



Contextus – Revista Contemporânea de Economia e
Gestão
ISSN: 1678-2089
ISSN: 2178-9258
revistacontextus@ufc.br
Universidade Federal do Ceará
Brasil

Lauisa Barbosa Pinto; Ana Alice Vilas Boa; Luiz Marcelo Antoniali; Nayara Rezende Silva
GESTÃO DE PESSOAS E PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM
HOSPITAIS DO SUL DE MINAS GERAIS: UMA ANÁLISE DE INDICADORES

Contextus – Revista Contemporânea de Economia
e Gestão, vol. 14, núm. 1, 2016, -, pp. 107-134
Universidade Federal do Ceará
Brasil

DOI: <https://doi.org/10.19094/contextus.v14i1.794>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570761056006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

GESTÃO DE PESSOAS E PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM HOSPITAIS DO SUL DE MINAS GERAIS: UMA ANÁLISE DE INDICADORES

PEOPLE MANAGEMENT AND STRATEGIC PLANNING IN HOSPITALS OF SOUTH OF MINAS GERAIS: AN ANALYSIS OF INDICATORS

PERSONAS DE GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN HOSPITALES DEL SUR DE MINAS GERAIS: UN ANÁLISIS DE INDICADORES

Lauisa Barbosa Pinto

Mestre em Administração pela Universidade Federal de Lavras (UFLA), Brasil; Professora do Instituto Federal do Sul de Minas (IF Sul de Minas), Brasil
lauisa.barbosa@ifsuldeminas.edu.br

Contextus

ISSN 2178-9258

Organização: Comitê Científico Interinstitucional

Editor Científico: Carlos Adriano Santos Gomes

Avaliação: Double Blind Review pelo SEER/OJS

Revisão: Gramatical, normativa e de formatação

Recebido em 01/11/2015

Aceito em 14/04/2016

2^a versão aceita em 09/06/2016

Ana Alice Vilas Boas

Pós-doutora em Administração pela École des Hautes Études Commerciales de Montréal (HEC Montréal), Canadá; Professora da UFLA
ana.alice2013@yahoo.com.br

Luiz Marcelo Antonialli

Doutor em Administração pela Universidade de São Paulo (USP), Brasil; Professor da UFLA
lmantonialli@gmail.com

Nayara Rezende Silva

Graduanda em Administração Pública pela UFLA
nayararr100@hotmail.com

RESUMO

O presente trabalho traz à tona a discussão sobre a importância da utilização de ferramentas administrativas, buscando responder às seguintes perguntas: Como o planejamento estratégico é percebido e realizado pelos gestores dos hospitais públicos? Como a gestão de pessoas é percebida pelos gestores desses hospitais? Qual a relação existente entre os indicadores de planejamento estratégico e de gestão de pessoas? O presente artigo concentra esforços na aplicação de um questionário publicado pelo Instituto Peabiru, financiado pela Fundação Avina, no ano de 2001, que engloba sete indicadores. Este trabalho aborda dois indicadores (gestão de pessoas e planejamento estratégico) que podem ser utilizados como instrumento complementar para que as organizações avaliem suas atividades, identifiquem pontos prioritários e estabeleçam políticas e diretrizes que sejam capazes de otimizar os seus resultados.

Palavras-chave: Hospitais públicos. Gestão de pessoas. Planejamento estratégico. Indicadores de sustentabilidade.

ABSTRACT

Hospitals are highly specialized organizations inserted in a complex and hostile environment, being under the influence of political, economic and social variables. The present work brings up the discussion on the importance of using administrative tools, seeking answers to the following questions: How does strategic planning is perceived and performed by the managers of the public hospitals? How does Human Resources Management is perceived by the managers of these hospitals? What is the relationship between strategic planning and Human Resource Management? This article focuses on the implementation of a questionnaire published by Peabiru Institute, funded by the Avina Foundation in 2001, which includes seven indicators. The present study approaches two of these indicators (Human Resource Management and strategic planning) that can be used as an additional tool for organizations to assess their activities, identify priority issues and establish policies and guidelines that are able to optimize their results.

Keywords: Public hospitals. Human resource management. Strategic planning. Indicators of sustainability.

RESUMEN

Este trabajo nos lleva a la discusión sobre la importancia de utilizar las herramientas administrativas, tratando de responder a las siguientes preguntas: ¿Cómo la planificación estratégica se percibe y llevadas a cabo por los administradores de los hospitales? A medida que la gestión de las personas es percibida por los gerentes de los hospitales públicos? ¿Cuál es la relación entre los indicadores y la gestión de las personas de planificación estratégica? Este artículo se centra esfuerzos en la aplicación de un cuestionario publicado por Peabiru Instituto, financiado por la Fundación Avina en 2001, que incluye siete indicadores. Este documento aborda dos indicadores (la gente de gestión y planificación estratégica) que puede ser utilizado como una herramienta complementaria para las organizaciones para evaluar sus actividades, identificar los temas prioritarios y establecer políticas y directrices que son capaces de optimizar sus resultados.

Palabras clave: Hospitales públicos. Gestión de personas. Planificación estratégica. Indicadores de sostenibilidad.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde é formado pelo conjunto de todas as ações de saúde ligadas ou prestadas por órgãos e instituições públicas. A Constituição Federal de 1988 deu uma nova configuração à saúde no Brasil, tornando-a direito universal. A saúde que antes era responsabilidade exclusiva da União e direito apenas do trabalhador assegurado, passou a ser um dever constitucional que aborda todas as esferas de governo. O

conceito de saúde, então, foi desenvolvido e ligado às políticas sociais e econômicas (SILVA et al., 2006), como podemos observar na Constituição de 1988, especificamente no art. 196:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A ineficiência dos serviços prestados, a incapacidade de atendimento a toda a população, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública do Brasil, nos levam a concluir que o país passa por uma crise na Saúde Pública. Nesse sentido, nos cabe pensar e discutir a obrigação do Estado e seu dever de suprir essas necessidades de forma eficiente e eficaz, já que a saúde está vinculada aos interesses primários da sociedade e é um bem de interesse social no qual os cidadãos são sujeitos ativos e o poder público o sujeito passivo (ARANHA, 2003). Corroborando, afirma Pinho (2012) que a responsabilidade da União, dos Estados e Municípios é solidária quanto ao fornecimento e dever da promoção da saúde, e caso o cidadão não tenha esse direito garantido, deve acionar judicialmente qualquer um destes entes para garanti-lo.

Os hospitais vêm se inserindo em ambientes cada vez mais complexos, influenciados por diferentes atores e lutando para prestar serviços de qualidade. Atualmente, no Brasil, a área da saúde passa por problemas financeiros em razão da falta de recursos e também da defasada gestão financeira. Essa defasagem na gestão de organizações hospitalares pode ser atribuída à falta de utilização adequada de instrumentos que auxiliem no processo de gestão, tais como ferramentas para

controle de custos, mensuração de resultados e análise de projetos de investimentos (CARPINTÉRO, 1999).

De acordo com Pantoja et al. (2010) a sociedade vem exigindo do poder público atuação cada vez mais voltada para o alcance de resultados, isto é, além da eficiência tão perseguida pelas organizações, atualmente a eficácia e a efetividade da ação governamental são as palavras de ordem. Não basta atuar de forma a obter a melhor relação custo-benefício se os resultados almejados não forem alcançados, e se, não atenderem necessidades legítimas.

Cohen (2003) aponta que dependendo do tipo de trabalho que os colaboradores da organização realizam, com ou sem interação social direta, os resultados vão depender necessariamente da representação social resultante. Isto é mais evidente quando se fala em trabalho que exija a criação de relacionamento interpessoal, uma vez que cada ser é por natureza dotado de valores, crenças, princípios e visões de mundo muitas vezes distintas, sendo imprescindível acompanhamento mais cuidadoso por parte dos gestores quando esse cenário se configurar explicitamente na organização, se destacando de forma mais acentuada em organizações públicas, uma vez que sua atividade fim é a busca do melhoramento da qualidade de vida da sociedade.

Sendo assim, é de extrema importância que as organizações de saúde pública invistam na capacitação de suas lideranças em Gestão de Pessoas, buscando reduzir custos, eliminando retrabalho e desperdício, aumentando a produtividade e a qualidade no atendimento dos serviços prestados, reduzindo falhas, buscando minimizar a complexidade e variabilidade nos processos.

Apesar disso, poucos têm tido a pretensão de realizar mudanças nos processos de produção em saúde. Bergue (2010) ressalta que, em qualquer organização, seja pública ou privada, o ritmo de trabalho é dado essencialmente pela administração (gerência) quando define os processos de trabalho e as necessidades de recursos em termos quantitativos e qualitativos. Se o servidor não desempenhar suas atribuições a contento, o assunto deverá ser tratado em primeira instância como um problema de gestão. Outra possibilidade será a dissonância entre o perfil da pessoa e o cargo ocupado. Portanto, para medir o nível de desempenho de um profissional, um conjunto de fatores deve ser analisado e considerado, dentre eles: o cargo que a pessoa ocupa - se é condizente com as tarefas que realiza; os processos e as equipes de trabalho; a estrutura administrativa; a qualificação; a experiência; a natureza do trabalho; bem

como, outras variáveis que podem influenciar na realização do serviço prestado.

Desse modo, a gestão dessas instituições é marco inicial para que os vários problemas sejam enfrentados. Para Silva (2003), a gestão administrativa das instituições em saúde constitui um campo específico de gestão. A necessidade de um aparato gerencial pode ser estendida às instituições lucrativas, não-lucrativas e governamentais, devido a real complexidade do sistema onde esse tipo de organização se encontra.

Neste contexto, o presente estudo tem por objetivo principal de analisar quais são os dilemas de gestão e sustentabilidade das organizações hospitalares do Sul de Minas Gerais. Para subsidiar esta análise estabeleceu-se como objetos específicos descrever como o planejamento estratégico é percebido e realizado pelos gestores dos hospitais; como a gestão de pessoas é percebida pelos gestores dos hospitais; e qual a relação existente entre os indicadores de planejamento estratégico e de gestão de pessoas nos hospitais pesquisados.

Com o intuito de abordar as questões levantadas, foi aplicado um questionário publicado pelo Instituto Peabiru em 2001, financiado pela Fundação Avina. Este instrumento de pesquisa é composto por sete indicadores

de sustentabilidade, porém para este trabalho selecionamos os indicadores de Planejamento Estratégico e Gestão de Pessoas.

Acreditamos que este estudo possa contribuir para a reflexão sobre a gestão pública, especificamente na área da saúde, expondo os principais aspectos relevantes encontrados. Para isso, estruturamos este trabalho com uma introdução que buscou contextualizar o tema da saúde pública, posteriormente discutiremos sucintamente os aspectos relevantes sobre os conceitos de planejamento estratégico e gestão de pessoas, em seguida apresentaremos os resultados das pesquisas, e, por fim, a conclusão do trabalho. Ressalta-se que os problemas e observações feitas sobre os hospitais do Sul de Minas Gerais também podem contribuir para a reflexão nos demais hospitais do país.

2 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O conceito de estratégia surgiu para descrever as ações e manobras executadas pelos generais nos campos de batalha. Em meados do século XX, este conceito foi incorporado no campo da administração, sendo utilizado como um recurso conceitual que representa as manobras e ações executadas pelas organizações para conseguirem vantagem competitiva e assim superarem seus concorrentes (BRUCE; LANGDON, 2000).

Para a escola do planejamento, a definição da missão, visão, valores e metas organizacionais são pontos cruciais para que sejam planejadas estratégias organizacionais (MIGLIATO, 2004). De acordo com Oliveira (2004), a missão corresponde a uma declaração ampla e duradoura de propósitos que individualiza e diferencia a organização de seus concorrentes. Em síntese, a missão da empresa define os produtos/serviços, os mercados e a tecnologia, refletindo os valores e as prioridades do negócio. É algo que a empresa está disposta a assumir como identidade (ALMEIDA; GIGLIO, 1998). Essas definições servem de parâmetro para avaliação do desempenho organizacional e para orientação das ações que deverão ser desenvolvidas.

Nessa perspectiva, de acordo com Antonialli (1997), Oliveira (2004) e Almeida (1999), alguns questionamentos devem ser feitos na elaboração da missão: Quais produtos/serviços a empresa pretende produzir? Quais produtos/serviços a empresa tem maior facilidade de produzir? Qual é a natureza do negócio da organização? E quais são os negócios em que a organização deve concentrar seus esforços no futuro? O que somos? O que queremos ser? Como passar do que somos para o que queremos ser?

Após esse processo de definição, é necessário o estabelecimento de metas e

objetivos para que a organização consiga cumprir sua missão. Sendo assim, alguns autores descrevem os objetivos como pontos concretos que a organização procura alcançar em determinado período de tempo no planejamento (ALMEIDA; GIGLIO, 1998), ou como resultados globais que a organização deseja alcançar em um determinado período de tempo organizacional (PELISSARI, 2007). Ansoff (1977) destaca que os objetivos e estratégias especificam o volume, a área e as direções do crescimento, os principais pontos fortes e as metas de rentabilidade de uma organização.

Portanto, a definição da missão e dos objetivos organizacionais são pontos fundamentais e estruturantes do processo de planejamento estratégico, pois sem eles as organizações não teriam uma direção para onde seguir, não entenderiam qual o espaço que ocupam no mercado e para quem vender seus produtos e serviços. Almeida (1999) destaca que a sintonia entre o que a organização está efetivamente fazendo e o que ela se propôs a fazer (missão ou campo de atuação) contribui para o seu sucesso.

A perspectiva do planejamento entende que a gestão estratégica consiste no processo de formulação e execução das estratégias de acordo com o contexto das organizações, resultando em um direcionamento planejado e estruturado a

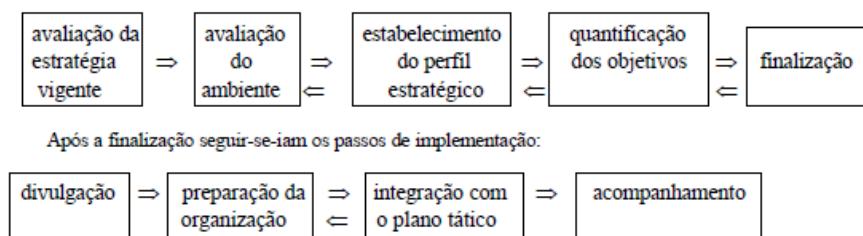
partir da definição da missão, estabelecimento de objetivos, e posteriormente, no desenvolvimento de planos e políticas para que esses objetivos sejam alcançados. Deste modo, existe uma estrutura a ser seguida para que esse planejamento estratégico seja elaborado de acordo com a teoria correspondente. De acordo com Almeida e Giglio (1998) e Antoniali (1997) a formulação da estratégia deve perpassar os seguintes pontos: a) Avaliação da estratégia vigente: Qual é a sua função? Qual é o caminho que a organização vem seguindo. b) Avaliação do ambiente: Avaliação das oportunidades e ameaças e dos pontos fortes e fracos, sempre interligados a missão. c) Estabelecimento do perfil estratégico: Direção que a organização deverá seguir para aproveitar as oportunidades e evitar as ameaças. d) Quantificação dos objetivos: Viabilidade dos objetivos traçados. e) Finalização: Resumo do Plano Estratégico.

Contudo, segundo os mesmos autores destacados anteriormente, para que o planejamento estratégico tenha sucesso, não apenas em sua formulação, algumas ações de implementação e controle devem ser executadas para que o mesmo possa ser implantado de forma eficaz: Divulgação - Transmitir aos elementos de decisão da empresa o que se espera na sua alçada de atuação; Preparação da organização - Treinamento, plano de incentivos,

mudanças de estrutura, desenvolvimento de sistemas de informações; Integração com o plano tático - Colocar no orçamento as ideias do Planejamento Estratégico, integrando as decisões administrativas e operacionais com as estratégicas; Acompanhamento - Avaliar e controlar a

implementação, para assegurar o cumprimento da estratégia estabelecida; se não for possível o cumprimento, alterar a estratégia. A figura 1 sintetiza os aspectos de formulação, implementação e controle citados anteriormente:

Figura 1 – Etapas do Planejamento Estratégico



Fontes: Adaptado de Almeida e Giglio (1998).

Uma das grandes críticas existentes na formulação do planejamento seria o não envolvimento do sujeito coletivo, ou seja, a elaboração por parte apenas dos líderes gestores ou de consultores contratados exclusivamente para direcionar a organização, sem conhecer o contexto interno em que ela está inserida. Nesse sentido, o trabalho de Junges, Barbiani e Zoboli (2015) nos traz uma grande contribuição, pois proporciona uma visão diferenciada do planejamento como processo que envolve o sujeito coletivo e a ética nas organizações, como pode ser observado na passagem a seguir:

Para introduzir o planejamento no âmbito da ética, é necessário definir como se entende a metodologia do planejar. O planejamento pode ser uma pura tecnologia ou ferramenta

aplicada e direcionada para a construção de um plano de ação por quem tem expertise técnica, sem a participação de um sujeito coletivo, identificado com a realidade que se quer transformar. A lógica operante nesse modelo é a da razão instrumental. Ou o planejamento pode ser um dispositivo, onde o mais importante não é o produto, isto é, o plano ou projeto de ação, mas o processo, isto é, o caminho de sua produção, possibilitando uma nova subjetivação dos participantes, com suas potencialidades de estabelecer contratos e compromissos na seleção de prioridades em vista da consecução do fim visado (JUNGES; BARBIANI; ZOBOLI, 2015, p. 4).

Após essa breve contextualização sobre planejamento estratégico, e o posicionamento quanto à importância da participação dos sujeitos na elaboração e desenvolvimento do mesmo, abordaremos a seguir aspectos relacionados a gestão de pessoas.

3 GESTÃO DE PESSOAS

A abordagem estratégica de gestão de pessoas se delineou a partir da década de 1980, com o crescente reconhecimento da importância do capital humano na consecução de estratégias organizacionais, considerando-o uma vantagem competitiva (LACOMBE; TONELLI, 2001). As mudanças do sistema produtivo e do mercado de trabalho, como exemplo a migração da economia manufatureira para a de serviços, demandou um novo perfil de trabalhadores e, por consequência, uma nova atuação da área de RH. A informatização na produção e declínio da utilização da força física da mão-de-obra fez surgir um novo quadro em que a diversidade emergiu. Essa se tornou mais intelectualizada a partir dos trabalhadores do conhecimento, mais feminina e mais velha, isto é, mais madura já que com essas novas condições as pessoas conseguem permanecer mais tempo no mercado de trabalho (LEGGE, 2005).

Essas mudanças foram apontadas por Pettigrew e Massini (2003): (1) descentralização radical da responsabilidade por resultados para as unidades operacionais; (2) redução no número dos níveis hierárquicos; (3) redução no papel do staff corporativo: a alta cúpula passa a concentrar-se em criar e disseminar conhecimentos; (4) mudança no

estilo gerencial, de “comandar e controlar” para “facilitar e autorizar”; (5) sistemas sofisticados de comunicação interna (tanto formal quanto informal), horizontal e vertical; (6) uso extensivo de grupos ad hoc (interdivisionais e interfuncionais) focados em forças-tarefa, ao invés de estruturas organizacionais departamentalizadas e rígidas; (7) uso deliberado dos recursos humanos internos para disseminação de conhecimento.

Por outro lado, Jimenez-Jimenez e Sanz-Valle (2008) também propuseram um modelo que avalia as relações entre inovação e gestão de recursos humanos e de ambas no desempenho das inovações. Para os autores, a capacidade de inovação de uma empresa reside na inteligência, na imaginação e na criatividade de seus funcionários. Consequentemente, é necessário um conjunto de políticas e práticas de recursos humanos que possa identificar, desenvolver, avaliar e recompensar comportamentos de trabalho que sejam consistentes com objetivos organizacionais de inovação.

É notório que o ambiente empresarial está cada vez mais competitivo e fator humano é cada vez mais decisivo para o sucesso das organizações (SOBRAL; PEKI, 2008). Atualmente, as empresas devem valorizar cada vez mais as habilidades, os conhecimentos e as experiências de seus funcionários. Nesse

sentido, o conjunto de políticas e práticas de recursos humanos inclui: o desenho flexível das funções e o *empowerment* dos colaboradores; o trabalho em equipes multidisciplinares; o recrutamento de pessoas polivalentes e que se adequem à cultura organizacional; o treinamento extensivo e de longo prazo; amplas oportunidades de carreira; a avaliação de desempenho baseada em comportamentos alinhados à inovação; e, o sistema de remuneração orgânico associado positivamente à inovação (JIMENEZ-JIMENEZ; SANZ-VALLE, 2008).

Vale ressaltar a relevância dada ao setor de recursos humanos pela organização mundial de saúde (OMS), essa valorização vem sendo difundida entre os gestores, representantes do governo e trabalhadores da área de saúde, pois, todos percebem que a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos usuários dos sistemas de saúde dependem das boas práticas de gestão e do fator humano envolvido em todo o processo (SEIXAS, 2002; MORICI; BARBOSA, 2013).

As boas práticas de gestão em sistemas de saúde refletem nas instituições prestadores de serviço, sendo assim, os desafios encontrados em cada instituição dependem de aspectos específicos da organização e de sua estruturação (MORICI; BARBOSA, 2013). Porém, alguns destes podem ser generalizados

como grandes objetivos para todas as instituições de saúde, de acordo com Pierantoni, Varella e França (2004): assegurar a prestação de serviços em saúde de forma equilibrada e equitativa, por meio da fixação e cobertura das equipes de profissionais; proporcionar o desenvolvimento de habilidades-chave e competências para toda a equipe da área da saúde; estabelecer objetivos bem definidos para que seja possível o aumento de desempenho de toda a equipe; e, por fim, fortalecer o gerenciamento de RH e a capacidade de planejamento do setor de saúde.

Nesse contexto, objetivos semelhantes podem ser encontrados no relatório da OMS, juntamente com estratégias de RH e desafios correspondentes ao setor. Estes desafios referem-se à melhoria de desempenho dos trabalhos dos funcionários, diminuição da taxa de rotatividade e melhoria no recrutamento (OMS, 2007). Nota-se que otimizar o trabalho de profissionais é uma estratégia interessante para as organizações, pois reduz os custos com processos seletivos e direciona a organização a investir tempo, recursos e pessoas focadas na melhoria dos processos organizacionais.

Uma consideração que merece ser feita é que em hospitais, principalmente nos públicos, existe um número restrito de

profissionais para serem contratados, ou seja, a capacidade financeira de pagamento e investimento em processos seletivos destas instituições é bastante limitada. De acordo com Morici e Barbosa (2013):

Seria função de recursos humanos nas organizações hospitalares a gestão do emprego, de sistemas de apoio necessários para a realização do trabalho e a criação de um ambiente de trabalho positivo, considerando as três etapas apontadas pela OMS (2007): a entrada de funcionários, a implementação das alavancas para melhoria do desempenho dos trabalhadores e a gestão da saída de profissionais (MORICI; BARBOSA, 2013, p. 2011).

As boas práticas de gestão de RH abordam diversos aspectos relevantes da estruturação dos cargos e dos funcionários que vão ocupá-los, bem como métodos de motivação, remuneração, treinamento, dentre outros. Abordaremos brevemente a seguir temas específicos de gestão de recursos humanos, como processo seletivo, recrutamento, seleção e remuneração de pessoas – componentes básicos para a escolha de novos profissionais.

Como primeira etapa tem-se o recrutamento, no qual o setor que necessita de um novo funcionário comunica o perfil adequado e as habilidades necessárias que este deve possuir para preencher a vaga em questão (VILAS BOAS; ANDRADE, 2009). De posse das informações necessárias, o departamento de RH irá divulgar a oportunidade de contratação,

posteriormente será realizada a fase de seleção que objetiva escolher o melhor candidato para o cargo, através de técnicas que captam as informações básicas e complementares do concorrente à vaga (VILAS BOAS; ANDRADE, 2009).

O recrutamento e a seleção de pessoas na esfera pública acontecem pelo processo admissional que é orientado segundo princípios da gestão pública previstos no caput do art. 37 da Constituição da República (BRASIL, 1988). Observa-se que este processo é bem planejado quando as demandas de pessoal são incluídas e previstas na lei de diretrizes orçamentárias, para a consecução no próximo exercício. Porém, quando a administração pública demanda um incremento imprevisto de pessoal para atender necessidades excepcionais de interesse público, existe a alternativa prevista no art. 37, inciso IX, da Carta Constitucional, que contempla a contratação por tempo determinado. Após a seleção, tem-se o processo admissional composto em três estágios: primeiro a nomeação, caracterizada pela convocação formal do candidato à assunção de cargo público; a posse, correspondente a aceitação formal do cargo pelo candidato nomeado, e por último, o exercício que é caracterizado pela efetiva entrada do servidor em atividade.

O sistema de remuneração nas organizações privadas é uma das atividades mais delicadas na organização, e que demanda grande atenção. Pode ser entendido como o conjunto de todas as formas de pagamento que os funcionários recebem (VILAS BOAS; ANDRADE, 2009) e faz parte do subsistema de gestão de pessoas que tem, dentre outras funções, o objetivo de agir como indutor do processo de desenvolvimento de competências, originando estímulos e impulsos ao desenvolvimento e aprendizagem (SILVA; LUZ 2010). Já a gestão de remunerações no setor público apresenta características específicas pautadas não somente nas relações de poder ou na cultura organizacional existente na esfera pública, mas, principalmente, na definição de parâmetros estabelecidos no plano constitucional, legal e doutrinário (BERGUE, 2010).

A questão da gestão hospitalar deve contemplar além das análises dos aspectos técnicos, como os citados acima, os modelos de administração, nos quais é possível entender as questões de poder e de centralizações das decisões. Sabe-se que os modelos de administração verticalizados correspondem às relações autoritárias que inviabilizam um vínculo mais próximo entre trabalhadores e usuários da saúde, entre chefes e subordinados na organização. Em alternativa a esse formato

verticalizado de gestão tem-se a administração participativa, focada na resolução de problemas e que busca o envolvimento dos “sujeitos da saúde” por meio da socialização das tomadas de decisão e na formulação de políticas específicas para esse fim, com o objetivo de redirecionar os processos de trabalho da organização para um planejamento visando as ações de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Garantir a “gestão participativa” em ambiente hospitalar não é uma tarefa fácil, visto que a resistência quanto à democratização de decisões, a corresponsabilização e os cuidados interdisciplinares contribuem para que as inovações institucionais fiquem aquém do necessário. Com relação a essas questões, Freire et al. (2014) afirmam que as estratégias mais adequadas abordam o envolvimento de profissionais que ainda não estão envolvidos ou acostumados com o processo de trabalho, indicam que os mais novatos, os concursados motivados, apresentam uma disponibilidade maior, um maior comprometimento e potencial para trabalhar com gestão participativa, se comparados aos profissionais no final de suas carreiras, desmotivados, adoecidos e que foram acostumados a modelos de gestão utilizados anteriormente.

Após a explanação sobre a importância do setor de gestão de pessoas,

a definição e comentários sobre algumas técnicas mais utilizadas neste setor e uma breve explanação sobre gestão participativa hospitalar, apresentaremos a metodologia da pesquisa realizada.

4 METODOLOGIA DE PESQUISA

A presente pesquisa avaliou os Indicadores de Sustentabilidade Para a Saúde Pública no Sul de Minas, por meio da aplicação de um questionário do Instituto Peabiru com os administradores de hospitais. Esse questionário foi financiado pela Fundação Avina, no ano de 2001 e é uma ferramenta simples e prática, que pode ser auto-preenchida ou aplicada por um pesquisador, buscando avaliar alguns indicadores que serão detalhados na sequência do trabalho. O instrumento de pesquisa é constituído por um questionário de múltipla escolha e que possui um espaço para observações sugestões caso os respondentes necessitem.

Foi realizado um levantamento secundário de dados para caracterizar o porte e o tipo de serviços prestados pelos hospitais. Após essa prévia, foram coletados dados em 14 organizações do sul de Minas Gerais, apresentadas como A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M e N, no período de março a novembro de 2014. Os hospitais participantes são municipais, público e privados, porém todos prestam atendimento pelo Sistema Único de Saúde

– SUS. O recorte geográfico para este trabalho corresponde aos dez municípios que compõem a microrregião do Sul e Sudoeste de Minas Sul: Andrelândia, Alfenas, Itajubá, Passos, Poços de Caldas, Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí, São Lourenço, São Sebastião do Paraíso e Varginha.

O questionário do Instituto Peabiru possui uma estrutura bem definida e sete temas de abordagem, cada qual com pesos diferentes, distribuídos em um total de 48 questões diferentes, somando 2.000 pontos (PEABIRU, 2001; VILAS BOAS; OLIVEIRA; CARDOSO, 2012, PINTO et al., 2015). As questões correspondem a indicadores de gestão diferenciados: Indicador de Planejamento Estratégico (200 pontos); Indicador de Fator Humano - Gestão de Pessoas (400 pontos); Indicador de Gestão Financeira (200 pontos); Indicador de Gestão Administrativa (160 pontos); Indicador de Gestão de Conhecimento (140 pontos); Indicador de Mobilização de Recursos (600 pontos); e Indicador de Comunicação Institucional (300 pontos).

Neste trabalho destacaremos especificamente o Indicador de Fator Humano - Gestão de Pessoas (400 pontos máximos) e o Indicador de Planejamento Estratégico (200 pontos máximos). Os subtemas abordados nestes indicadores são os seguintes:

- Indicador de Fator Humano (Gestão de Pessoas): Centralização X Descentralização; Formalidade X Informalidade; A escolha de novos profissionais; Desligamento de colaboradores; Assembleia Geral; Conselho Diretor, Conselho fiscal; Conselho consultivo; Outros colaboradores; Voluntariado.
- Indicador de Planejamento Estratégico: Missão; Visão de futuro; Estratégias; Plano estratégico; Públicos preferenciais; Participação em redes; e Atuação geográfica.

Destaca-se que os detalhes do instrumento de pesquisa e sua correta aplicação podem ser observados no documento Indicador de Sustentabilidade para o 3º setor: uma ferramenta de autoaplicação, disponível no site do PEABIRU, referenciado no presente trabalho. Nota-se que já foram realizadas diversas pesquisas com a utilização desse instrumento de pesquisa que puderam contribuir para campo de estudos de gestão hospitalar (PINTO et al., 2015). A seguir serão apresentados os resultados e discussões com base nas informações

coletadas, buscando uma associação entre esses indicadores abordados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico serão apresentados os resultados da pesquisa realizada, inicialmente será abordado o indicador de planejamento estratégico e posteriormente o indicador de gestão de pessoas. Buscou-se também aqui ressaltar as diferenças dos hospitais, por meio da descrição mais detalhada possível das respostas e associação entre os dois indicadores.

5.1 Indicador de Planejamento Estratégico

O indicador de planejamento estratégico possui peso de 200 pontos, ou seja, caso uma organização pontue a alternativa de maior peso (número 4), o valor máximo será 200 pontos. A tabela 1 apresenta o indicador e os respectivos pesos que devem ser ponderados de acordo com a resposta escolhida para cada uma das opções. Nota-se que quanto maior a pontuação da instituição, melhor ela se adequa às práticas administrativas, ou seja, suas práticas estão mais alinhadas ao que seria o ideal com relação à gestão do referido tema.

Tabela 1 – Indicador de planejamento estratégico e seus respectivos pesos.

Indicador de planejamento estratégico - 200 pontos		1	2	3	4	NC
1	A missão	10	20	30	40	0
2	A visão de futuro	5	10	15	20	0
3	As estratégias	5	10	15	20	0
4	O plano estratégico	10	20	30	40	0
5	Os públicos preferenciais	10	20	30	40	0
6	Participação em redes	5	10	15	20	0
7	A atuação geográfica	5	10	15	20	0
Total		50	100	150	200	0

Fonte: Peabiru (2001).

Serão discutidas a diante as informações encontradas de acordo com cada subitem deste indicador, conforme exposto na tabela 2. Nota-se que as explicações condizem com as afirmações

expostas no referido instrumento de pesquisa, ou seja, as afirmações correspondem às respostas dadas pelos gestores dos hospitais.

Tabela 2 – Pontuação encontrada para cada organização – Indicador Planejamento Estratégico

Indicador de planejamento estratégico - 200 pontos	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N								
	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	Total	145	200	150	175	150	170	155	145	165	100	140	200	180	190
A missão	30	40	30	40	30	30	30	30	30	20	20	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
A visão de futuro	15	20	20	20	15	15	15	15	10	15	15	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
As estratégias	15	20	20	15	15	20	20	15	10	5	15	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
O plano estratégico	20	40	20	30	30	30	40	20	40	10	30	40	30	40	30	40	30	40	30	40	30	40
Os públicos preferenciais	40	40	40	30	40	40	30	40	40	30	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Participação em redes	10	20	5	20	0	15	10	5	15	5	15	20	10	15	20	10	15	20	10	15	20	10
A atuação geográfica	15	20	15	20	20	20	10	20	20	15	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	15

Fonte: Elaborado pelos autores

5.1.1 A missão

Pode-se notar que esse item 50% das instituições selecionaram a opção 3, cujo valor é 30 pontos. Elas afirmam que a missão é lembrada, mas não é suficientemente disseminada, precisa ter uma divulgação melhor (maior) da missão que alcance a todos dessas instituições. Com 35,7% de respostas tem-se a opção 4, cujo valor é 40 pontos. Essas instituições têm a missão plenamente conhecida, e

atualizada e coincide com a realidade da organização, todos conhecem a missão e participam das decisões relacionadas a sua atualização, a instituição se tornou referência com frequência.

Somente dois hospitais marcaram a opção 2, com valor de 20 pontos. Afirmam que quase ninguém tem conhecimento da missão, esta é restrita a um pequeno número de colaboradores (diretores ou o pessoal mais antigo), somente está escrita e

falta clareza ou está defasada. Somente 35,7% (5 instituições das 14) encontram-se na opção a qual poderíamos dizer que seria a ideal, que nesse caso seria a opção 4, são essas instituições N, M, L, D e B.

5.1.2 A visão do Futuro

Assim como o item anterior, a opção 3 obteve 50% de respostas das organizações, de acordo com esse item a visão do futuro dessas instituições está de acordo com a missão, entretanto nem todos da instituição a conhecem. Podemos notar que as instituições J e K (que no item anterior afirmam que a missão está defasada), declararam aqui que a visão está de acordo com ela, o que nos leva a pensar que a visão do futuro talvez se encontre ultrapassada também.

A opção 4 foi selecionada por 42,8% (6) das instituições, com peso de 20 pontos. Há comprometimento de todos com a missão e a visão do futuro, a visão está enunciada com precisão, apresenta-se uma ampla compreensão da importância de se ter uma visão do futuro. Nesse caso a instituição C, que no item anterior afirma que a missão não era bem divulgada, era lembrada mais não muito trabalhada, apresenta neste item uma pequena contradição ao afirmar o comprometimento de todos com a missão.

Somente um hospital marcou a opção 2, com peso de 10 pontos. A

instituição C (antes afirmou que a missão é enunciada, mas não é suficientemente clara), afirmou que a visão encontra-se dissociada da missão, sendo conhecida e utilizada somente pelos gerentes da instituição.

5.1.3 As estratégias

Somente um hospital J marcou a opção 1, cujo valor é 5 pontos. Afirmando que o administrador sabe o que é estratégia, mas a instituição não tem suas estratégias descritas e essas não são claras. A opção 2 foi marcada apenas por um hospital, instituição I, afirmando que as estratégias são anunciadas, mas não passam de uma mera formalidade.

A opção 3 obteve 35,7% de respostas, as estratégias são de acordo com a missão e a visão do futuro, no entanto, a maioria dos colaboradores as desconhecem. São essas instituições A, D, E, H e K. A opção 4 foi assinalada pela metade dos participantes, 7 instituições. Estes declararam que as estratégias estão de acordo com a visão e missão, e essas são reconhecidas pela maioria dos colaboradores.

5.1.4 O plano estratégico

Nesse item há uma concentração maior nas alternativas 3 e 4, com o valor de 30 e 40, respectivamente. A alternativa

1 foi assinalada apenas pela instituição J, cujo administrador afirma que não sabe o que é plano estratégico, o que consequentemente leva a instituição a não ter descrito o plano, mas pode aparecer genericamente descrito em outros documentos.

Já a alternativa 2 apresenta 21,4% de respostas, demonstrando que para 3 hospitais o plano estratégico foi criado de forma incorreta e não coincide com a realidade das instituições, são elas: A, C, e H.

Nota-se que cinco hospitais selecionaram a alternativa 3 e cinco a alternativa 4. Para as entidades D, E, F, K, e M, o plano estratégico foi feito por um grupo razoavelmente representativo, mas este está parcialmente relacionado à realidade da instituição. Já as instituições que marcaram a opção 4 afirmam possuir um plano estratégico também, mas este foi criado de maneira democrática, participativa, e debatido com frequência, sendo assim, reflete a realidades das instituições, são elas: B, G, I, L e N.

5.1.5 *Os públicos preferenciais*

Neste item predominam as alternativas 3 e 4, cujo valor é 30 e 40, respectivamente. Somente 21,4% (3) das instituições selecionaram a questão 3, ou seja, as instituições D, E e J conhecem superficialmente seu público preferencial,

e nem procuram conhecer, não fazem uma pesquisa nem uma entrevista com o público.

O restante das instituições 78,6% (11 hospitais), assinalaram a opção 4, afirmam, portanto, que conhecem seu público preferencial, e se preocupam com ele, atualizam-se de acordo com a demanda, fazem pesquisas para saberem suas necessidades e buscam supri-las.

5.1.6 *Participação em redes*

Neste item podemos notar a heterogeneidade nas respostas das instituições. Para a afirmação 1, as instituições C, H e J consideram importante a participação em redes, mas efetivamente essa participação é muito pequena. Já para a alternativa 3, as instituições F, K e N, afirmam que as redes fazem parte do seu dia-a-dia, influenciando até mesmo seu planejamento estratégico, entretanto falta alinhar o planejamento estratégico e operacional com as redes em que participa.

As instituições B, D e L selecionaram a alternativa 4, ou seja, entendem que existe um alinhamento entre as redes e seus planos de ação, tendo uma grande sinergia. A alternativa 2 apresenta 28,5% de resposta, indicando que existe a participação em redes, porém as políticas não são definidas de acordo com os esforços e recursos que devem ser

envolvidos. E somente a instituição E declara que esse item não se aplica a ela.

5.1.7 A atuação geográfica

Observa-se que no item atuação geográfica houve uma predominância da alternativa 4, com 64,3% de resposta, sendo essas instituições: B, D, E, F, H, I, K, L e M. Elas afirmam que têm plena consciência da área geográfica em que atuam e sua capacidade em exercê-la. Três hospitais selecionaram a opção 3, declarando que conhecem sua área geográfica de atuação, mas nem todos da entidade tem esse conhecimento. Por fim, a instituição G afirma que tem noções

básicas de sua área de atuação, mas frequentemente dedica-se a outras áreas.

5.2 Fator Humano – Gestão de Pessoas

O indicador de Fator Humano – Gestão de Pessoas possui um máximo de 400 pontos, ou seja, caso uma organização pontue a alternativa de maior peso a número 4, o valor máximo será 400 pontos. A tabela 3 apresenta o indicador e os respectivos pesos que devem ser ponderados de acordo com a resposta escolhida para cada uma das opções. A interpretação da pontuação segue a mesma lógica do item anterior, ou seja, quanto maior a pontuação da instituição, melhor é feita a gestão de pessoas e a participação desta na organização.

Tabela 3 – Fator Humano – Gestão de Pessoas

Indicador de fator humano – gestão de pessoas - 400 pontos	1	2	3	4	NC
2.1 Centralização x descentralização	15	30	45	60	0
2.2 Formalidade x informalidade	10	20	30	40	0
2.3 A escolha de novos profissionais	15	30	45	60	0
2.4 Desligamento de colaboradores	10	20	30	40	0
2.5 Assembleia Geral	10	20	30	40	0
2.6 Conselho Diretor	15	30	45	60	0
2.7 Conselho fiscal	10	20	30	40	0
2.8 Conselho Consultivo	5	10	15	20	0
2.9 Outros colaboradores	5	10	15	20	0
2.10 Voluntariado	5	10	15	20	0
Total	100	200	300	400	0

Fonte: Elaborado pelos autores

A seguir, serão discutidos os dados referentes às respostas dadas pelos administradores dos hospitais com relação

a cada subitem deste indicador, conforme pode ser observado na tabela 4.

Tabela 4 - Pontuação encontrada para cada organização – Indicador Fator Humano

Indicador de fator humano - gestão de pessoas - 400 pontos		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
2.1	Centralização x descentralização	30	30	15	45	0	45	30	15	30	15	30	30	60	60
2.2.	Formalidade x informalidade	40	30	30	30	40	40	30	40	40	30	30	40	40	30
2.3.	A escolha de novos profissionais	60	60	0	60	0	60	30	45	60	30	45	60	0	0
2.4.	Desligamento de colaboradores	30	40	0	30	30	40	20	30	30	20	20	30	30	0
2.5.	Assembleia Geral	30	40	0	0	0	30	30	30	30	30	20	30	0	0
2.6.	Conselho Diretor	0	60	0	60	0	60	45	60	30	60	45	60	0	60
2.7.	Conselho fiscal	0	40	0	0	0	30	30	30	10	20	40	20	0	0
2.8.	Conselho Consultivo	0	20	0	0	0	15	20	0	15	10	20	0	0	0
2.9.	Outros colaboradores	20	20	0	10	0	20	15	15	0	10	10	20	20	10
2.10	Voluntariado	0	20	5	0	15	15	10	15	0	15	5	20	0	0
	Total	210	360	50	235	85	355	260	280	245	240	265	310	150	160

Fonte: Elaborado pelos autores

5.2.1 Centralização X Descentralização

A opção que obteve maior resposta foi a alternativa 2, na qual 48,9% das instituições afirmaram que tem uma administração por um pequeno grupo no qual se aceita um certo grau de aptidões, afirmam que a alta administração delega poderes, mas as decisões de maior importância, são tomadas de modo mais centralizado.

Posteriormente a alternativa 1, 21,5% das instituições (C, H e J) declararam que possuem uma administração exercida por uma única pessoa ou um grupo pequeno e restrito, de maneira que se tornam instituições bastante centralizadas.

A opção 3 com 14,3% de respostas, ou seja, duas instituições afirmam que trabalham com a multidisciplinaridade na equipe, possuindo uma ampla gama de

aptidões e sistemas transparentes na tomada de decisões. A opção 4 também foi selecionada por dois hospitais, declarando que também apresentam uma ampla gama de aptidões, tendo uma equipe multidisciplinar interligadas, sendo os membros ativos nas definições somente os da direção geral. Já a instituição E diz que esse item não se encaixa no seu perfil.

5.2.2 Formalidade X Informalidade

Com uma concentração de 50% das respostas no item 3 e os outros 50% no item 4, pode-se considerar homogêneo esse fator. As instituições A, E, F, H, I, L e M, afirmam que seus sistemas de tomadas de decisões são transparentes e formais, tendo-se níveis de hierarquia bem definidos, sendo que todas as pessoas estão formalmente relacionadas às instituições,

há contrato para prestadores de serviços, funcionários e até mesmo para voluntários, todos estão registrados em atas.

O restante das instituições que selecionaram a opção 3, também apresentam a formalização das funções e responsabilidades, entretanto, na prática ainda ocorre informalização na tomada de decisões, sendo que a maior parte das relações com as pessoas e organizações é formalizada.

5.2.3 A escolha de novos profissionais

Este item merece uma atenção especial, pois demonstra a influência que essas organizações sofrem, por parte de outras instituições. Quatro hospitais (C, E, M, N) selecionaram a opção não cabível, ou seja, são entidades “administradas” pelas prefeituras, entidades municipais, sendo assim, não participam da contratação de novos membros, são pessoas que não conhecem o interior das instituições que fazem novas contratações, o que pode levar a um prejuízo quanto às funções desempenhadas e ao profissional selecionado.

A opção 2 e 3 foi selecionada por 14,3% das instituições. A alternativa 2 representa que esse processo (processo de seleção) é feito por um pequeno grupo, o que pode levar a não-obediência dos critérios técnicos de contratação, apresentando-se apenas a busca de pessoas

conhecidas ou indicadas por conhecidos, porém evita-se o nepotismo. Já os que responderam à alternativa 3, declaram que a função de escolha é compartilhada por número razoável de pessoas, mas não se tem o perfil do novo profissional claro, falta clareza sobre o que seria ideal para as instituições, utilizam-se ferramentas inclusivas como a divulgação em jornais e rádios, mas a preferência continua por pessoas conhecidas, ou indicadas por conhecidos, lembrando que nessa situação também não são aceitos familiares do mesmo corpo funcional da instituição.

A opção 4 foi selecionada por 6 hospitais, eles entendem que esse é um fato importante para a instituição e que pode trazer mudanças, é algo compartilhado com um grande número de pessoas, busca-se fazer o estudo do perfil do novo membro, para que as mudanças trazidas sejam positivas.

5.2.4 Desligamento de colaboradores

Assim como na contratação podemos notar que o fato da instituição ser municipal também afeta o desligamento do funcionário. Assim como na contratação a instituição C e N não consideram cabíveis o desligamento, porém, as instituições E e M afirmam que no desligamento eles possuem um sistema formal, é apresentada uma política de benefícios, entretanto esses benefícios resumem-se basicamente às leis.

As instituições G, J e K (21,3%) afirmam que não há uma política de desligamento, e quando são realizadas demissões, causa-se um trauma na instituição, é algo que ainda deve ser melhorado, pois é uma “deficiência” para instituição.

Metade das instituições alegou que se encaixa na alternativa 3, ou seja, possui um sistema formal de relacionamento com seus colaboradores, possui também uma política de benefícios para o desligamento, mas, no entanto, se resume basicamente às leis. Apenas as instituições B e F (14,3%) afirmam que se enquadram no item 4 - possuem uma grande atenção para o desligamento dos funcionários, declararam se importar com os colaboradores, de maneira a procurar saber como irão se recolocar no mercado, etc.

5.2.5 Assembleia geral

Metade das instituições optou pela alternativa 3, cinco hospitais selecionaram a opção não cabível, e as duas restantes optaram uma pela opção 4 e outra pela 2. Os que selecionaram a alternativa 3, alegam que a assembleia é utilizada como oportunidade de reunir os associados de forma a debater o futuro e o presente da instituição, se propõe de maneira construtiva como a instituição deve agir.

A opção 2, selecionada pelo hospital K, afirma que a assembleia ocorre

apenas como maneira de cumprir as obrigações legais estabelecidas no estatuto, nem sequer aproveitam o momento para debater assuntos importantes da instituição. A instituição B selecionou a opção 4, ou seja, alega se encaixar, pois a assembleia dessa instituição possui comissões que trabalham em cima de temas específicos de maneira organizada, funcionando além das assembleias gerais.

5.2.6 Conselho diretor

Metade das instituições alega que o conselho diretor discute entre si e com demais colaboradores a pauta e quais as expectativas da reunião, as decisões são avaliadas nas próximas reuniões, sendo uma pessoa na organização que acompanha as atividades do conselho que efetivamente participa “dos rumos” da entidade.

As instituições A, C, E e M consideram que esse item não cabe à instituição. Já a instituição K e J afirmam que as reuniões são frequentes (mínimo de quatro por ano), e que ainda existe uma pauta, apresentada pelo principal diretor e que é cumprida. No entanto, o Conselho Diretor pouco colabora para definir os rumos da entidade, apenas corrobora com o que é executado pelo corpo funcional.

O conselho da instituição I apenas reúne- se, mas não apresenta pauta clara de

trabalho, e quando essa é apresentada, dificilmente é cumprida.

5.2.7 Conselho fiscal

Das 14 instituições, 6 afirmam que o conselho não faz parte de seu cotidiano, enquanto 21,42% (3 hospitais) selecionaram a opção 3 afirmando que o conselho tem voz ativa, e além das suas preocupações formais, preocupa-se com o planejamento financeiro.

As questões 4 e 2 obtiveram respostas de duas instituições. As instituições que se encaixam na questão 4 dizem que o conselho tem um importante papel, colaborando diretamente com a resolução de conflitos e direcionando as instituições de forma independente do conselho. Já as que se encaixaram na questão 2 afirmam que o hospital possui o conselho fiscal que se reúne e aprova as contas, sem nenhum comentário em relação aos demonstrativos financeiro.

Somente a instituição I afirma que tem conselho “por ter”, pois seu estatuto ou forma jurídica obriga, mas este participa somente *pro forma* da rotina, raramente ocorrem reuniões.

5.2.8 Conselho consultivo

As instituições que obtiveram maior ponto foram B, G e K, elas se encaixaram na alternativa 4, afirmam que possuem um conselho consultivo ativo, renovado constantemente, e as pessoas que fazem parte do conselho consultivo se sentem privilegiadas.

As instituições F e I que se encaixaram na opção 3, asseguram que seu conselho consultivo se reúne regularmente, seja de forma conjunta, individual ou em grupos de afinidade, no entanto, as recomendações do conselho têm pouca interferência nos rumos da entidade. A instituição I selecionou a opção 1 pois afirma possuir um conselho consultivo que é eventualmente consultado, de maneira não organizada, apresentando uma relativa renovação do conselho consultivo, mas poderia ser mais atualizado em relação ao dia-a-dia e ao destino da entidade.

5.2.9 Outros colaboradores

As instituições A, B, F, L e M obtiveram maior pontuação, de acordo com elas, as instituições apresentam um sistema definido para estabelecer, se relacionar e avaliar parcerias, e possuem uma grande preocupação em construir parcerias sustentáveis, de longo prazo.

Já as instituições G e H que, segundo seus diretores, encaixam-se na

alternativa 3, tem preocupações em ouvir seus parceiros, porém não se tem critérios claros para a sua avaliação. As instituições que estão na opção 2 (D, J, K e N), obtiveram 10 pontos e ainda alegam que possuem uma política escrita para as parcerias, como por exemplo, código de conduta, regulamento interno ou outro documento, as parceiras estão formalizadas, porém se tem pouca a avaliação dos resultados dos parceiros ou a relação destes com a instituição.

As outras instituições (C, E e I) afirmaram que esse item não se caixa na instituição, adquirindo assim o valor 0, elas não têm colaboração de entidades sem fins lucrativos, que trabalhem em conjunto.

5.2.10 *Participação de voluntários*

Somente as instituições B e L obtiveram pontuação máxima de 20 pontos, segundo seus administradores, em relação à participação de voluntários, a instituição possui um programa detalhado e avalia, de forma sistemática, os trabalhos dos voluntários, as questões dos voluntariados são tratadas com a mesma formalidade e capacidade de planejamento e avaliação como as dos demais colaboradores.

A alternativa 3 foi selecionada por 4 hospitais, segundo eles, tem-se um programa definido para a ação voluntária. Somente a instituição G diz se encaixar na

opção 2. Duas instituições afirmam que não têm voluntários ou se têm desconhecem, não se tem nada formal a respeito desse assunto. O restante das instituições (35,7%) diz que não tem nenhum voluntário, mas não devemos interpretar como uma deficiência, trata-se apenas da natureza da organização.

5.3 Síntese das análises

Primeiramente, antes de analisar os dados, vale ressaltar que os hospitais C, E, M, N são administrados pelas prefeituras, nos levando a inferir que a gestão/administração dos mesmos não possui autonomia para a tomada de decisões. Nota-se que o processo seletivo dos mesmos não é realizado dentro da instituição, o que pode prejudicar e inibir a formação de uma equipe mais alinhada ao contexto da organização, bem como contraria a perspectiva do envolvimento de um sujeito coletivo no desenvolvimento das estratégias, conforme Junges, Barbiani e Zoboli (2015), ou seja, sem a autonomia para selecionar, ou mesmo escolher um perfil de funcionário que possa ocupar uma vaga com um perfil específico que se encaixe na estratégia da organização, esses hospitais são prejudicados tanto no planejamento quanto na formação de equipes de trabalho. Estas instituições obtiveram uma pontuação muito baixa, se

comparada às demais, no indicador Gestão de pessoas.

Com relação a essa falta de autonomia desses hospitais mencionados acima, podemos entender que, de acordo com Morici e Barbosa (2013) e a OMS (2007), as funções do setor de recursos humanos nas organizações hospitalares não estão sendo cumpridas por essas organizações, que seriam a administração da entrada de funcionários, melhoria do desempenho destes trabalhadores e a gestão da saída destes profissionais.

Considerando que o planejamento estratégico é elaborado, seguido e avaliado pelos colaboradores dessas instituições, deve ser feita uma indagação com relação às instituições M e N, que apresentaram uma alta pontuação neste indicador, porém não possuem autonomia na gestão de seus colaboradores. A questão apontada aqui necessita de mais detalhes e de uma investigação mais aprofundada para que possa ser feita uma conclusão que consiga explicar esses dados. Uma interpretação possível seria a de que o desenvolvimento do planejamento estratégico possa ter sido elaborado de acordo com os pontos apontados por Almeida e Giglio (1998) e Antonialli (1997), porém, não houve o envolvimento dos sujeitos trabalhadores no processo, incorrendo no que Junges,

Barbiani e Zoboli (2015) denominaram de plano de ação com expertise técnica, utilizando somente a lógica de ação instrumental, a qual considera o planejamento uma pura tecnologia, apenas uma ferramenta, e não um processo que é elaborado com a participação do sujeito coletivo.

As instituições B e L que conseguiram a pontuação máxima no indicador de planejamento, tiveram também uma pontuação elevada no indicador gestão de pessoas. Esses dados corroboram com a perspectiva de Lacombe e Tonelli (2001), pois estes autores reconhecem a importância da gestão de pessoas para a consecução das estratégias organizacionais. Bem como, Sobral e Peci (2008) destacam que o sucesso da organização depende do fator humano.

Em síntese, sobre o indicador planejamento estratégico, observa-se que a maioria dos hospitais, exceto o J, obteve uma pontuação elevada, o que demonstra que seus administradores buscam alinhar as práticas da organização a um pensamento estratégico. Dois pontos específicos desse indicador merecem destaque: o conhecimento da área de atuação e do público preferencial. Esses dados sobre o conhecimento de seu público e a área de atendimento são de grande relevância para a formulação,

implementação, e controle do planejamento estratégico, conforme etapas delimitadas por Almeida e Giglio (1998).

Com relação ao fator gestão de pessoas nota-se que apenas 4 instituições (H, L F, B) conseguiram uma pontuação acima de 70% do total máximo, ou seja, acima de 280 pontos. Esses dados são preocupantes, pois considerando a natureza da organização, que é prestar atendimento aos cidadãos, e a importância que este serviço possui para a sociedade, os aspectos de gestão de pessoas deveriam ser primordiais. Estes dados são conflitantes com os resultados apontados nos indicadores de planejamento estratégico, pois conforme afirmam Lacombe e Tonelli (2001), houve um reconhecimento nas últimas décadas da importância do capital humano para a consecução das estratégias organizacionais, o que não foi verificado nos resultados, sendo assim, nos perguntamos como o planejamento estratégico é elaborado e realizado de forma efetiva, sendo que a gestão de pessoas não possui uma atenção adequada quando se trata da maioria dos hospitais pesquisados?

Observa-se que poucos hospitais utilizam adequadamente seus conselhos fiscais e consultivos, ou seja, quando existentes, não passam de mera formalidade. Esses conselhos deveriam desempenhar um papel estratégico nessas

organizações, auxiliar na gestão, elaborar planos e verificar a rotina e processos internos. Essas informações nos levam a pensar, de acordo com as ideias de Benevides e Passos (2005), que a administração desses hospitais se caracteriza como verticalizada, ou seja, não busca o envolvimento dos sujeitos da saúde por meio da socialização das tomadas de decisões e formulação de políticas.

Esses resultados corroboram com os estudos de Pinto et al. (2015), os autores estudaram indicadores de sustentabilidade em hospitais e concluíram que existe:

a necessidade de um investimento substantivo em pessoal capacitado que possa melhorar a administração dessas instituições, e que as instituições possam ir além das exigências legais e focar em procedimentos administrativos que acrescentariam muito na gestão dessas instituições de grande importância para a sociedade (PINTO et al., 2015, p.191).

Em suma, os hospitais pesquisados deveriam estar mais atentos e fazer mais investimentos em gestão de pessoas, visto que os colaboradores é que desempenham as funções, elaboram planos, atendem o público, ou seja, são centrais e essenciais para o bom funcionamento da organização.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho contribuiu para uma visão sobre os fatores de planejamento estratégico e gestão de pessoas de 14 organizações hospitalares nos dez municípios que compõem a Microrregião do Sul e Sudoeste de Minas: Andrelândia, Alfenas, Itajubá, Passos, Poços de Caldas, Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí, São Lourenço, São Sebastião do Paraíso e Varginha.

A análise dos dados permitiu concluir que a gestão de pessoas nas organizações hospitalares, a gestão do fator humano, são pontos críticos dessas instituições e necessitam de uma atenção especial, pois, de acordo com os indicadores utilizados precisam ser melhor gerenciados, para que essas instituições consigam melhorar suas práticas administrativas e consequentemente prestem um serviço de melhor qualidade à população. Nota-se que não existe, na maioria desses hospitais, o envolvimento do “sujeito coletivo” na elaboração do planejamento estratégico, bem como não há o envolvimento dos “sujeitos de saúde” na tomada de decisão e elaboração de políticas específicas direcionadas às ações de saúde, o que nos leva a concluir que a administração desses hospitais ainda pode ser considerada verticalizada, ou seja, para que seja feita uma gestão participativa em

alternativa ao modelo existente hoje, existe a necessidade de investimento tanto na autonomia dos hospitais, quanto no envolvimento participativo dos sujeitos.

Com relação aos aspectos de planejamento estratégico, nota-se que as organizações obtiveram um resultado melhor, se comparado ao outro fator (fator humano), porém entende-se que o planejamento estratégico não pode ser analisado desconsiderando o papel fundamental que os colaboradores possuem em todo o processo, elaboração, consecução, avaliação, entre outros. Sendo caracterizado, portanto, como uma pura tecnologia ou ferramenta elaborada e direcionada para a construção de um plano de ação, somente por quem tem uma experiência, uma expertise técnica, desconsiderando assim a participação de um sujeito coletivo.

Diante do exposto, entendemos que estes dados podem ser úteis para que estas e outras organizações hospitalares repensem suas práticas e seu modelo de administração. Sugere-se que estas questões abordadas aqui sejam discutidas com as equipes de gestão das organizações participantes e que sejam realizadas outras pesquisas com a intenção de aprofundar alguns aspectos relevantes destacados neste artigo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. I. R. Planejamento estratégico sendo aplicado em unidades de organizações e em profissionais. In: IV SEMEAD. **Anais...** São Paulo, FEA USP. 1999.
- ALMEIDA, M. I. R.; GIGLIO, M. O planejamento estratégico no ramo imobiliário: um estudo exploratório. In: III SEMAD. **Anais...** São Paulo, FEA/USP, 1998.
- ANSOFF, I. **Estratégia empresarial.** São Paulo: Atlas, 1977.
- ANTONIALLI, L. M. Planejamento estratégico: um caso prático em uma pequena empresa rural que atua em pecuária leiteira. II SEMAD – Seminários em Administração, In: **Anais...** São Paulo, FEA/USP, p: 83-95. 1997.
- ARANHA, I. M. Brasil. **Direito sanitário e saúde pública.** Manual de atuação jurídica em saúde pública e coletânea de leis e julgados em saúde. 2003. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVol2.pdf>. Acesso em: 08 out. 2014.
- BENEVIDES, R. D; PASSOS, E. H. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, Botucatu, v. 9, n.17, 2005.
- BERGUE, S. T. **Gestão de Pessoas em Organizações Públicas.** 3 ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2010.
- BRASIL. **Constituição de 1988.** Constituição da República federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 14 out. 2014.

- BRUCE, A., LANGDON, K. **Strategy thinking:** brainstorming systems, logic techniques, goals, initiating planning tactics, solving action plans, & analyzing. London: Dorling Kindersley, 2000.
- CARPINTÉRO, J. N. C. Custos na área de saúde: considerações teóricas. In: Congresso Brasileiro de Custos, 6, São Paulo, 1999.
- COHEN, A. R.; FINK, S. L. **Comportamento organizacional: conceitos e estudos de caso.** Rio de Janeiro: Campus, 2003.
- FREIRE, M. T. C. et al. A voz dos trabalhadores sobre a gestão participativa em um hospital de grande porte. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, v. 4, n. 4, p. 34-54, 2014.
- JIMENEZ-JIMENEZ, D.; SANZ-VALLE, R. Could HRM support organizational innovation? **The International Journal of Human Resources Management**, v. 19, n. 7, p. 1208-1221, 2008.
- JUNGES, J. R.; BARBIANI, R.; ZOBOLI, E. L. C. P. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 265-274, jun. 2015.
- LACOMBE, B. M. B.; TONELLI, M. J. O Discurso e a prática: o que nos dizem os especialistas e o que nos mostram as práticas das empresas sobre os modelos de gestão de recursos humanos. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 157-174, may/ago. 2001.
- LEGGE, K. **Human Resource Management:** Rethorics and Realities. New York: Palgrave Macmillan, 2005.
- MIGLIATO, A. L. T. **Planejamento estratégico situacional aplicado à**

pequena empresa: estudo comparativo de casos em empresas do setor de serviços (hoteleiros) na região de Brotas-SP. 2004. 223f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção). Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, SP, 2004.

MORICI, M. C.; BARBOSA, A. C. Q. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 205-225, Feb. 2013.

OLIVEIRA, S. G.; CASSIMIRO, W. T. Planejamento estratégico: aplicação do método em uma micro empresa. **Anais...** do VII SEMEAD - Seminários em Administração. São Paulo, FEA/USP, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Trabalhando juntos pela saúde. Relatório Mundial de Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

PANTOJA, M. J.; CAMÕES, M. R. S.; BERGUE, S. T. **Gestão de pessoas: bases teóricas e experiências no setor público.** Brasília: ENAP, 2010.

PEABIRU. Indicador de Sustentabilidade para o 3º Setor: uma ferramenta de autoaplicação. 2001. Disponível em: <http://www.peabiru.org.br/2008/downloads/indicador_ongs.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

PELISSARI, A. S. Processo de formulação de estratégias em pequenas empresas com base na cultura corporativa e competências gerenciais. 2007. 221f. Tese (Engenharia de Produção). Universidade Metodista de Piracicaba, Santa Bárbara D'Oeste, SP, 2007.

PETTIGREW, A. M.; MASSINI, S. Innovative forms of organizing: trends in Europe, Japan and the USA in the 1990s. In Pettigrew, A. M. et al. (Eds.), **Innovative Forms of Organizing**, pp. 1-32. London: Sage, 2003.

PIERANTONI, C.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. R. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises.** v. 2, p. 51-70. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PINHO, A. CECILIO, P. P; NEIRA, M. S.; DIAS, D. S.; SEVERIANO, F.P.; BURGUETTI, F.C. **Manual básico de saúde pública: um guia prático para conhecer e garantir seus direitos.** Penápolis: Edição dos autores, 2012. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Cartilhas/manual_basico_saude_publica.pdf>. Acesso em: 08 out. 2014.

PINTO, L. B. VILAS BOAS, A. A.; SILVA, N. R.; PIRES, A. A. S.; CARDOSO, R. F; ADELL, E. F. Indicadores de sustentabilidade para saúde pública no sul de Minas Gerais: uma análise comparativa. **Business and Management Review**, Especial Issue, v. 1, n.10, p. 34-42, abr. 2015.

SEIXAS, P. H. D. Os pressupostos para a elaboração da política de recursos humanos nos sistemas nacionais de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos em Saúde: seminário internacional.** Brasília, 2002. p. 100-113.

SILVA, A. A. da. **Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços: um novo relacionamento estratégico.** Porto Alegre, 2003.

SILVA, L. S.; LUZ, T. R. Gestão por competências um estudo dos impactos gerados na avaliação de desempenho e remuneração. **Revista eletrônica Gestão e Sociedade**, v. 4, n. 8, p. 539-561, maio/ago, 2010.

SILVA, M. D. O. P. et al. Uma análise comparativa dos indicadores de desempenho de uma entidade de saúde pública de Caruaru - PE: um aplicativo estratégico do Balanced Scorecard. In: CONGRESSO USP DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 3, 2006, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Congresso USP de Iniciação Científica, 2006.

SOBRAL, F.; PECI, A. **Administração: teoria e prática no contexto brasileiro**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2008.

VILAS BOAS, A. A.; ANDRADE, R. O. B. **Gestão Estratégica de Pessoas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

VILAS BOAS, A. A.; OLIVEIRA, E. R. de; CARDOSO, R. F. Social Management: the dilemma of human resource management in the nonprofit sector. **Anais...** XVI Annual Conference of the International Research Society for Public Management (IRSPM), Roma: University of Tor Vergata, 2012.