	66,6	6

Obs. As % foram calculadas em relação às categorias (relações trabalhistas)

Figura10. Carga Horária (hora/dia) dos profissionais da organização segundo as relações trabalhistas da organização hospitalar. Fortaleza, Dezembro , 2005



O absenteísmo um dos indicadores selecionados, fornece informações importantes em relação à faltas e todas as conseqüências geradas a partir de uma ausência justificada ou não. É a ausência temporária do trabalho por motivo de doença. Além de afetar o lucro e a produção das empresas, o absenteísmo também, gera horas

extras, clientes descontentes e aumento da atividade dos outros funcionários. Em algumas organizações, considera-se inclusive atrasos.

No hospital pesquisado, não foi encontrado nenhum registro que demonstrasse estudos sobre o absenteísmo total ou índice de absenteísmo. O que existia era o registro das faltas para efeito de descontos na folha de pagamento sem nenhum detalhamento referente aos empregados CLT, o valor descontado em folha e o valor pago pela instituição por horas extras. Os profissionais autônomos, os médicos, eles são responsáveis por seus plantões e seus substitutos.

Como pode ser observado na Tabela abaixo, para a instituição hospitalar além dos problemas operacionais, o que poderá vir a comprometer a qualidade do serviço prestado, houve um custo adicional. Para esse estudo levou-se em conta o total de faltas, mas não foi calculado o índice faltas/funcionário. Seria interessante que fosse analisado o número de faltas por funcionário, quanto à sua justificativa ou não, para ser possível traçar um panorama bem mais objetivo em relação algumas variáveis que poderão ser avaliadas a partir dessa informação como: comprometimento do quadro de funcionários, insatisfação com a organização hospitalar, problemas sazonais de chefia, focos pontuais de ausências entre outras. Recentes estudos demonstram que as ausências não justificadas representam cerca de 50% de todas as ocorridas no segmento da saúde. Por outro lado o índice de absenteísmo por doenças biológicas vem decrescendo nos últimos anos enquanto que o índice de absenteísmo por doenças psíquicas vem aumentando. Este fato se deve às mudanças que vem ocorrendo nas organizações de saúde, em função da terceirização, aumento do estresse e medo do desemprego além da situação normal de constante carga psicológica vivenciada dia a dia nos hospitais.

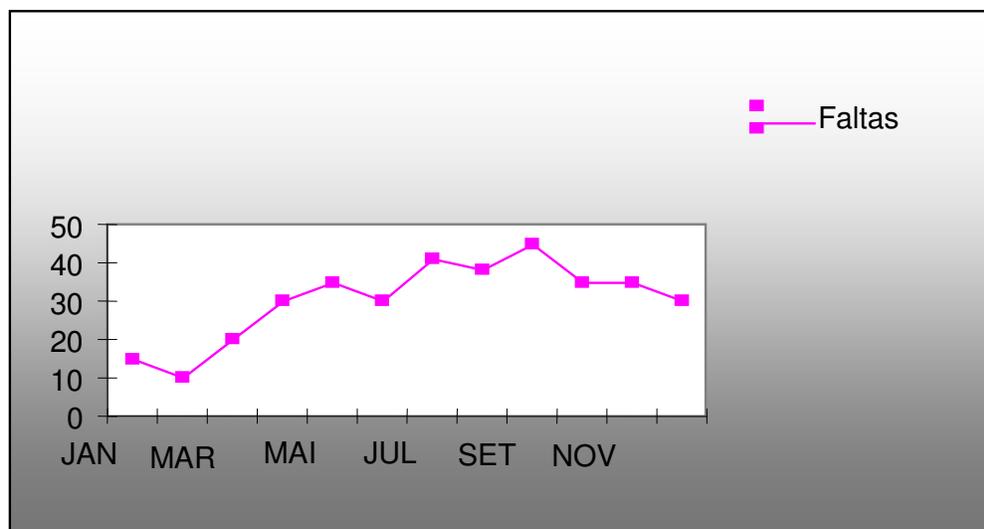
Todo gestor sabe que a saúde, a motivação e a capacitação de seus empregos são fatores do sucesso econômico das empresas. Entretanto, doenças causam a incapacidade temporária do emprego e a saúde do trabalhador está diretamente relacionada com produtividade, qualidade de vida e qualidade em relação às metas organizacionais.

Melhoria do clima interno da empresa, mudança de função, atividades físicas, férias, desenvolvimento de um hobby e trabalho voluntário são algumas sugestões para se viver menos doentes e mais felizes, levando a melhoria a todos os níveis de satisfação.

O absenteísmo é a principal razão da baixa produtividade em inúmeras organizações e no segmento médico-hospitalar não é diferente. Pode-se dividir o absenteísmo em dois grupos: ausências legítimas e ausências não-justificadas. Recentes

estudos demonstram que as ausências não justificadas representam cerca de 50% de todas as ocorridas no segmento. A essa moléstia, conforme detectamos, alguns autores resolveram denominá-la de “absenteíste”. Deve ser combatida prontamente, sob pena de se colocar em risco as metas de trabalho.

Figura 11 Variação mensal do nº de faltas dos profissionais em regime de CLT da organização hospitalar. Fortaleza, Janeiro / Dezembro 2005



O absentismo pode ser calculado de diversas maneiras, todas elas tentando captar o nível de ausência do empregado. Em todos os casos, devemos tirar dos cálculos os funcionários que não submetidos ao controle de frequência e pontualidade.

Devemos retirar para fins de cálculos do absentismo, os funcionários que não são submetidos ao controle de frequência e pontualidade, tendo em vista poderem distorcer os percentuais finais. No caso estudado, os ocupantes de cargos de chefias são isentos, portanto não estão incluídos no total de funcionários.

A preocupação com o capital humano está ganhando espaço nas discussões acadêmicas e organizacionais, privilegiando-se a saúde mental e física o bem-estar, o estilo de vida e o comprometimento dos colaboradores para com a organização. Índices como o do absentismo poderá traduzir dados extremamente relevantes para essa questão. Avaliar seus resultados levará o gestor de RH a direcionar algumas de suas ações para o desenvolvimento de estratégias com a finalidade de desenvolver essa cultura de qualidade de vida do trabalhador.

Tabela 5 Variação mensal do nº de faltas dos profissionais CLT, valor descontado em Folha

**e valor pago por horas extras na organização hospitalar. Fortaleza,
Jan / Dez 2005**

Mês	Folha / Valor		
	Faltas	Descontado (R\$)	- Valor Pago(R\$)
JAN	15	198,00	237,20
FEV	10	135,00	162,00
MAR	20	269,31	335,00
ABR	30	1.379,41	1.413,82
MAI	35	1.577,13	1.467,13
JUN	30	1.495,05	1.794,00
JUL	41	1.861,06	2.047,16
AGO	38	1.769,50	1.946,45
SET	45	1.881,14	2.351,42
OUT	35	1.487,38	1.769,98
NOV	35	1.437,40	1.724,88
DEZ	30	1.222,20	1.466,64
Total	364	14.712,58	16.715,68

Obs. As faltas foram computadas indistintamente, por falta de dados complementares

No caso específico do hospital que foi pesquisado, não existem dados mais complexos em relação a esse indicador. Faltam informações, ficando assim uma sugestão para que os gestores comecem a colher dados mais substanciais para que os leve ao cálculo e análise do absenteísmo em toda sua abrangência.

Em contrapartida existe uma preocupação quanto aos índices de admissões , demissões e rotatividade.

Tomando como base a Tabela 6 foram calculados os Índices de admissão (I.A) índice de demissões (ID) e o índice de rotatividade (IR) . Os valores encontrados foram baixos, apresentando poucas admissões, poucas demissões. Como consequência lógica apresenta um índice de rotatividade ou *turnover* baixo. Com esse valor indicador demonstra a baixa estabilidade dos profissionais. É interessante comentar que a alta taxa desse indicador pode refletir perda de produtividade, de lucratividade e qualidade do serviço prestado. Implica também em uma análise quando esta taxa se mostra baixa. Demonstrando certa estabilidade dos profissionais, se faz necessário atenção e planejamento em ações direcionadas para treinamentos, motivação e educação, preocupação em não se cair na estagnação organizacional. O fato de se ter um baixo índice de rotatividade nem sempre está diretamente relacionado com qualidade, ou satisfação.

São necessárias outras análises mais subjetivas direcionadas à realidade da instituição. Fatores externos como por exemplo a falta de opção do mercado, ou interno como

escassez de mão de obra, podem levar a essa situação organizacional. Utilizando indicadores específicos, o gestor diante de sua realidade toda mensurada, poderá ter suas decisões embasadas em fatos mais direcionados e mais pontuais. Uma observação extremamente relevante: Faz-se necessário que os dados a serem trabalhados nos indicadores, sejam atualizados, confiáveis e que sem nenhuma dúvida expressem a realidade. O problema de “fabricar dados ou seja, de criarem dados que não condizem com a realidade é condenável, mesmo porque nortear decisões sem sustentabilidade. Se não forem feitas auditorias ou outro tipo de checagem da veracidade das informações é preciso conhecer os riscos de se trabalhar estrategicamente embasados em informações irreais.

Tabela 6. Total mensal dos empregados no regime da CLT com Admissões e Demissões da organização hospitalar, Fortaleza, Jan / Dez 2005

MÊS	Mês anterior *	Admissões	Demissões	Total Final Mês
JAN	95	3	-	98
FEV	98	6	3	101
MAR	101	1	-	102
ABR	102	2	2	102
MAI	102	4	1	105
JUN	105	2	-	107
JUL	107	1	3	105
AGO	105	4	1	108
SET	108	6	1	114
OUT	114	1	3	112
NOV	112	-	4	108
DEZ	108	4	1	111

Mês anterior* corresponde ao total de funcionários do regime CLT que estavam registrados no último dia do mês anterior, total final do mês corresponde ao total de funcionários que terminaram o mês em questão, com as admissões e demissões computadas.

Utilizando os dados da tabela acima calcula-se os Índices de Admissão, o Índice de Demissão e o Índice de Rotatividade. Foram seguidas as fórmulas descritas anteriormente.

Tabela 7. Índices Mensais de Admissões, de Demissões e de Rotatividade da organização hospitalar. Fortaleza, Jan / Dez. 2005

MÊS	Admissões	Demissões	Rotatividade
------------	------------------	------------------	---------------------

	Nº	I.A.	Nº	I.D	I.R.
JAN	3	3,2	-	-	1
FEV	6	6,1	3	3,06	4,6
MAR	1	0,9	-	-	4,9
ABR	2	1,96	2	0,19	1
MAI	4	3,92	1	0,98	2,4
JUN	2	1,90	-	-	1,8
JUL	1	0,93	3	2,80	1,8
AGO	4	3,80	1	0,95	2,3
SET	6	5,55	1	0,92	3,2
OUT	1	0,87	3	2,63	1,7
NOV	-	-	4	3,50	1,7
DEZ	4	3,70	1	0,92	2,3

OBS.I.A. índice de admissões ID Índice de demissões IR índice de rotatividade
Ex: I.A. fev = $\frac{6}{98} \times 100$ I.D = $\frac{3}{98} \times 100$ I.R = $(\frac{6+3}{98}) \times 100$

Outro item analisado foi quanto ao tempo de serviço prestado ao hospital. Na mesma instituição onde mais da metade dos profissionais ainda não completaram 5 anos de serviços prestados à instituição (52%), verificamos que 48 % estão com mais de 5 anos e não passaram dos 30 anos. (48%). O mais interessante é que existe um funcionário com mais de 30 anos de serviços prestados, o que pode ser considerado uma vida inteira dedicada àquela instituição. Analisando esses dados, podemos concluir que embora não se tenha um setor de RH estruturado, alguns dados tendem a considerar a possibilidade de se trabalhar políticas que articuladas com outros projetos estejam desenvolvendo nos funcionários um comprometimento para com a instituição. A estabilidade necessariamente nos remete a outros índices, indicadores como motivação, por exemplo, ou ainda mais ligado a operacionalidade, vícios operacionais ou resistência a mudanças. Fica demonstrado com essas possíveis análises, que os indicadores embora positivos, nos direcionem para problemas ou para dificuldade em outros setores.

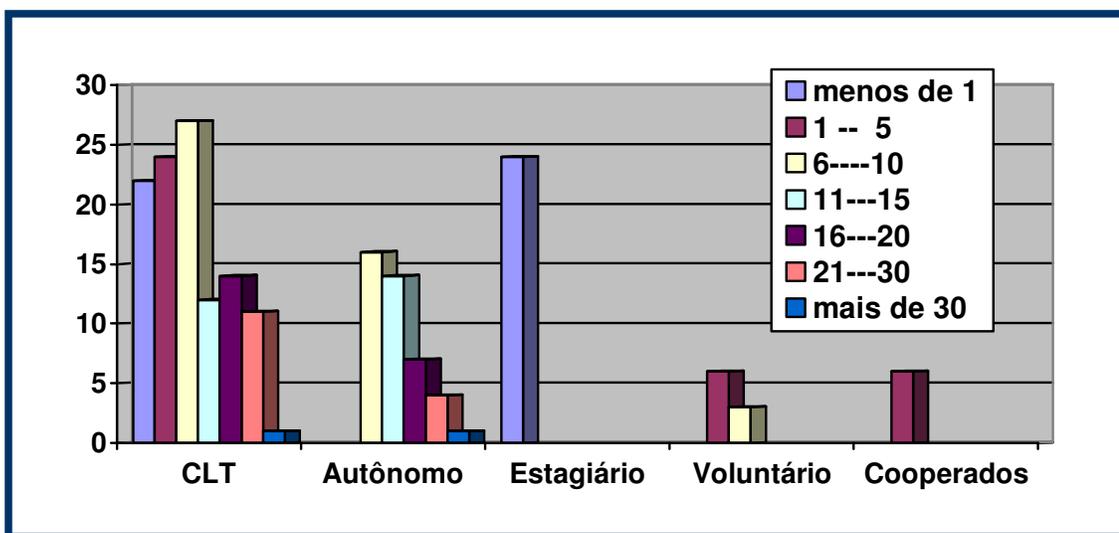
Tabela 8 Distribuição dos profissionais de acordo com as relações trabalhistas segundo tempo de serviço prestados na instituição hospitalar. Fortaleza, DEZ 1005

Tempo de Serviço - Anos	CLT	Autônomo	Cooperados	Estagiários	Voluntários
menos de 1	22	-	-	24	-
1 - 5	24	16	6	-	6
6 - 10	27	14	-	-	3

11 - 15	12	7	-	-	-
16 - 20	14	4	-	-	-
21 - 30	11	1	-	-	-
mais de 30	1	-	-	-	-
Total	111	42	6	24	9

Quando analisamos tempo de serviço, estamos obtendo informações sobre a estabilidade dos profissionais na instituição. Necessariamente, teremos que utilizar outras informações para traçarmos estratégias motivacionais e quebrar vícios operacionais ou resistência à mudanças. Estas merecem atenção especial como forma de evitar que a inércia ou a morosidade se instalem.

Figura 12 . Distribuição do nº de profissionais segundo o tempo de serviços prestados na organização de saúde. Fortaleza, Dezembro , 2005



Ainda há muitas opiniões sobre qual seria o tempo de permanência ideal para que um funcionário realmente contribuíssem para o processo assistencial. Não se chegou a nenhum denominador comum, o que é certo é que disso depende em grande parte do comprometimento do funcionário junto à instituição, além de outros fatores pertinentes.

Os profissionais estão alocados nos seguintes setores: Recepção, Enfermagem, Escritório, Manutenção ou Serviços Gerais, Contas Médicas, Laboratório, Clínicas Médicas, Transporte, Almojarifado, Odontologia, Nutrição Farmácia, Serviço Social, Lavanderia, Administração.

No setor de RH não foi encontrado nenhum tipo de registro ou informação sobre Plano de Cargos e Salários. O setor como estava organizado não demonstrava nenhum critério de diferenciação entre classes e níveis para a formação de uma planilha contemplando o assunto. Os funcionários no regime da CLT estão assim distribuídos : 1 advogado, 2 assistentes sociais, 34 auxiliares de enfermagem, 4 auxiliares de laboratório, 1 auxiliar de radiologia, 27 auxiliares de serviços gerais, 1 bioquímica, 1 diretor administrativo, 3 enfermeiros, 8 escriturários, 1 motorista, 1 nutricionista, 2 dentista, 11 médicos, 1 técnico de trabalho, 11 recepcionista, 1 técnico de RX, 1 auxiliar de RH .

Alguns dados foram coletados no que diz respeito a salários, remuneração, benefício, férias e outros dados financeiros.

Tabela 9. **Distribuição mensal da remuneração das relações trabalhistas da organização hospitalar. JAN/ DEZ 2005**

MÊS	Empregados CLT	Autônomos	Cooperados	Estagiários	Total
JAN	63.936,11	107.945,28	-----	3.600,00	175.481,39
FEV	72.237,41	94.496,14	11.424,00	3.200,00	181.357,55
MAR	72.660,75	76.871,53	11.512,83	4.000,00	165.045,11
ABR	71.412,10	74.121,32	-----	4.000,00	149.533,42
MAI	77.335,34	75.982,46	11.817,03	4.800,00	169.934,83
JUN	78.476,76	69.313,53	10.459,83	3.600,00	161.850,12
JUL	79.037,78	74.199,28	-----	4.400,00	157.637,06
AGO	77.346,60	73.736,28	-----	4.000,00	155.082,88
SET	81.325,99	68.532,08	-----	3.200,00	153.058,07
OUT	80.938,92	74.721,54	10.196,56	3.200,00	169.057,02
NOV	85.614,84	72.007,18	-----	2.800,00	160.422,02
DEZ	78.300,64	72.650,84	13.314,00	3.000,00	167.265,48
TOTAL	918.623,24	934.577,46	68.724,25	43.800,00	1.965.724,95

O salário médio mensal no ano 2005 :

- Empregados CLT = R\$ 76.551,93
- Autônomos = R\$ 77.881,45
- Cooperados = R\$ 5.727,02
- Estagiários = R\$ 3.650,00
- Todos os profissionais = R\$ 163.810,41

Os indicadores financeiros representam um suporte das decisões não só financeiras mas também gerenciais e operacionais. A tomada de decisão relativas a novas

contratações, demissões programadas ou planejadas, corte de pessoal de determinada categoria, contratações emergenciais deverá ser amparada com informações , mensurações específicas e detalhadas. Questões como : Qual será a redução custos da organização hospitalar se for reduzido 15% do pessoal, e qual será o setor mais direcionado o corte ? Será que é possível contratar novos funcionários, constatada a necessidade na parte operacional do hospital ? A organização terá respaldo financeiro para garantir o pagamento das novas contratações ? Enfim, são informações básicas para qualquer decisão ou estratégia de pessoal. Exemplificando :

Tabela 10. Total mensal das remunerações dos profissionais com vínculo empregatício regime CLT da instituição hospitalar, . Fortaleza, DEZ 2005

MÊS	Remuneração R\$			Total
	Não Médicos	Médicos	Férias	
JAN	43.843,80	12.140,00	7.952,31	63.936,11
FEV	55.685,41	9.100,00	7.452,00	72.237,41
MAR	52.046,22	12.140,00	8.474,53	72.660,75
ABR	50.469,08	12.478,00	8.465,02	71.412,10
MAI	56.701,00	12.390,96	8.243,38	77.335,34
JUN	59.011,60	12.390,96	7.074,20	78.476,76
JUL	56.624,20	13.394,64	9.018,94	79.037,78
AGO	61.966,60	12.140,00	3.240,00	77.346,60
SET	64.751,95	13.394,64	3.179,40	81.325,99
OUT	63.963,50	13.394,64	3.580,78	80.938,92
NOV	65.785,00	13.394,64	6.435,20	85.614,84
DEZ	64.906,00	13.394,64	-	78.300,64
TOTAL	695.754,36	149.753,12	73.115,76	918.623,24

A tabela acima demonstra as variações de dados que se pode fornecer partindo da folha de pagamento que certamente servirão de base para planejamento do setor. Planejamento de férias exige disponibilidade de pessoal para a substituição e disponibilidade financeira - é um exemplo da aplicabilidade dos dados das informações dos indicadores financeiros .Estrutura de Cargos e Salários -

Atualmente já está se fala em planejamento de remuneração estratégica. De uma maneira simples seria a remuneração dos funcionários de modo que aumente a motivação e estimule o crescimento, ao mesmo tempo em que alinha seus esforços aos objetivos, filosofias e cultura da empresa. Serve também para definir avaliações de desempenho, podendo justificar um aumento de salário, A utilização de indicadores deixa transparente a real situação dos salários.

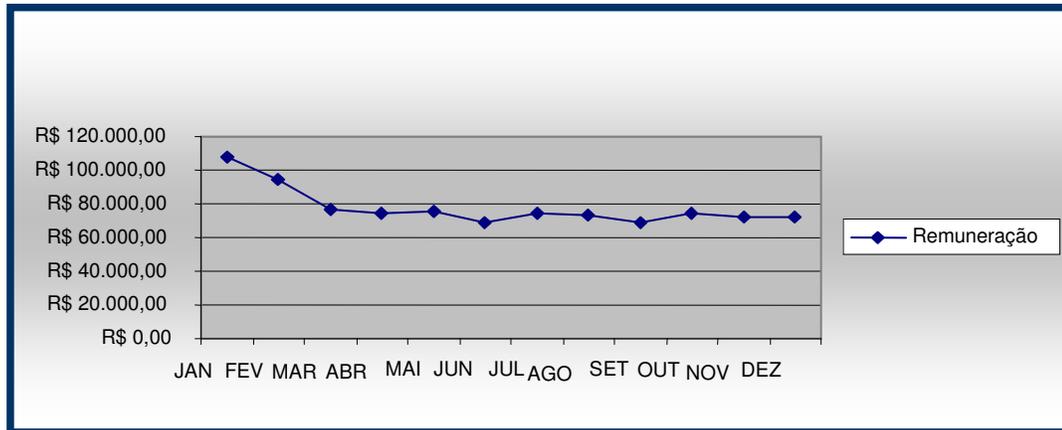
Tabela 11. Distribuição Mensal do salário mensal do Capital Humano da instituição hospitalar. Fortaleza, Dezembro 2005

MÊS	Salário Bruto R\$	Encargos R\$		Salário Líquido R\$
JAN	107.945,28	5.895,19	8.856,50	93.193,58
FEV	94.496,14	4.569,80	7.993,06	81.225,96
MAR	76.871,53	2.835,42	6.534,68	67.501,43
ABR	74.121,32	3.040,64	5.403,31	65.677,37
MAI	75.982,46	3.889,63	5.349,60	66.743,23
JUN	69.313,53	3.045,02	5.029,85	61.238,66
JUL	74.199,28	3.250,88	5.665,68	65.282,72
AGO	73.736,28	3.723,58	5.177,49	64.835,21
SET	68.532,08	3.217,85	4.503,14	60.811,09
OUT	74.721,54	3.578,21	6.114,52	65.028,81
NOV	72.007,18	3.460,62	5.660,81	62.885,74
DEZ	72.650,84	3.223,91	5.762,55	63.664,38
TOTAL	934.577,46	43.730,75	72.051,19	818.088,18

Políticas salariais como pagamento por desempenho, composição de salário por cargo, pagamentos equitativos, relação do salário e da motivação, são outros dados possíveis de serem calculados a partir de dados específicos na área financeira do RH. A necessidade da estruturação do RH, é essencialmente sentida nesse sentido.

Calcular custo de cada profissional, custo de encargos e benefícios é ação do RH, principalmente quando é um setor atuante na visão complexa do setor. Com a tabela acima é possível visualizar o peso dos encargos sociais numa organização. Sendo custo para a empresa impede muitas vezes as práticas de melhores salários, em virtude dos encargos trabalhistas e sociais a que a empresa está obrigada a pagar.

Figura 13. **Variação Mensal da remuneração para profissionais da organização hospitalar. Fortaleza, Dezembro 2005.**



Médias e variações salariais contribuem para que sejam traçados planos de reajustes, além de auxiliar todas as decisões com relação a promoções, negociações de classes ou até mesmo no planejamento ou na implantação novos cargos

Recrutamento e seleção também foram pesquisados. Se considerado o baixo índice de rotatividade, entendemos a falta de técnicas ou de uma metodologia pré definida no caso da instituição hospitalar que foi local de pesquisa. Mas o que é visivelmente percebido é a falta de gestão do setor. O processo não está organizado. Segue a metodologia da demanda. A instituição não apresenta dificuldade em preencher vagas, existe uma oferta muito grande de mão de obra na região em que está localizada. As solicitações de novos profissionais são atendidas na medida do possível, principalmente com as restrições financeiras existentes no momento.

O critério de seleção mais adotado é a busca de candidatos através das fichas de inscrições arquivadas no próprio setor de RH. A escolha baseia-se na análise das informações, das referências e nas indicações dos próprios funcionários do hospital. Criou-se um banco de dados que complementa o processo inclusive utilizando-se do recrutamento interno. Observou-se porém, que as formas de recrutamento são as mais simples de tanto para recrutamento como de seleção e, portanto, não exigem planejamento. Outro indicador que no momento não tem relevância é o tempo médio de preenchimento de vagas, pois esse indicador fica condicionado à liberação ou repasse de verbas para a contratação, ou inclusão na folha de pagamento. Não existem dados com os quais se possa aprofundar informações.

6 . CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1. UM BALANÇO DA EXPERIÊNCIA : ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Os resultados desta pesquisa permitem que sejam elaboradas algumas considerações para demonstrar uma nova maneira de vislumbrar a Gestão de RH nas organizações hospitalares.

A gestão de RH deve ser compreendida como uma área dinâmica da organização hospitalar e deve-se reconhecer sua importância como área de apoio ao gestor que tem responsabilidade hierárquica pelo trabalho de outras pessoas dentro da organização hospitalar, auxiliando nos processos de tomadas de decisões.

Em muitos casos, no diagnóstico organizacional do RH, são apontadas falhas na gestão , no seu gerenciamento. Diante dos elementos que constituíram nossa fonte de pesquisa, pudemos constatar que as falhas apontadas todas possuem uma origem em comum: a falta de uma gestão direcionada para o setor., fator manifestado sobre todos os aspectos.

Sendo assim, os desenhos de gestão de RH do hospital analisado flexibilizam ações desorientadas, sem controle ou planejamento. As experiências observadas contém de forma bem expressiva os elementos verificados como fatores complicadores da gestão. A experiência também aproxima-se de diferentes maneiras, das proposições para a gestão de RH, mantidas por enquanto em rascunhos documentais. Assim, constatamos que as alterações na forma de incorporar e gerir o setor de RH emerge como uma necessidade atual e reflete urgência de tratamento setorial.

Um destaque se faz: ao constatarmos que mesmo diante de toda a precariedade organizacional e funcional do setor de RH, diante da dificuldade de coletarmos os dados por total falta de fontes documentais, mesmo assim, foi possível estabelecermos um primeiro momento de organização e gestão do setor.

Operando-se com o pressuposto básico da relevância de indicadores como ferramenta de gestão, a investigação da relação entre os dados, as informações, os conhecimentos e a estratégia torna-se vital para o setor. Embora sem aprofundarmos em análises ou enriquecermos nossas informações, a utilização de indicadores previamente eleitos alcançou seu objetivo maior, que era de demonstrar como obter informações relevantes para traçarmos estratégias gerenciais ou na sua mais simples aplicação, servir como meros demonstrativos da situação setorial. Os significados que cada um dos

indicadores pode traduzir, dependem de cada organização e dos dados que são coletados.

Os indicadores obedecem etapas de um desenho metodológico, mas observamos que eles não funcionam isoladamente havendo uma imensa interdependência entre os indicadores. Articulados entre si e a outras ferramentas de gestão, o modo como foram agrupados, as análises realizadas e as informações que foram obtidas, pudemos observar como os indicadores exercem poder decisivo para a reformulação da estratégia da gestão do RH. Ao mensurarmos dados do setor, fornecemos informações que surpreenderam a direção pela sua magnitude.

Mais que uma referência para a composição de bases de dados em pesquisa sobre a utilização de indicadores como ferramenta de gestão nas organizações de saúde, esta pesquisa pretende criar novas perspectivas para futuras pesquisas que venham a abordar a gestão de RH. .

Mudanças estão despontando no novo cenário dos serviços de saúde, o que evidencia a Gestão de RH com um novo objetivo, novas perspectivas e ações, todas voltadas para uma gestão preocupada com resultados, retornos de seus investimentos organizacionais.

Fazer uso de ferramentas para essa gestão é relevante no cenário atual. A utilização de indicadores, como ferramenta de gestão de RH, traduz toda a capacidade de mensuração de ações de um setor que até bem pouco tempo era visto como um setor responsáveis apenas por processos tradicionalmente relacionados com o departamento pessoal da organização.

Transferir para a gestão de RH a responsabilidade de traçar estratégias diferenciadas, é atualizar o setor, é dar a ela a devida importância que lhe é cabida.

Resta-nos então salientar, que foi extremamente gratificante e compensador não só pelo conhecimento adquirido, as práticas gerenciais presenciadas e vivenciadas mas principalmente pela convivência com as pessoas com quem estivemos compartilhando os momentos de estudo. Conhecer novas realidades sempre é muito enriquecedor. Sempre temos o que aprender, e aprendendo conquistamos o viver.

6 . CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1. UM BALANÇO DA EXPERIÊNCIA : ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Os resultados desta pesquisa permitem que sejam elaboradas algumas considerações para demonstrar uma nova maneira de vislumbrar a Gestão de RH nas organizações hospitalares.

A gestão de RH deve ser compreendida como uma área dinâmica da organização hospitalar e deve-se reconhecer sua importância como área de apoio ao gestor que tem responsabilidade hierárquica pelo trabalho de outras pessoas dentro da organização hospitalar, auxiliando nos processos de tomadas de decisões.

Em muitos casos, no diagnóstico organizacional do RH, são apontadas falhas na gestão , no seu gerenciamento. Diante dos elementos que constituíram nossa fonte de pesquisa, pudemos constatar que as falhas apontadas todas possuem uma origem em comum: a falta de uma gestão direcionada para o setor., fator manifestado sobre todos os aspectos.

Sendo assim, os desenhos de gestão de RH do hospital analisado flexibilizam ações desorientadas, sem controle ou planejamento. As experiências observadas contém de forma bem expressiva os elementos verificados como fatores complicadores da gestão. A experiência também aproxima-se de diferentes maneiras, das proposições para a gestão de RH, mantidas por enquanto em rascunhos documentais. Assim, constatamos que as alterações na forma de incorporar e gerir o setor de RH emerge como uma necessidade atual e reflete urgência de tratamento setorial.

Um destaque se faz: ao constatarmos que mesmo diante de toda a precariedade organizacional e funcional do setor de RH, diante da dificuldade de coletarmos os dados por total falta de fontes documentais, mesmo assim, foi possível estabelecermos um primeiro momento de organização e gestão do setor.

Operando-se com o pressuposto básico da relevância de indicadores como ferramenta de gestão, a investigação da relação entre os dados, as informações, os conhecimentos e a estratégia torna-se vital para o setor. Embora sem aprofundarmos em análises ou enriquecermos nossas informações, a utilização de indicadores previamente eleitos alcançou seu objetivo maior, que era de demonstrar como obter informações relevantes para traçarmos estratégias gerenciais ou na sua mais simples aplicação, servir como meros demonstrativos da situação setorial. Os significados que cada um dos

indicadores pode traduzir, dependem de cada organização e dos dados que são coletados.

Os indicadores obedecem etapas de um desenho metodológico, mas observamos que eles não funcionam isoladamente havendo uma imensa interdependência entre os indicadores. Articulados entre si e a outras ferramentas de gestão, o modo como foram agrupados, as análises realizadas e as informações que foram obtidas, pudemos observar como os indicadores exercem poder decisivo para a reformulação da estratégia da gestão do RH. Ao mensurarmos dados do setor, fornecemos informações que surpreenderam a direção pela sua magnitude.

Mais que uma referência para a composição de bases de dados em pesquisa sobre a utilização de indicadores como ferramenta de gestão nas organizações de saúde, esta pesquisa pretende criar novas perspectivas para futuras pesquisas que venham a abordar a gestão de RH. .

Mudanças estão despontando no novo cenário dos serviços de saúde, o que evidencia a Gestão de RH com um novo objetivo, novas perspectivas e ações, todas voltadas para uma gestão preocupada com resultados, retornos de seus investimentos organizacionais.

Fazer uso de ferramentas para essa gestão é relevante no cenário atual. A utilização de indicadores, como ferramenta de gestão de RH, traduz toda a capacidade de mensuração de ações de um setor que até bem pouco tempo era visto como um setor responsáveis apenas por processos tradicionalmente relacionados com o departamento pessoal da organização.

Transferir para a gestão de RH a responsabilidade de traçar estratégias diferenciadas, é atualizar o setor, é dar a ela a devida importância que lhe é cabida.

Resta-nos então salientarmos, que foi extremamente gratificante e compensador não só pelo conhecimento adquirido, as práticas gerenciais presenciadas e vivenciadas mas principalmente pela convivência com as pessoas com quem estivemos compartilhando os momentos de estudo. Conhecer novas realidades sempre é muito enriquecedor. Sempre temos o que aprender, e aprendendo conquistamos o viver.

Termo de Fiel Depositário

Ao setor Administrativo

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Está sendo desenvolvida uma pesquisa sobre a Gestão de Recursos Humanos e a utilização de indicadores como ferramenta de gestão, que tem entre outros objetivos analisar a gestão de Rh, conhecer as ações e práticas gerenciais desenvolvidas, focando um hospital da rede privada de serviços de saúde segmento filantrópico, na região da Grande Fortaleza

Assim sendo, venho através desta solicitar a autorização para que seja realizada a coleta de dados através de registros do gerenciamento do setor nesta unidade, referente ao ano de 2005.

Esclareço que as informações coletadas nos arquivos somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa, e ficarão em sigilo, respeitando o anonimato das informações que serão prestadas.

Em caso de maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável:

Sheilimar Regina Barragão de Sá Magalhães

Rua Firmino Rocha Aguiar, 800, apto 101

Fone 3241-0884 – 9994.5507

Assumo, perante a instituição, a responsabilidade pelo termo.

Fortaleza, 06 de agosto de 2005

FICHA CATALOGRÁFICA

M188g Magalhães, Sheilimar Regina Barragão de Sá

Gestão de recursos humanos em uma organização hospitalar: a utilização de indicadores como ferramentas de gestão / Sheilimar Regina Barragão de Sá Magalhães. ____ Fortaleza, 2006.

110 p.

Orientador: Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz.

Dissertação (Mestrado Acadêmico de Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

1. Gestão hospitalar. 2. Recursos Humanos. 3. Indicadores hospitalares. 4. Administração hospitalar. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD: 658.3

