

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO

Cristiane Fraga Da Silveira Sastre

**GESTÃO DE PESSOAS EM CONTEXTOS EXTREMOS: DESAFIOS DE UMA
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR SOB O CENÁRIO DA PANDEMIA COVID-19**

Porto Alegre

2024

Cristiane Fraga Da Silveira Sastre

**GESTÃO DE PESSOAS EM CONTEXTOS EXTREMOS: DESAFIOS DE UMA
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR SOB O CENÁRIO DA PANDEMIA COVID-19**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Administração.

Área de concentração: Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho

Orientadora: Profa. Dra. Andrea Poletto Oltramari

Porto Alegre

2024

CIP - Catalogação na Publicação

Sastre, Cristiane Fraga da Silveira
GESTÃO DE PESSOAS EM CONTEXTOS EXTREMOS: DESAFIOS
DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR SOB O CENÁRIO DA
PANDEMIA COVID-19 / Cristiane Fraga da Silveira
Sastre. -- 2024.
122 f.
Orientadora: Andrea Poletto Oltramari.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Administração, Programa de
Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre, BR-RS,
2024.

1. Gestão de Pessoas. 2. Contextos Extremos. 3.
Instituições Hospitalares Brasileiras. 4. Pandemia
COVID-19. 5. Estudo de Caso. I. Oltramari, Andrea
Poletto, orient. II. Título.

Cristiane Fraga Da Silveira Sastre

**GESTÃO DE PESSOAS EM CONTEXTOS EXTREMOS: DESAFIOS DE UMA
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR SOB O CENÁRIO DA PANDEMIA COVID-19**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Administração.

Tese aprovada em 29 de outubro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Andrea Poletto Oltramari – Orientadora (PPGA/UFRGS)

Profa. Dra. Angela Beatriz Busato Scheffer (PPGA/UFRGS)

Profa. Dra. Carmem Regina Giongo (PPG Psicologia/FEEVALE)

Profa. Dra. Fernanda Tarabal Lopes (PPGA/UFRGS)

Profa. Dra. Maria Jose Tonelli (FGV EAESP)

Prof. Dr. Renato Koch Colomby (PPGSS/IFPR)

*“A pandemia fez o homem ver que ele é mortal.
Tem muita gente que acha que é imortal, mas não é.
Nem pessoas, nem organizações”
(Entrevistado GP1)*

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente aos meus pais, Flavio e Maria Antônia, pelo amor e apoio incondicional às três filhas e, por desde muito cedo, ensinarem e inculcaram em seus exemplos de vida valores tão importantes quanto o cuidado, a ética e a busca constante pela autonomia e pela ampliação do conhecimento.

Agradeço às minhas irmãs, Caroline e Joice, pelo amor, pelo companheirismo, pela mais verdadeira amizade e por fazerem-se sempre tão presentes em minha vida e meu coração, ainda quando nas condições de distanciamento impostas pelo cotidiano.

Agradeço aos meus amados sobrinhos Beatriz, Antônio, Augusto, Lukas e Isadora que, com sua simples e maravilhosa existência, recarregam com as melhores energias, qualquer momento de hesitação quanto à crença que todos sempre podemos (e devemos) contribuir para um mundo melhor.

Agradeço ao meu esposo Ricardo, por ter compartilhado comigo tantos anos de caminhada, tentando equilibrar rotinas extremamente pesadas de estudos, de trabalho e de vida. Agradeço muito por sua presença e reflexões sobre nossas escolhas quando tudo se mostrou tão difícil.

Agradeço à instituição UFRGS, por possibilitar meu acesso – e de tantos outros pesquisadores que alimentam este sonho - à universidade pública, gratuita e de qualidade, que representa um papel fundamental na produção de conhecimento crítico e de relevância para melhoria da qualidade de vida e das relações sociais de toda a comunidade impactada por seus estudos.

Agradeço aos queridos e acolhedores colegas do PPGA com quem eu tive oportunidade de conviver ao longo destes anos, que trouxeram leveza e incentivo ao longo do percurso acadêmico. Incluo neste agradecimento especialmente minhas colegas de orientação – Claudía, Greice, Sandra e Alba – e os colegas veteranos das turmas que nos antecederam, que tão bem me acolheram e incentivaram, compartilhando suas vivências, conhecimentos e afetos.

Agradeço aos excelentes professores que tive a oportunidade de conhecer no decorrer das disciplinas cursadas na Escola de Administração e, especialmente aos professores componentes de minha banca: Angela Beatriz Busato Scheffer, Carmem Regina Giongo, Fernanda Tarabal Lopes, Maria José Tonelli e Renato Koch Colomby,

pela atenção da leitura e por suas valiosas contribuições e críticas que certamente não se limitarão à conclusão deste estudo.

Agradeço à Santa Casa de Porto Alegre, por me disponibilizar o campo para realização desta pesquisa e a cada um dos participantes que depositou sua confiança nos aspectos metodológicos e éticos desta pesquisa e disponibilizou seu concorrido tempo de vida e trabalho, para contribuir de forma tão significativa com suas percepções. Agradeço muito pela possibilidade de escutá-los e espero que se sintam representados e mais aproximados das discussões que permeiam este contexto. Agradeço também especialmente às minhas gestoras, Mayumi e Marluci, que demonstraram abertura e incentivo à realização desta pesquisa, desde o momento de meu ingresso na instituição.

Agradeço aos ex-colegas da Unimed Vale do Caí, que me acompanharam desde o início da formação e que estiveram comigo nos períodos mais críticos da pandemia COVID-19, vivência que se mostrou crucial para concepção desta proposta de estudo.

Por fim, e de forma mais que especial, agradeço à minha professora e orientadora Andrea Oltramari, pela paciência, pelo acolhimento, pela confiança e pela afetividade sempre presentes e, principalmente, pelo inesgotável incentivo à minha continuidade e crescimento no ambiente acadêmico. Me sinto extremamente grata pela possibilidade de tê-la ao meu lado nesta trajetória.

RESUMO

Um contexto extremo é definido como um ambiente onde um ou mais eventos extremos estão ocorrendo ou são prováveis de ocorrer e que podem exceder a capacidade da organização de prevenir e resultar em uma magnitude extensa e intolerável de consequências físicas, psicológicas ou materiais para membros da organização. O trabalho em instituições hospitalares pode ser caracterizado como um contexto extremo, especialmente considerando que consiste em um campo que teve suas demandas intensificadas no contexto da pandemia COVID-19. A partir do pressuposto de que a gestão de pessoas em contextos extremos demanda uma atuação mais assertiva e alinhada às especificidades do campo e às expectativas dos trabalhadores e das instituições hospitalares, o presente estudo tem por objetivo compreender como contextos extremos implicam desafios específicos à gestão de pessoas na área da saúde, a partir da realização de uma pesquisa de natureza qualitativa, que utiliza como base o método de estudo de caso, realizado em uma instituição hospitalar de grande porte situada na região sul do Brasil, atravessada pelo cenário da pandemia COVID-19. Como principais resultados são apresentadas sete categorias analíticas, as quais fundamentam a proposição de uma tipologia para estudo da gestão de pessoas em contextos extremos, que visa contribuir com o avanço das reflexões acerca do nível de compasso das estratégias e práticas de gestão de pessoas nas organizações de contextos extremos. A partir dos resultados do estudo, argumenta-se que as estratégias e práticas de gestão de pessoas também podem interagir com o contexto e servir para influenciar ou atenuar os níveis de extremidades organizacional. A relevância deste estudo consiste em sua potencial contribuição para ampliação do conhecimento teórico-empírico referente aos desafios da gestão de pessoas em contextos, sob a perspectiva dos diferentes atores que compõem este campo, bem como para o desenvolvimento da pesquisa nacional em contextos extremos.

Palavras-chave: Gestão de Pessoas. Contextos Extremos. Instituições Hospitalares Brasileiras. Pandemia COVID-19. Estudo de Caso.

ABSTRACT

An extreme context is defined as an environment where one or more extreme events are occurring or are likely to occur and that may exceed the organization's ability to prevent and result in an extensive and intolerable magnitude of physical, psychological, or material consequences for members of the organization. Work in hospital institutions can be characterized as an extreme context, especially considering that it consists of a field that has had its demands intensified in the context of the COVID-19 pandemic. Based on the assumption that people management in extreme contexts demands more assertive action aligned with the specificities of the field and the expectations of workers and hospital institutions, this study aims to understand how extreme contexts imply specific challenges to people management in the health area, based on the conduct of a qualitative research, which uses the case study method as a basis, carried out in a large hospital institution located in the southern region of Brazil, crossed by the scenario of the COVID-19 pandemic. The main results are seven analytical categories that support the proposal of a typology for studying people management in extreme contexts, which aims to contribute to the advancement of reflections on the level of alignment of people management strategies and practices in organizations in extreme contexts. Based on the results of the study, it is argued that people management strategies and practices can also interact with the context and serve to influence or mitigate the levels of organizational extremity. The relevance of this study lies in its potential contribution to expanding theoretical-empirical knowledge regarding the challenges of people management in contexts, from the perspective of the different actors that make up this field, as well as for the development of national research in extreme contexts.

Keywords: People Management. Extreme Contexts. Brazilian Hospital Institutions. COVID-19 Pandemic. Case Study.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa conceitual da Tese.....	21
Figura 2 - Tipologia de contextos extremos	24
Figura 3 - Mosaico de reportagens sobre profissionais da saúde na pandemia COVID-19	30
Figura 4 - Protocolo da Revisão Sistemática de Literatura	34
Figura 5 - Proposta de tipologia para estudo da gestão de pessoas em contextos extremos	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese das dimensões dos contextos extremos.....	24
Quadro 2 - Tipos de organização relacionadas a contextos extremos.....	26
Quadro 3 - Estratificação de exemplos de dilemas morais.....	37
Quadro 4 - Caracterização dos participantes da pesquisa – etapa de entrevistas	59
Quadro 5 - Relação dos objetivos específicos e técnicas utilizadas	61
Quadro 6 - Síntese analítica: Categoria Clima organizacional.....	68
Quadro 7 - Síntese analítica: Categoria Liderança	72
Quadro 8 - Síntese analítica: Categoria Dilemas morais.....	79
Quadro 9 - Síntese analítica: Categoria Estratégias e práticas de gestão de pessoas	91
Quadro 10 - Resumo das categorias de análise e principais tópicos relacionados	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BP	Business Partner
CEMADEN	Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Confederação Nacional de Saúde
ECR	Extreme Context Research
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
FIA	Fundação Instituto de Administração da Universidade de São Paulo
GP	Gestão de Pessoas
HR	Human Resources
ISCOMPA	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
MIT	Massachusetts Institute of Technology
MP	Medida Provisória
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PICs	Práticas Integrativas Complementares
PCR	Polymerase Chain Reaction
RH	Recursos Humanos
SADTs	Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
SWAT	Special Weapons and Tactics
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCSA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization
WoS	Web of Science

SUMÁRIO

ONDE O TEMA DE ESTUDO E A TRAJETÓRIA DA PESQUISADORA SE ENTRELAÇAM	13
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	17
1.2 QUESTÃO DE PESQUISA, OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICO.....	20
2 REFERENCIAIS TEÓRICOS QUE PERMEIAM A PESQUISA.....	22
2.1 PANORAMA DE PESQUISA EM CONTEXTOS EXTREMOS	22
2.2 GESTÃO DE PESSOAS NA ÁREA DA SAÚDE	28
2.3 DILEMAS MORAIS: DOS TRABALHADORES DA SAÚDE À GESTÃO DE PESSOAS NA PANDEMIA COVID-19	31
2.4 DESAFIOS DA GESTÃO DE PESSOAS EM CONTEXTOS EXTREMOS, SOB O CENÁRIO DA PANDEMIA COVID-19.....	40
3 PERCURSO METODOLÓGICO	46
3.1 APRESENTAÇÃO GERAL DO PERCURSO METODOLÓGICO.....	46
3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	48
3.3 APRESENTAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA (O CASO DE ESTUDO).....	50
3.3.1 A Santa Casa de Porto Alegre: das origens aos dias atuais.....	50
3.3.2 Breve retrospectiva: a Santa Casa no contexto da pandemia COVID-19.....	52
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS – ETAPA DE ENTREVISTAS ..	58
3.4.1 Apresentação dos participantes da pesquisa – etapa de entrevistas.....	59
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS – PESQUISA DOCUMENTAL	60
3.6 ESTRATÉGIA E TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS	62
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
4.1 CATEGORIAS DE ANÁLISE E ARTICULAÇÕES TEÓRICO-EMPÍRICAS	63
4.1.1 Clima organizacional.....	63
4.1.2 Liderança.....	68
4.1.3 Dilemas morais.....	73
4.1.4 Estratégias e práticas de gestão de pessoas	80
4.1.5 Desafios da gestão de pessoas em contextos extremos.....	93
4.1.6 Lições aprendidas (ou a aprender)	99
4.1.7 Outros fatores contextuais	101
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
5.1 CONTRIBUIÇÕES, ORIGINALIDADE E INEDITISMO DA TESE.....	107
5.2 LIMITAÇÕES E POSSIBILIDADES DE INVESTIGAÇÕES FUTURAS	108
PÓS-FÁCIO: REFLEXÕES SOBRE PRÁTICAS DE GESTÃO DE PESSOAS NO CONTEXTO DAS CRISES CLIMÁTICAS DO RIO GRANDE DO SUL	109
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICE A - CARTA-CONVITE.....	118
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	119
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	121

ONDE O TEMA DE ESTUDO E A TRAJETÓRIA DA PESQUISADORA SE ENTRELACAM

Minha relação com o tema do estudo data de muito antes da concepção desta pesquisa, há pouco mais de vinte anos, quando ainda estudante de Psicologia fui apresentada à área de gestão de pessoas para realização do meu primeiro estágio em uma indústria multinacional. De lá para cá foram muitas descobertas, aprendizados e desafios, com os quais pude me deparar a partir do trabalho em gestão de pessoas em organizações com diferentes culturas, portes e segmentos.

Dentre estas diferentes vivências, sem dúvida a que marcou mais significativamente minha trajetória foi a gestão de pessoas na área da saúde: considerando minha experiência como coordenadora da área em uma instituição de saúde mental de médio porte, minha posterior posição como gerente da área em uma instituição hospitalar de grande porte e a posição atual como parceira de negócios de gestão de pessoas em um dos maiores complexos hospitalares do Brasil, já se somam doze anos de caminhada na área da saúde, que contribuíram progressivamente com meu interesse pela pesquisa neste campo de estudo.

Minha dissertação de Mestrado, defendida em 2019, abordou os movimentos de flexibilização das relações de trabalho sob a perspectiva de trabalhadores da enfermagem, tendo como pano de fundo a então recente e polêmica Reforma Trabalhista brasileira (Lei 13.467/2017). A partir desta pesquisa tive a oportunidade de aprofundar meus conhecimentos teórico-empíricos sobre o trabalho em saúde e, a partir da análise das histórias de vidas dos trabalhadores participantes, pude melhor compreender as particularidades deste campo historicamente precarizado e repleto de lutas.

No ano seguinte à defesa de minha dissertação e concomitante ingresso no Doutorado – já inclinada a prosseguir com meus estudos no campo da gestão de pessoas e do trabalho em saúde – a pandemia COVID-19 eclode no Brasil e no mundo, impactando rapidamente na economia, nas relações pessoais e de trabalho e, especialmente, nas condições de saúde de toda a população.

Diante de diretrizes morosas e conflitantes do governo brasileiro no que diz respeito à adoção de medidas preventivas e de cuidado com a população, instituições de saúde públicas e privadas foram colocadas à prova para reagir rapidamente a este novo cenário, repleto de incertezas e instabilidades. Imediatamente os trabalhadores da saúde

assumiram o protagonismo como “trabalhadores essenciais”, convocados a atuar na linha de frente do combate ao vírus para cuidar de uma sociedade por vezes contraditória, que ora os aplaudia, ora os repelia – relacionando a proximidade com os mesmos como potencial fonte de contaminação – e que ora temia o vírus, ora o subestimava – desrespeitando medidas protetivas básicas e contribuindo ainda mais para sua disseminação.

Em um prazo curtíssimo, a área de gestão de pessoas das instituições de saúde também foi convocada a repensar e a readequar suas práticas diante deste novo contexto e faz-se mister ressaltar que dentro de organizações públicas e privadas a gestão de pessoas na área da saúde é conduzida por pessoas que trabalham para pessoas que cuidam de pessoas. Em um contexto extremo, influenciado pela dinâmica organizacional e acentuado pela pandemia COVID-19, o orgulho e compromisso com a profissão se misturam a uma série de medos, angústias e conflitos relacionados à preservação da própria vida dos trabalhadores da saúde, incluindo os trabalhadores da área de gestão de pessoas e a preocupação com a saúde de suas famílias.

No auge deste cenário de grande incerteza e na condição de trabalhadora responsável pela gestão de pessoas de uma instituição de saúde com mais de 800 profissionais, me deparei com a grande responsabilidade de pensar em políticas e práticas de gestão de pessoas e relações de trabalho que pudessem dar conta desta nova realidade, repleta de importantes questionamentos: Como organizar e capacitar sistematicamente a equipe de trabalho considerando os diversos novos procedimentos relacionados à pandemia? Como manter a equipe de gestão de pessoas atualizada e com domínio de todas as possibilidades e entraves apresentados pela legislação trabalhista vigente? Como preservar a saúde física dos trabalhadores frente a uma pandemia cujos riscos de contaminação se fazem presentes não somente dentro da estrutura física da instituição, mas também no âmbito pessoal e social de cada trabalhador? Como manter o clima organizacional e a saúde mental dos trabalhadores e buscar ser continente às estratégias individuais e coletivas de defesa frente ao sofrimento do trabalho no cotidiano?

Apesar da grande dificuldade de conciliar minha própria sobrecarga de trabalho – intensificada pelas novas demandas em gestão de pessoas – com meus estudos no Doutorado, a partir destas preocupações e vivências, ainda em 2020 iniciei o esboço do que se comporia posteriormente em meu diário de campo, inicialmente gravado em áudios compartilhados com minha orientadora e gradualmente transcrito, na expectativa de que pudessem me auxiliar na estruturação da Tese, que na época ainda estava por delinear-se.

Não somente de reflexões sobre técnicas e práticas de gestão de pessoas foi sendo escrito este diário de campo, mas também de angústias, de receios e de dilemas morais que começaram a fazer parte tanto de meu cotidiano, quanto de outros diversos trabalhadores de meu círculo de convivência profissional, que também seguiram atuando na “linha de frente” da gestão de pessoas em saúde.

Buscando maior embasamento teórico para compreensão deste cenário, no decorrer das pesquisas para construção deste estudo, tive a oportunidade de conhecer e me aproximar do referencial de pesquisa em contextos extremos – conceito que será apresentado nesta pesquisa e com o qual obtive grande identificação.

Instigada a contribuir com a construção do conhecimento acerca dos bastidores do trabalho em saúde, sobre as especificidades da gestão de pessoas em contextos extremos e sobre os desafios que perpassam a gestão de pessoas neste campo, sob a perspectiva dos diferentes atores que interagem neste contexto a concepção deste estudo¹ partiu justamente destas reflexões.

As contribuições recebidas em minha banca de defesa do projeto de tese e uma mudança profissional, subsequente a esta etapa, possibilitaram o redirecionamento de minha estratégia de pesquisa e o vislumbre de um novo campo ainda mais amplo: uma nova vivência em instituição hospitalar, maior em tamanho e complexidade, também profundamente permeada pelo cenário da pandemia COVID-19 e com múltiplas possibilidades de análise, sob uma perspectiva na qual eu não estaria diretamente imersa, ainda que inevitavelmente conectada.

Reviver a passagem das etapas mais críticas da pandemia, as ações, as inações, as decisões, as incertezas e os dilemas sob o olhar do outro e a partir disso, me permitir a construção de novas reflexões e conhecimentos... eis a mágica da pesquisa, que não se mensura somente por aquilo que se forma, mas principalmente pelo que transforma, especialmente em contextos extremos e tempos difíceis.

¹ A discussão teórica que antecedeu o início da aplicação desta pesquisa – e que serviu de base para integração e discussão teórico-empírica dos dados relacionados aos objetivos geral e específicos – encontra-se publicada nos artigos SASTRE, C. F. S.; OLTRAMARI, A. P. Gestão de Pessoas na área da Saúde em Contextos Extremos: a pandemia COVID-19 como potencial campo de estudo, 2022. Anais do XLVI Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração - EnANPAD 2022 e SASTRE, C. F. S.; OLTRAMARI, A. P. Dilemas Morais de Trabalhadores da Enfermagem no contexto da Pandemia COVID-19: reflexões à luz da teoria de Hannah Arendt, 2023. Anais do VIII Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho - EnGPR 2023.

Minha imensa admiração e respeito a todos os trabalhadores da saúde e minha mais sincera continência e acolhida a todos os colegas profissionais de gestão de pessoas que atuam no campo da saúde.

1 INTRODUÇÃO

Nesta seção são apresentadas a contextualização, a questão de pesquisa, os objetivos geral e específicos do estudo.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, a World Health Organization – WHO foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos. Uma semana depois, em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. Em 30 de janeiro de 2020, a WHO declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela WHO como uma pandemia² (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2021).

No Brasil, o primeiro caso da COVID-19 foi registrado em 26 de fevereiro de 2020 e, até setembro de 2024, o país já acumula mais de 38 milhões de casos confirmados e mais de 700 mil mortes (letalidade de 1,8%), além dos casos assintomáticos e não notificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2024).

A pandemia COVID-19 também alterou as dinâmicas de vida, trabalho e cuidado na sociedade, ocasionando imensuráveis transformações sociais e impactos à carreira de diversos profissionais, especialmente das mulheres (BIANCONI et al., 2020). Tratando-se de uma situação de interesse público e responsabilidade generalizada, a pandemia

² Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2021), o termo “pandemia” se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade. A designação reconhece que, no momento, existem surtos de COVID-19 em vários países e regiões do mundo.

COVID-19 tem demandado da sociedade brasileira a realização de ações coletivas e individuais, de natureza pública e privada; bem como a reorganização de práticas nas instituições dos diversos setores que compõem a estrutura social (SANTOS, 2020).

A ameaça sem precedentes da COVID-19 causou sofrimento inimaginável em todo o mundo, mas embora a pandemia seja antes de tudo uma crise de saúde pública, não se deve perder de vista os desafios relacionados que são consequentes para conter essa ameaça e promover uma recuperação rápida e sustentável, considerando que, no longo prazo, como qualquer crise, a pandemia também possibilita um campo fértil para reflexões e aprendizados (ZOUÉV, 2020).

A pandemia COVID-19, de acordo com Rouleau; Hällgren; De Rond (2020), oferece várias oportunidades para pesquisa em contextos extremos³, ao passo que é um experimento no qual somos simultaneamente observadores e participantes e a COVID-19 oferece uma rara chance de estudar uma crise à medida que ela se desenrola e o contexto atual fornece um laboratório *in vivo* quase perfeito para o estudo de temas recorrentes na pesquisa de risco, emergência e crise, tais como: quais as fontes de flexibilidade e inércia organizacional ao responder a uma pandemia; como rotinas adaptativas emergem e evoluem em resposta a crises; como organizações semelhantes respondem de forma diferente ao que parecem ser ameaças e oportunidades semelhantes, dentre outras relevantes questões.

Ainda que a pandemia COVID-19 não possa ser classificada como um contexto extremo para todos, considerando que não afetou a todos da mesma forma ou na mesma medida – ou seja, não é universalmente extrema – Rouleau; Hällgren; De Rond (2020) apontam para grupos e organizações que se encontraram no extremo mais agudo da pandemia, seja por ter perdido alguém com quem se importavam, seja porque tiveram seu trabalho colocado em primeiro plano, tais como cientistas trabalhando em uma vacina, coletadores de lixo, estoquistas de supermercados, policiais, funcionários de casas de repouso, serviços de entrega de encomendas e profissionais de saúde, dentre outros, sobre os quais a sociedade passa a se referir como trabalhadores essenciais.

Em todo o mundo, profissionais da saúde foram mobilizados para enfrentamento e controle da doença, o que ressaltou, de maneira expressiva, o papel essencial que esses

³ A pesquisa em contextos extremos é internacionalmente reconhecida pela sigla ECR - *Extreme Context Research* e a comunidade *Organizing Extreme Contexts* reúne pesquisadores de todo o mundo interessados nos fenômenos empíricos de contextos extremos, para o desenvolvimento de teorias que aumentem a capacidade da sociedade de se preparar e lidar com eventos adversos. Maiores informações estão disponíveis no site <https://organizingextremecontexts.org/>.

trabalhadores desempenham na proteção à vida das pessoas e no fortalecimento dos sistemas de saúde (GRANDA et al., 2021).

As especificidades do trabalho em saúde, que incluem seus processos, relações e condições de trabalho, somadas às perspectivas coletivas e individuais de seus respectivos trabalhadores apresentam-se como campo fértil de estudo para compreensão dos impactos de movimentos atuais do contexto de trabalho nas próprias relações de trabalho (SASTRE, 2019).

Campos (2010) entende que no trabalho em saúde, além da técnica, baseada no saber acumulado previamente, é necessária uma reflexão sobre o contexto singular em que a ação se desenvolve, considerando-se os outros sujeitos envolvidos, valores, significados, condições históricas etc.

Considerando que as instituições de serviços hospitalares podem ser classificadas como organizações de trauma (HANNAH et. al, 2009) e de emergência (HÄLLGREN; ROULEAU; DE ROND, 2018), é importante destacar que as mesmas se tratam de organizações complexas, hierárquicas e multiníveis e que a mudança organizacional e a adoção de práticas de gestão de pessoas não são processos simples, justificando-se, por consequência, um número crescente de estudos direcionados à compreensão das barreiras para a implantação da gestão estratégica de pessoas em ambientes hospitalares (COOKE; BARTRAM, 2015).

Todavia, Hamouche (2021) refere que há pouquíssimos estudos sobre o impacto da COVID-19 na gestão de pessoas, seus desafios e suas potenciais oportunidades nas organizações, ao passo que gestores e profissionais de gestão de pessoas precisam de informações relevantes que os ajudem a passar por esse cenário de forma eficaz e eficiente, para poder apoiar seus funcionários e sustentar os negócios da organização na qual estão inseridos.

Corroborando com esta visão, Amorim et al. (2023) referem que a gestão de RH teve desafios tensos e acelerados, enfrentados de modo diferenciado nas organizações e, especialmente, nos diversos contextos regionais do Brasil. Apesar desse quadro, os autores referem que persiste a escassez de pesquisas abordando o posicionamento da gestão de RH quanto às relações de trabalho em perspectiva nacional, ou comparativa entre regiões, cujas vocações econômicas ensejam atuação distinta das organizações, nacionais ou internacionais, em seus variados ramos de atividades.

Os autores ainda apontam o potencial de continuidade da pesquisa em outras regiões do Brasil e estimulam iniciativas de desenvolvimento da gestão de pessoas

acopladas aos contextos locais e/ou regionais das organizações, visando a compreensão de medidas de superação de crises, o alinhamento com a dimensão das estratégias organizacionais e a institucionalização das ações de gestão de RH, dentre outros aspectos (AMORIM et al., 2023).

Considerando o pressuposto de que a gestão de pessoas em contextos extremos demanda uma atuação mais assertiva e alinhada às especificidades do campo e às expectativas dos trabalhadores e das instituições hospitalares, a **relevância deste estudo** consiste em sua potencial contribuição para ampliação do conhecimento teórico-empírico referente aos desafios da gestão de pessoas na área da saúde em contextos extremos, sob a perspectiva dos diferentes atores que compõem este contexto, bem como contribuir para a ampliação da pesquisa nacional em contextos extremos, considerando o potencial de desenvolvimento de novas publicações teórico-empíricas relacionadas ao contexto brasileiro.

1.2 QUESTÃO DE PESQUISA, OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICO

A questão de pesquisa busca avaliar **de que modo contextos extremos implicam desafios específicos à gestão de pessoas na área da saúde?**

Considerando que o trabalho em instituições de saúde pode ser caracterizado como um contexto extremo, especialmente tratando-se de instituições de serviços hospitalares no cenário da pandemia COVID-19, este estudo tem por objetivo geral **compreender como contextos extremos implicam desafios específicos à gestão de pessoas na área da saúde.**

Para tanto, são apresentados os seguintes objetivos específicos:

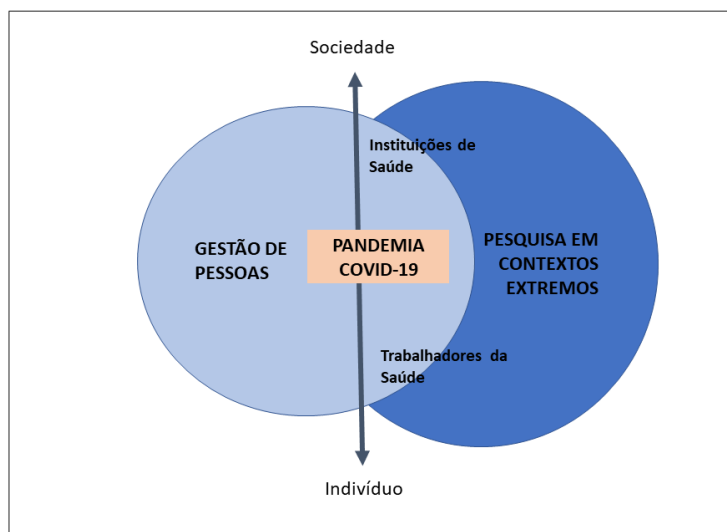
- a) Identificar as principais estratégias e práticas de gestão de pessoas na área da saúde sob o cenário da pandemia COVID-19, em suas diferentes fases⁴;

⁴ Para fins deste estudo, é considerado o período pré pandemia COVID-19 o que antecede o mês de referência de fevereiro de 2020, considerando que no Brasil, o primeiro caso da COVID-19 foi registrado em 26 de fevereiro de 2020 (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2024). Como período trans pandemia é considerada como marco a data de 11 de março de 2020, quando a COVID-19 foi classificada pela WHO como uma pandemia (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2021) até os dias atuais.

- b) Analisar o nível de alinhamento das estratégias e práticas de gestão de pessoas na área da saúde adotadas sob o cenário da pandemia COVID-19, em suas diferentes fases com as expectativas dos diferentes atores que compõem este contexto;
- c) Identificar desafios e lições aprendidas relacionadas à gestão de pessoas na área da saúde em contextos extremos.

A Figura 1 representa o mapa conceitual da Tese, considerando as diferentes intersecções e o enfoque da pesquisa.

Figura 1 - Mapa conceitual da Tese



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

O argumento de tese é de que as estratégias e práticas de gestão de pessoas também podem interagir com o contexto e servir para influenciar ou atenuar os níveis de extremidades organizacional.

Para tanto, na sequência desta introdução, se apresentam os referenciais teóricos que permeiam a pesquisa - incluindo o panorama de pesquisa em contextos extremos, as especificidades da gestão de pessoas na área da saúde, os dilemas morais relacionados aos trabalhadores da saúde e à gestão de pessoas no contexto da pandemia, assim como os desafios da gestão de pessoas em contextos extremos e sob o cenário da COVID-19. Nas seções seguintes são delineados o percurso metodológico, a apresentação e discussão dos principais resultados, bem como as considerações finais do estudo.

2 REFERENCIAIS TEÓRICOS QUE PERMEIAM A PESQUISA

O referencial teórico que permeia esta pesquisa, se concentra em quatro principais eixos, os quais se apresentam a seguir: panorama de pesquisa em contextos extremos; gestão de pessoas na área da saúde; dilemas morais: dos trabalhadores da saúde à gestão de pessoas na pandemia COVID-19 e; desafios da gestão de pessoas em contextos extremos, sob o cenário da pandemia COVID-19.

2.1 PANORAMA DE PESQUISA EM CONTEXTOS EXTREMOS

Há um crescente reconhecimento de que contextos extremos proporcionam uma plataforma para o estudo de fenômenos organizacionais de difícil acesso, haja vista que podem fornecer *insights* particularmente ricos sobre processos de adaptação, priorização, resiliência e barreiras à inércia organizacional (HÄLLGREN; ROULEAU; DE ROND, 2018).

Um contexto extremo pode ser definido como um ambiente onde um ou mais eventos extremos estão ocorrendo ou são prováveis de ocorrer e que podem exceder a capacidade da organização de prevenir e resultar em uma magnitude extensa e intolerável de consequências físicas, psicológicas ou materiais para membros da organização (HANNAH et al., 2009).

Hällgren; Rouleau; De Rond (2018) referem que um contexto pode ser caracterizado como extremo quando as rotinas organizacionais são especificamente implementadas em operações diárias ou em planos e modalidades para prevenir ou preparar para eventos que são prováveis de ocorrer e de afetar a vida normal de uma organização com consequências importantes (mesmo intoleráveis) para seus membros, bem como para os grupos e comunidades relacionadas com a organização.

Partindo do pressuposto de que eventos extremos podem ocorrer em qualquer organização, independentemente de estar operando no que tradicionalmente é considerado um contexto extremo, Hannah et al. (2009) sugerem que a presença ou ameaça de um ou mais eventos extremos é uma condição necessária, mas não suficiente para constituição de um contexto extremo. Para tanto, definem um evento extremo

como um episódio ou ocorrência discreta que pode resultar em uma magnitude extensa e intolerável de consequências físicas, psicológicas ou materiais para membros da organização.

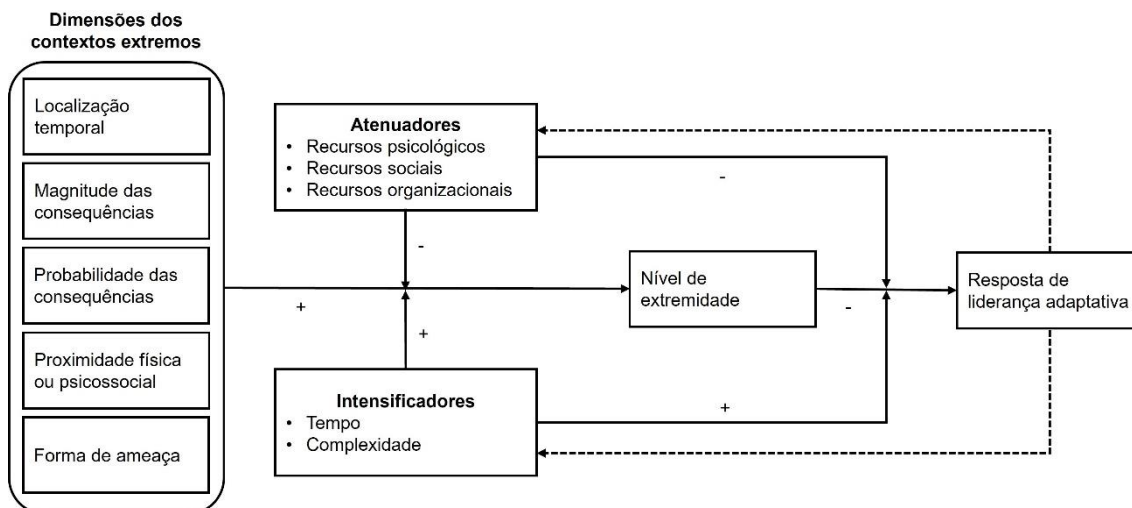
Hanna et al. (2009) também ressaltam a importância de diferenciar contextos extremos do uso comum do termo crise na literatura. A crise é considerada um termo mais geral, que tem sido usado para explicar contextos relativamente mundanos. Embora relacionados, os contextos extremos demandam caracterização mais refinada que as crises. Para os autores, as crises podem ser tratadas como se fossem episódios, semelhante ao modo como são enquadrados os eventos, os quais podem vir na forma de uma crise, mas não necessariamente nessa forma. Enquanto a crise envolve a ameaça a um objetivo de alta prioridade, a definição de contextos extremos de Hannah et al. (2009) é baseada em uma qualificação. Na definição dos autores, tais ameaças devem atingir o limiar de “magnitude intolerável” onde os objetivos (por exemplo, vida ou segurança) não são apenas de alta prioridade, mas são imperativos. Em suma, os autores consideram que crise e contextos extremos não são sinônimos, apesar de reconhecerem que uma crise leve pode levar a um contexto extremo ou vice-versa.

A variação na terminologia usada para descrever fenômenos empíricos relativamente semelhantes não contribui para a delimitação de contextos extremos, segundo Hällgren; Rouleau; De Rond (2018), que apresentam em seus estudos uma síntese de termos relacionados a contextos extremos, tais como eventos adversos, eventos raros, eventos inusitados, surpresas ou eventos inesperados, eventos não rotineiros, eventos extremos, organizações perigosas, hiper turbulência, *edgework*, ambientes operacionais extremos, situações e ambientes extremos. Para os autores, algumas dessas terminologias identificam características observáveis do que “extremo” compreende, enquanto o restante se refere à experiência do “extremo” por aqueles efetuados. O que esses termos têm em comum é que cada um é normalmente usado em referência a uma organização que foi – ou é vulnerável a ser – negativamente impactada por um súbito, muitas vezes imprevisto, evento ou série de eventos.

Considerando que o nível de extremidade experimentado por uma organização se baseia em grande parte em cinco dimensões contextuais primárias – localização temporal, magnitude das consequências, probabilidade das consequências, proximidade física ou psicossocial e forma de ameaça –, Hannah et. Al. (2009) propõe uma tipologia de contextos extremos, conforme mostrado na Figura 2, apresentando outros fatores que podem servir para atenuar ou intensificar o nível de extremidade enfrentado, de modo a

influenciar positiva ou negativamente a capacidade de resposta organizacional, apesar do nível de extremidade experimentado.

Figura 2 - Tipologia de contextos extremos



Fonte: Hannah et al. (2009), tradução livre

A compreensão das dimensões dos contextos extremos, nas quais Hannah et al. (2009) se baseiam para proposição de sua tipologia, foram sintetizadas no Quadro 1 deste estudo:

Quadro 1 - Síntese das dimensões dos contextos extremos

Dimensão	Descrição sintética
Localização temporal	Provável oscilação dos níveis de extremidade à medida que os níveis de ameaça oscilam e que podem constituir diferentes fases de preparação, resposta e recuperação de um evento extremo.
Magnitude das consequências	Baseia-se em um escopo ou escala de danos ou efeitos, considerando como exemplos, situações em que o potencial de morte seja maior que o de uma lesão leve, ou ainda, em um nível coletivo, que a perda de uma vida seja de maior magnitude que a perda de dez vidas.
Probabilidade das consequências	Nível de probabilidade de ocorrência que impacta na percepção de um contexto como extremo por parte dos membros. A facilidade de recordação pode influenciar as estimativas da probabilidade de um evento futuro com base na facilidade com que ele pode ser imaginado, aumentando assim suas estimativas de probabilidade de ocorrência.
Proximidade física ou psicossocial	O conceito de proximidade em contextos extremos precisa ser considerado em três aspectos: a) proximidade física do conjunto específico de membros organizacionais sob investigação de um evento extremo; b) proximidade psicológica ou social dos

	membros em relação ao evento extremo, no sentido de que estes membros estão potencialmente em situação de risco e; c) localização dos membros em relação uns aos outros em um contexto extremo na medida em que podem operar juntos ou à distância uns dos outros.
Forma de ameaça	Consiste na forma de ameaça em si, as quais podem ser classificadas como físicas, psicológicas ou materiais. Estas diferentes formas também podem se apresentar de modo combinado, como por exemplo quando ameaças físicas e psicológicas se apresentam simultaneamente em uma mesma situação.

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Partindo do pressuposto que contextos extremos são multifacetados e generativos e que o nível de extremismo está relacionado à natureza da organização e à sua capacidade de resposta a eventos extremos, Hannah et al. (2009) referem que um conjunto de fatores atenuadores podem reduzir a probabilidade ou a magnitude da extremidade de um evento e/ou aumentarão a capacidade de resposta de uma organização, assim como um conjunto de fatores intensificadores pode aumentar o nível de extremidade experimentado e/ou reduzir a capacidade de resposta de uma organização. Os autores ressaltam ainda que estes fatores atenuadores ou intensificadores podem ser enquadrados como reais ou meramente perceptivos e que os indivíduos e grupos podem variar em suas percepções e atribuições em relação ao mesmo contexto, na estimativas do seu nível de capacidade, dentre outros fatores.

A maior parte da literatura sobre liderança em contextos extremos, segundo Hannah et al. (2009), baseia-se em casos raros, mas os autores defendem que este domínio de investigação se aplica a um número crescente de organizações ingênuas que estão inesperadamente envolvidas em contextos extremos e afirmam que a forma e a eficácia com que tais modelos operam poderão ser contextualizadas e criar contingências que alterarão as relações entre os construtos nestas teorias.

Procurando explorar a rica tipologia de contextos extremos e fornecer algum nível de explicação de como esses fatores influenciam os processos de liderança, Hannah et al. (2009) almejam que sua discussão forneça blocos de construção adicionais para orientar a futura construção de teorias e pesquisas para melhor compreensão do impacto da liderança em contextos extremos.

Considerando que as organizações são entidades peculiares, nas quais o contexto intraorganizacional interage com o extraorganizacional influenciando sua capacidade de responder a ameaças, Hannah et al. (2009) apontam que diferentes tipos de organização

possuem diferentes conjuntos de atenuadores e habilidades para gerenciar intensificadores e, para abordar estas questões, se concentram em quatro tipos de contextos organizacionais, conforme apresentado no Quadro 2:

Quadro 2 - Tipos de organização relacionadas a contextos extremos

Tipo de organização	Contexto organizacional
Organizações de trauma	Organizações como salas de emergência de hospitais, ambulâncias ou equipes médicas de emergência, nas quais eventos extremos ocorrem com grande frequência (talvez de hora em hora ou diariamente). Estas organizações são amplamente reativas na medida em que servem para se engajar após a ocorrência de eventos extremos. Isso exige que sejam responsivas e capazes de aumentar os recursos em pouco tempo e os redefinir rapidamente para o próximo evento extremo. Como essas organizações operam em contextos em que a probabilidade de ocorrência de eventos extremos é alta, eles exigem altos níveis de vigilância, consciência situacional e preparação.
Organizações de ação crítica	Organizações como unidades militares de combate, centros de serviços clandestinos ou equipes mais ativas da SWAT, bombeiros, equipes de busca e salvamento ou de resposta a desastres. Organizações nesta categoria se envolvem em eventos extremos, mas com menor frequência em relação às organizações de trauma. Esses eventos extremos, no entanto, podem ter maior magnitude e potencial de consequências.
Organizações de alta confiabilidade	As operações normais da polícia e dos bombeiros se enquadrariam nesta categoria, assim como organizações de controle de doenças ou operações de usinas nucleares que se concentram em conter ou prevenir eventos extremos como função primária. Embora de menor probabilidade do que as organizações de trauma ou de ação crítica, as organizações de alta confiabilidade podem enfrentar eventos extremos se uma situação ocorrer fora dos limites normais.
Organizações ingênuas	Organizações que são empurradas para contextos extremos por acaso, como um hotel diante de um incêndio ou ataque terrorista, um avião de passageiros sendo sequestrado ou uma escola atingida por um tornado. Essas organizações “normais” podem sofrer com a falta de formação e recursos para responder a tais eventos, intensificando assim seu extremismo. Como as organizações ingênuas veem baixa probabilidade de tais eventos ocorrer, elas são menos propensas a aplicar recursos para se preparar para tais eventos.

Fonte: Adaptado de Hannah et al. (2009)

Especialmente no que diz respeito às organizações de trauma, Hannah et al. (2009) referem que, embora os trabalhadores desta organizações possam eventualmente estar em risco, o risco geralmente é em grande parte para o cliente que está sendo atendido, todavia, enquanto a forma de ameaça ao cliente pode ser física, para os membros da equipe, a ameaça de perder um paciente é psicológico *versus* físico e a magnitude das consequências também pode variar, com o cliente enfrentando um risco relativamente

maior. Este contexto cria dependências únicas e a necessidade de confiança, bem como obrigações morais inerentes, que podem influenciar a liderança entre unidades e membros respondentes (HANNAH et al., 2009).

Como a frequência e a repetição de eventos extremos são extremamente altas em organizações de trauma, as equipes provavelmente terão ampla exposição a como os indivíduos e o grupo funcionam sob condições extremas. Para sustentar a eficácia em interações frequentes de eventos extremos, as organizações de trauma podem exigir um certo nível de distanciamento, ou seja, proximidade psicológica limitada dos clientes ou o uso de mecanismos de enfrentamento e, à medida em que o “extremo” passa a ser considerado “normal”, as equipes podem necessitar de intervenções para garantir que a vigilância seja mantida (HANNAH et al., 2009).

Finalmente, por meio de repetições frequentes de procedimentos e processos semelhantes, as organizações de trauma têm muitas oportunidades para aprendizado organizacional. Juntamente com sua responsabilidade exclusiva para com os clientes, essas organizações podem tender a codificar procedimentos operacionais padrão para muitas tarefas de rotina e estabelecer camadas de controles administrativos (HANNAH et al. 2009).

A partir de um estudo de revisão de literatura acerca de contextos extremos, Hällgren; Rouleau; De Rond (2018) apontam três categorias empiricamente distintas: contextos de risco, contextos de emergência e contextos disruptivos. Considerando que os contextos de risco são caracterizados pela potencialidade de catástrofe sempre presente, os autores referem que em contextos de emergência e de ruptura estes tornam-se uma realidade e, por consequência, estudos sobre os últimos se preocupam com as respostas organizacionais a eventos reais. Para os autores, contextos de emergências permitem preparação – na medida em que estão relacionadas às atividades principais –, enquanto as interrupções geralmente pegam as organizações desprevenidas. Para aqueles que se encontram em qualquer um desses contextos extremos, respostas organizacionais rápidas e eficazes são imperativas para evitar agravar ainda mais uma situação potencialmente traumática e/ou perigosa (HÄLLGREN; ROULEAU; DE ROND, 2018, p. 125).

É relevante pontuar que, ainda que uma instituição hospitalar possa ser considerada um tipo de contexto extremo, Hannah et al. (2009) ressaltam que seria impreciso descrever a totalidade desta organização como extrema, pois a mesma é contida

por suborganizações que não enfrentam ameaças e cujas ações podem não ter efeitos diretos nas potenciais consequências para os clientes.

Podendo ser considerada como um contexto extremo, a COVID-19 abalou fortemente todas as organizações, criando um ambiente complexo e desafiador para gestores e profissionais de gestão pessoas, que precisam encontrar soluções engenhosas para garantir a continuidade de suas empresas e ajudar seus funcionários a lidarem com essa situação extraordinária (HAMOUCHE, 2021).

De acordo com Koirala; Acharya (2020), a COVID-19 pode ser responsabilizada pelas maiores transformações no ambiente de trabalho após 2020 e essas mudanças forçarão lentamente as organizações a fazer modificações em suas políticas e estratégia de gestão de pessoas. Segundo os autores, o papel da gestão de pessoas neste momento é equilibrar vida e sustento, isto é, a vida dos trabalhadores e de seus familiares e a gestão de seu sustento.

2.2 GESTÃO DE PESSOAS NA ÁREA DA SAÚDE

A gestão eficaz de pessoas em organizações de saúde há muito tempo está nas agendas de pesquisadores e profissionais formuladores de políticas, considerando as pressões universais para redução de custos e a necessidade de assistência de alta qualidade (COOKE; BARTRAM, 2015).

As especificidades do trabalho em saúde, que incluem seus processos, relações e condições de trabalho, somadas às perspectivas coletivas e individuais de seus respectivos trabalhadores apresentam-se como campo fértil de estudo para compreensão dos impactos de movimentos atuais do contexto de trabalho nas próprias relações de trabalho (SASTRE, 2019).

Além de um contexto em que historicamente condições de trabalho, baixa remuneração, insegurança, sobrecarga de trabalho, dificuldade de acesso aos equipamentos de proteção individual – EPIs, precarização no ensino e qualificação dos profissionais de saúde ainda constituem desafios a serem superados, diante da pandemia COVID-19, torna-se premente a necessidade da formulação de políticas que sejam sensíveis aos trabalhos de cuidado, realizados majoritariamente por mulheres, reconhecendo suas especificidades e condições de desigualdades na sociedade

(GRANDA et al., 2021). Para Hecker (2020) são necessárias estratégias para abordar o impacto dispar das condições normais e de crise em trabalhadores de baixa renda, especialmente mulheres e negros.

Adicionalmente, a estratégia de distanciamento social⁵, apontada desde o início da pandemia como a mais importante intervenção para o controle da COVID-19 não se aplica para as equipes de assistência à saúde, especialmente àqueles profissionais que estão no cuidado direto de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19 em serviços de atenção primária, nas unidades de pronto-atendimento e nos hospitais. Por este motivo, os profissionais de saúde constituem um grupo de risco para a COVID-19 por estarem expostos diretamente aos pacientes infectados, o que faz com que recebam uma alta carga viral (milhões de partículas de vírus) e que sejam submetidos a enorme estresse ao atender esses pacientes, muitos em situação grave, em condições de trabalho frequentemente, inadequadas (TEIXEIRA et al., 2020).

A COVID-19 não é apenas um risco para a saúde física, pois também representa um risco significativo para a saúde mental dos indivíduos (Hamouche, 2020). No caso dos funcionários que precisam estar fisicamente presentes no local de trabalho, podem apresentar medo de contrair o vírus ou transmiti-lo para sua família, o que pode aumentar seu nível de estresse, bem como o risco de ocorrência de problemas de saúde mental, especialmente no caso de funcionários que enfrentavam altas demandas psicológicas no trabalho, antes da pandemia ou aqueles que têm um cargo de alto risco, como por exemplo, os trabalhadores da saúde (HAMOUCHE, 2020).

A COVID 19 mudou a percepção do mundo sobre os profissionais de saúde, que em muitos momentos foram saudados pela população como heróis, dignos de louvor e gratidão, no entanto, a pandemia sobrecarregou o sistema de saúde (PANT; PANT; NAITHANI, 2020).

O fardo dos trabalhadores da saúde e de outros trabalhadores considerados como essenciais mostra-se elevado no contexto da pandemia COVID-19 e celebrá-los como heróis, como muitos países estão fazendo, torna-se um gesto vazio quando não acompanhado de medidas para assegurar que eles não serão colocados nesta situação

⁵ O distanciamento social, cuja adoção foi incentivada por diversos países com o objetivo de frear o avanço da COVID-19 e atenuar o risco de sobrecarga dos sistemas de saúde, se refere a uma série de medidas recomendadas que, como o nome sugere, evitam com que pessoas tenham contato físico umas com as outras. São exemplos destas medidas a suspensão da realização de atividades consideradas não essenciais e a adoção de atividades educacionais e de trabalho remoto, dentre outras. (UNAFISCO SAÚDE, 2020).

novamente devido à negligência do empregador (HECKER, 2020), conforme ilustrado por reportagens na Figura 3.

Figura 3 - Mosaico de reportagens sobre profissionais da saúde na pandemia COVID-19



Fonte: Elaborado pela autora (2022), com base em reportagens selecionadas⁶

Profissionais da saúde imersos em contextos extremos têm de lidar não apenas com os riscos de exposição ao vírus, mas também com condições adversas de trabalho, como aumento de responsabilidades, falta de recursos, sobrecarga de trabalho e altos índices de mortes e traumas no ambiente de trabalho (MOURA; FURTADO; SOBRAL, 2020).

Campos (2010) entende que no trabalho em saúde, além da técnica, baseada no saber acumulado previamente, é necessária uma reflexão sobre o contexto singular em que a ação se desenvolve, considerando-se os outros sujeitos envolvidos, valores, significados, condições históricas etc.

⁶ Reportagens selecionadas pela autora, a partir das seguintes fontes: 1) <https://oglobo.globo.com/brasil/coronavirus-profissionais-de-saude-sao-homenageados-com-aplausos-nas-janelas-24319194>; 2) <https://operacaocovid19.defesa.gov.br/noticias/noticia/1464-profissionais-de-saude-do-hospital-recebem-mensagens-de-apoio>; 3) <https://veja.abril.com.br/saude/os-herois-da-batalha-na-linha-de-frente-contra-a-covid-19/>; 4) <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-59960779>; 5) <https://brasil.elpais.com/ciencia/2020-03-05/oms-alerta-que-a-falta-de-equipamentos-de-protecao-poe-profissionais-da-saude-em-risco.html>; 6) <http://biblioteca.cofen.gov.br/profissionais-enfermagem-merecem-mais-que-aplausos/>; 7) <https://www.redebrasilatual.com.br/trabalho/2020/05/mais-que-aplausos-profissionais-da-enfermagem-merecem-jornadas-e-salarios-justos/>; 8) <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53572522>

Corroborando com esta visão, Peduzzi (2003) refere que o trabalho em saúde é um processo de transformação no qual o agente, através de suas ações, faz a finalidade social do próprio trabalho realizar-se. As ações são realizadas com base em um saber operante e em um dado modelo tecnológico, traduzindo projetos coletivos e individuais, pois o sujeito do trabalho, para além de portador de projetos e valores coletivos e/ou institucionais, tem projetos próprios que lhe permitem construir estratégias de adesão ou recusa aos primeiros, que podem ocasionar, por conseguinte, dilemas morais no exercício da profissão.

2.3 DILEMAS MORAIS: DOS TRABALHADORES DA SAÚDE À GESTÃO DE PESSOAS NA PANDEMIA COVID-19

O debate sobre dilemas morais perpassa a história da Filosofia e Ética. Seus conceitos e temáticas são centrais desde a Antiguidade, quando os escritores gregos usavam conflitos morais nas tragédias e epopeias e os filósofos buscavam refletir sobre essas questões (SANTOS, 2019).

A palavra dilema vem do grego: o prefixo ‘di’ significa ‘dois’ e a palavra ‘lema’ significa “uma proposição fundamental, uma suposição básica considerada correta” (KIDDER, 2007, p. 151). Embora seja usada popularmente para descrever uma situação com duas alternativas desagradáveis ou negativas, o sentido original de dilema não tem nenhuma conotação negativa, pois pode descrever qualquer situação que coloque um ‘lema’ profundamente enraizado contra o outro (KIDDER, 2007).

Santos (2019) argumenta que o dilema moral não necessariamente implica uma antítese ou briga de valores, considerando o fato de que um dilema moral pode ser circunstanciado, ou seja, em dado contexto ele pode ser visto como um dilema enquanto, em outro, com características diferentes ou indivíduos diferentes, não. Para a autora, o dilema moral consiste na “vivência de uma tensão entre os possíveis caminhos de ação moral na busca pela melhor decisão em determinada circunstância, sendo a circunstância vista pela perspectiva daquele que interage com o dilema moral” (SANTOS, 2019, p. 52).

Sinnott-Armstrong (1987) define dilemas morais como situações em que existe um requisito moral para um agente adotar cada uma das duas alternativas incompatíveis e onde nenhum dos requisitos morais se sobrepõe ao outro – porque eles são iguais ou

incomparáveis. Uma razão moral para adotar (ou não adotar) uma alternativa é fornecida por um fato de que a alternativa tem alguma propriedade ou consequência moralmente relevante.

A partir desta proposição, Palmiotti et al. (2019) acrescentam que um dilema moral é uma situação que envolve um conflito entre duas opções mutuamente excludentes e indesejáveis, e na qual nenhuma delas prevalece sobre a outra por causa das consequências indesejáveis que carregam.

O julgamento moral, segundo Tasso; Sarlo; Lotto (2017) pode ser amplamente definido como o processo pelo qual as pessoas decidem se um curso de ação é certo ou errado, incluindo a avaliação de direitos, deveres ou obrigações. Enquanto em algumas situações as pessoas podem facilmente e unanimemente julgar a adequação moral de ações e comportamentos específicos, é mais difícil fazê-lo quando princípios ou direitos morais conflitantes estão em jogo. Para as autoras, são nestas situações que emergem os dilemas morais, geralmente envolvendo um conflito na escolha entre duas alternativas indesejáveis, ambos dos quais têm consequências aversivas e nenhum dos quais claramente emerge como a coisa certa a fazer.

O conceito com o qual o presente estudo se coaduna é apresentado por Mazza et al. (2020), a partir das proposições de Sinnott-Armstrong (1987), Palmiotti et al. (2019) e Tasso; Sarlo; Lotto (2017), no qual se compreende o dilema moral como uma situação problemática que envolve um conflito entre duas alternativas mutuamente excludentes, onde o indivíduo se depara com dois princípios morais, em oposição um ao outro – o que implica tomar uma decisão: maximizar o bem comum de acordo com uma análise de custo-benefício (resolução utilitária) ou decidir pelo respeito incondicional por uma regra moral, independentemente das consequências (resolução deontológica).

McCarthy; Deady (2008) propõem a definição de sofrimento moral como um conceito guarda-chuva, que captura a gama de experiências de indivíduos que são moralmente limitados. Embora teóricos e pesquisadores diverjam na ênfase, em geral sugerem que os indivíduos podem ser constrangidos por causa de uma falha pessoal – por exemplo, um medo ou falta de determinação – ou que a restrição pode ser situacional – por exemplo, tomada de decisão hierárquica ou falta de recursos (MCCARTHY; DEADY, 2008).

Desta forma, o sofrimento moral acontece na intersecção entre a própria estrutura moral do profissional e os valores do sistema de saúde e cada episódio de sofrimento moral passado é resolvido com processamento suficiente ou deixa resíduo moral (DEAN;

TALBOT; CAPLAN, 2020). Múltiplas experiências de sofrimento moral podem resultar em resíduo moral, um acúmulo de conflitos não resolvidos, que cria cenários futuros e torna o sofrimento moral ainda menos tolerável. A combinação de sofrimento moral sobre resíduo moral pode levar a danos morais, “que ocorrem quando os indivíduos estão perpetrando, falhando em prevenir, ou testemunhando atos que transgridam crenças morais e expectativas profundamente arraigadas” (DUNHAM; RIEDER; HUMBYRD, 2020, p. 474).

Durante uma emergência, algumas decisões são tomadas sob estresse e vários estudos mostraram que o estresse pode influenciar no processo de tomada de decisão moral (MAZZA et al., 2020). Em contextos extremos de maior magnitude potencial de consequências e maior probabilidade de ocorrência, são vivenciados dilemas mais intensos moralmente, os quais podem influenciar padrões de cognição e aumentar a atenção para questões morais (JONES, 1991). Neste contexto, dilemas morais e sofrimento moral são provavelmente inevitáveis (DUNHAM; RIEDER; HUMBYRD, 2020).

Tomando como exemplo o contexto da pandemia COVID-19, Bavel; Baicker; Boggio (2020) referem que a tomada de decisão moral durante uma pandemia envolve incertezas: devido ao risco de infecção durante interações sociais, as pessoas podem estar menos dispostas a fazer sacrifícios para outros quando os benefícios são incertos, como por exemplo, a decisão sobre ir trabalhar quando se está doente.

Ao pesquisar sobre a tomada de decisões, inclusive éticas, em contextos de crise, Santos (2019) concluiu que as legislações e normativas são geralmente escritas em um momento de normalidade, isto é, quando não há uma situação adversa ocorrendo, tal como a pandemia do novo coronavírus (SANTOS; LEAL; BÚRIGO, 2021).

Mazza et al. (2020) destacam, a partir de seus estudos, que altos níveis de estresse podem influenciar a tomada de decisão das categorias profissionais que realizam trabalhos voltados ao bem-estar coletivo e ressaltam a constatação de que a resolução de dilemas morais tem importante envolvimento emocional para os trabalhadores da saúde, provavelmente devido a sentimentos empáticos de preocupação pelo sofrimento dos outros e por um conflito em decisões que impliquem, em qualquer caso, consequências adversas em termos de perda de vidas.

Visando examinar o comportamento da produção científica nacional e internacional relacionada aos dilemas éticos e morais da área da enfermagem, realizou-se uma revisão

sistemática da literatura, cujo *corpus* foi composto por artigos publicados no período entre 2011 e 2021 e indexados à base de dados *Web of Science* (WoS).

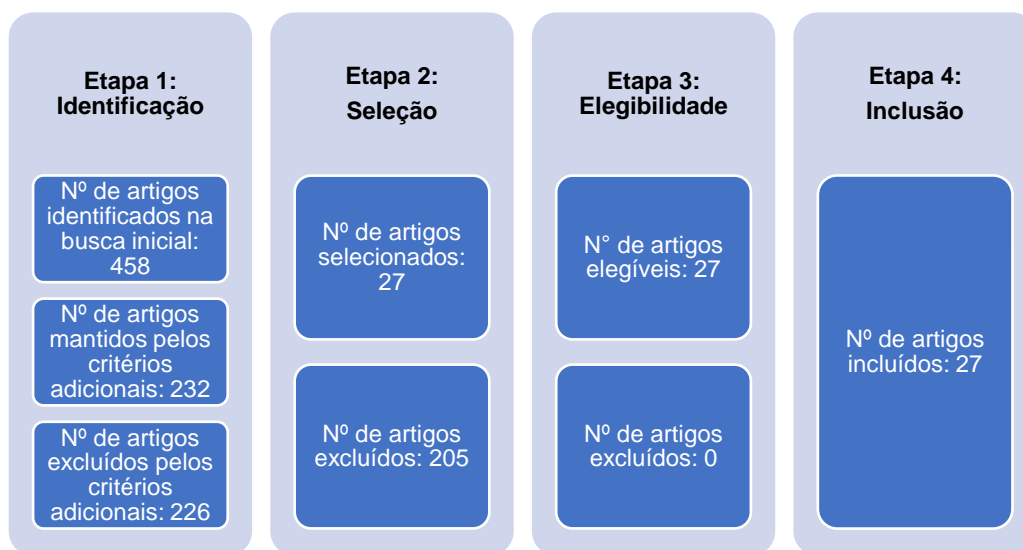
Os critérios adotados para a escolha da base de dados *Web Of Science* foram o seu reconhecimento como uma das mais importantes bases de dados no nível das revistas científicas mundiais (ARCHAMBAULT; CAMPBELL; GINGRAS; LARIVIÈRE, 2009) e a sua reconhecida qualidade, diante do rigor dos critérios de indexação, bem como por sua representatividade nos estudos bibliométricos internacionais (GEMELLI; MENDONÇA FRAGA; AMARAL PRESTES, 2019).

A coleta de dados foi realizada em fevereiro de 2022 na coleção principal da *WoS* (*Advanced Search*), utilizando-se a estratégia de busca por tópico (TS), que inclui a busca pelos termos relacionados nos títulos, resumos e palavras-chave de cada publicação.

A *string* de busca escolhida foi composta pelas seguintes palavras-chaves e operadores booleanos: (TS= (*nurs** AND "*moral dilemma**")) OR TS= (*nurs** AND "*ethical dilemma**"). A composição de palavras foi reduzida com o objetivo de encontrar o maior número de publicações sobre a temática escolhida.

Na busca inicial foram identificados 458 artigos, mas visando melhor direcionamento para o foco da pesquisa, os achados foram estratificados a partir de critérios adicionais, de seleção, elegibilidade e inclusão, conforme cada etapa ilustrada na Figura 4, com base na recomendação do protocolo Prisma (MOHER et al., 2009), cujo objetivo é auxiliar os pesquisadores a melhorarem o relato de revisões sistemáticas e meta-análises.

Figura 4 - Protocolo da Revisão Sistemática de Literatura



Fonte: Elaborado pela autora (2022), adaptado de Moher et al (2009)

Na etapa 1, foram identificados 458 artigos na busca inicial e, a partir disso, delimitados como critérios adicionais o tipo de documento (*Articles AND Review Articles; NOT Early Access OR Proceeding Papers*) e a categoria da WoS (*Nursing*). Após a definição destes critérios adicionais, 226 artigos foram excluídos e o novo corpus gerado foi de 232 artigos.

Na etapa 2, 232 artigos foram analisados a partir da leitura detalhada de seus títulos, resumos e palavras-chave. Considerando os objetivos deste estudo, foram selecionados 27 artigos que abordam dilemas éticos e morais relacionados às condições e relações de trabalho da enfermagem. Ainda nesta etapa, foram excluídos 133 artigos que enfocam a prática clínica de enfermagem, como dilemas relacionados aos cuidados com determinados grupos de pacientes ou patologias e 72 artigos que abordam o ensino da ética em enfermagem de modo mais generalizado, totalizando-se 205 artigos excluídos.

Nas etapas 3 e 4, foram considerados elegíveis e incluídos os 27 artigos oriundos da etapa anterior, os quais são apresentados neste estudo com base em sua perspectiva qualitativa utilizando a técnica da análise de conteúdo adaptada de Bardin (2004).

A partir das leituras dos artigos analisados, foram propostas três categorias temáticas: a) questões éticas da enfermagem em geral; b) contexto e condições de trabalho específicos da enfermagem e; c) trabalho da enfermagem no contexto da pandemia COVID-19, as quais são descritas a seguir.

a) Questões éticas da enfermagem em geral

Nesta categoria temática foram enquadrados seis artigos, os quais abordam a questão de dilemas éticos e morais sob uma perspectiva mais ampla, relacionada a diferentes abordagens e conceitos, tais como: ética profissional, educação e competência ética (YILDIZ, 2019); ecologia moral, sensibilidade moral, julgamento moral e sua correlação entre crenças morais individuais e diretrizes éticas organizacionais (COPELAND, 2019); fatores individuais e organizacionais relacionados a coragem moral (PAJAKOSKI; RANNIKKO; LEINO-KILPI; NUMMINEN, 2021); sensibilidade ética e obrigações éticas profissionais (MILLIKEN, 2018); dilemas enfrentados por enfermeiros-chefes, tanto relacionados à dignidade do paciente e seu papel enquanto gestor (ITO; NATSUME, 2016), quanto ao seu papel de mediação na intenção de deixar a profissão (HAALAND; OLSEN; MIKKELSEN, 2021).

b) Contexto e condições de trabalho específicos da enfermagem

Nesta categoria temática foram enquadrados doze artigos, relacionados a ocorrência de dilemas éticos e morais com os seguintes aspectos: insatisfação com condições salariais e direito de greve dos profissionais de enfermagem percebido como comportamento antiético pela população (VAN RENSBURG; VAN RENSBURG, 2013); impactos do esgotamento, fadiga por compaixão e estresse físico e psicológico na qualidade de vida dos profissionais (KIM; HAN; KIM, 2015); impactos do assédio moral e *bullying* no clima de trabalho, desempenho, satisfação e capacidade para o trabalho (OLSEN; BJAALID; MIKKELSEN, 2017); trabalho com poucos recursos e sobrecarga aos trabalhadores e seus impactos na qualidade do atendimento (WLODARCZYK; LAZAREWICZ, 2011; CHOE; KANG; PARK, 2015; HOPIA; LOTTES; KANNE, 2016; HAAHR; NORLYK; MARTINSEN; DREYER, 2020).

Em relação à ocorrência de sofrimento moral, um dos termos-chave de maior ocorrência na presente revisão sistêmica, destacam-se três artigos que apontam questões relacionadas a situações de difícil cuidado e esgotamento (OH; GASTMANS, 2015), ao ambiente de trabalho, ética organizacional e variáveis intrapessoais (RATHERT; MAY; CHUNG, 2016) e às demandas administrativas inerentes à posição de gerência intermediária de enfermagem, independentemente de suas características pessoais (GANZ; WAGNER; TOREN, 2015).

Por fim, foram classificados nesta categoria dois artigos relacionados ao trabalho da enfermagem em contextos extremos, que demandam dificuldades de ajuste familiar, gerenciamento de mudanças de ambiente, estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados e elevado número de perdas, como guerras (ELLIOTT, 2015), desastres e emergências humanitárias (HAYS; PREPAS, 2015).

Considerando-se que a pandemia COVID-19 é enfocada como cenário de análise no presente estudo, a terceira categoria temática da presente revisão sistemática fortalece a proposição de ampliação de estudos teórico-empíricos que a relacionam como potencial cenário para aprofundamento e melhor compreensão dos dilemas morais de trabalhadores da enfermagem em contextos extremos.

c) Trabalho da enfermagem no contexto de pandemia COVID-19

Nesta terceira e última categoria temática foram enquadrados nove artigos, publicados entre os anos de 2020 e 2021 relacionados a: percepção de risco para si e para a família do profissional de enfermagem diante de obrigações conflitantes (LANCASTER; SCHMITT; DEBISH, 2021; MOGHADDAM-TABRIZI; SODEIFY,

2021; SPERLING, 2021a; SPERLING, 2021b); questionamento do dever de cuidar em situações relacionadas à falta de equipamentos de proteção individual (RASMUSSEN; DAMBRINO, 2021; SPERLING, 2021b), escassez de recursos para atendimento aos pacientes COVID-19 (GONI-FUSTE, 2021; SCOTT; BOVE, 2020); demandas relacionadas ao ambiente de incertezas (SPERLING, 2021b); falta de suporte organizacional e social (MILJETEIG et al, 2021; SPERLING, 2021b; ZHU; STONE; PETRINI, 2020); direito de recusa na prestação de cuidados (SPERLING, 2021a; ZHU; STONE; PETRINI, 2020).

No que diz respeito aos exemplos de principais dilemas morais relacionados ao trabalho da enfermagem no contexto de pandemia COVID-19, a partir da leitura detalhada dos artigos inclusos neste estudo e respectiva análise de conteúdo, propõem-se as seguintes categorias: a) percepção de risco para si e para a família do profissional de enfermagem diante de obrigações conflitantes (dever de cuidar); b) escassez de recursos para atendimento aos pacientes COVID-19; c) demandas relacionadas ao ambiente de incertezas; d) falta de suporte organizacional e social e; e) direito de recusa na prestação de cuidados, as quais são detalhadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Estratificação de exemplos de dilemas morais

Categoria	Exemplos de dilemas morais extraídos da análise de conteúdo	Autores relacionados
a) percepção de risco para si e para a família do profissional de enfermagem diante de obrigações conflitantes (dever de cuidar)	Avaliação do risco pessoal e familiar com base na disponibilidade de EPI, exposição a doenças e ameaça a si mesmo e à família, dificuldade de manutenção do autocuidado devido às novas condições de trabalho e carga horária elevada <i>versus</i> Disposição para cuidar de pacientes, considerando o sentimento de dever para consigo mesmo e para com os outros	Lancaster; Schmitt; Debish (2021) Moghaddam-Tabrizi; Sodeify (2021) Rasmussen; Dambrino (2021) Sperling (2021a) Sperling (2021b)
b) escassez de recursos para atendimento aos pacientes COVID-19	Preocupação com alocação de recursos, disponibilidade de leitos e decisão sobre quais pacientes devem ser internados em unidades de terapia intensiva <i>versus</i> Coexistência de sentimentos positivos e negativos (como o senso do dever moral de ajudar e o medo de ser infectado)	Goni-Fuste (2021) Scott; Bove (2020)
c) demandas relacionadas ao ambiente de incertezas	Rápidas mudanças de orientação, incertezas quanto a questões clínicas, desafio de comunicação com os familiares dos pacientes,	Moghaddam-Tabrizi; Sodeify (2021)

	sentimentos de solidão, medo inicial, fadiga física e mental <i>versus</i> Continuar trabalhando diante da sensação de impotência, confusão e incerteza quanto ao cuidado adequado	Sperling (2021b)
d) falta de suporte organizacional e social	Falta de ambiente de trabalho de apoio, prestação de cuidados sem recursos e suporte gerencial adequados, dificuldades de comunicação condições de incerteza e risco aumentado <i>versus</i> Valores profissionais que priorizam o cuidado ao paciente	Miljeteig et al (2021) Sperling (2021b) Zhu; Stone; Petrini (2020)
e) direito de recusa na prestação de cuidados	Direito de recusa ao atendimento de pacientes com doenças contagiosas (por condições de saúde clínica do profissional, por objeção de consciência, risco à saúde e segurança, risco de violência física etc.), preferência pelo cuidado de pacientes não infecciosos <i>versus</i> Pressão ética pelo compromisso com o cuidado, medo de estigmatização, expectativa histórica da sociedade de que os profissionais de saúde se sacrifiquem por seus pacientes, cumprimento do código de ética profissional	Sperling (2021a) Zhu; Stone; Petrini (2020)

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

É importante ressaltar que apesar da proposta de categorização dos exemplos relacionadas aos principais dilemas morais dos profissionais de enfermagem, apresentada no Quadro 3, os artigos analisados também contemplam interconexões em relação à sua classificação.

No que diz respeito às contribuições dos estudos identificados na presente revisão sistemática de literatura destacam-se a crescente tendência de publicações relacionados a profissionais de enfermagem e a dilemas éticos e morais, especialmente nos anos de 2020 e 2021, correlacionados também ao considerável número de artigos que abrangem os termos “pandemia” e “COVID-19” e a não identificação de artigos brasileiros relacionados às condições e relações de trabalho da enfermagem, que sinalizam uma potencial lacuna de pesquisa nacional para realização de futuros estudos relacionados a este enfoque.

Ratifica-se que a não identificação de artigos brasileiros dentro dos critérios de busca estabelecidos nesta revisão sistemática sinaliza uma potencial lacuna de pesquisa para realização de novos estudos de âmbito nacional relacionados à temática de dilemas éticos e morais relacionados às condições e relações de trabalho da enfermagem.

Destaca-se ainda que os diferentes exemplos de dilemas morais apresentados nesta revisão sistemática de literatura, não se resumem à perspectiva do trabalhador da enfermagem, na medida em que se apresentam como importantes desafios à esfera de gestão organizacional, especialmente no que diz respeito à gestão de pessoas em instituições de saúde.

No que concerne aos dilemas morais relacionados à gestão de pessoas, Braga; Kubo; Oliva (2017) referem que a questão da ética em RH vem ganhando destaque na literatura internacional, mas ainda são escassos os trabalhos sobre esse tema no Brasil.

Tomé (2013) argumenta que o papel de mediador dos diferentes interesses dentro da organização, assumido pelos profissionais de gestão de recursos humanos, os coloca muitas vezes perante situações em que os seus valores entram em conflito com as exigências com as quais se defronta no dia a dia, sendo que a complexidade das práticas de gestão de pessoas e o paradigma de relações de poder dentro da organização podem colocar estes profissionais perante situações eticamente questionáveis.

Visando explorar o processo de tomada de decisão em relação aos dilemas éticos da gestão de pessoas enfrentados por profissionais de RH, Braga; Kubo; Oliva (2017) conduziram uma pesquisa com o objetivo principal de identificar os dilemas éticos enfrentados pelos profissionais de RH em relação à gestão de pessoas e os fatores que influenciam a ação a ser tomada para a resolução de tais dilemas. Como principais resultados referem que, na percepção do profissional de RH estes desempenham um papel importante na conciliação dos objetivos – muitas vezes conflitantes das organizações e dos funcionários – e relatam que se sentem pressionados pelos dilemas éticos que dizem respeito às informações as quais têm acesso, ao desempenho das funções da área de RH e ao seu papel de especialistas (BRAGA; KUBO; OLIVA, 2017).

Já no cenário da pandemia COVID-19, Santos; Leal; Búrigo (2021), conduziram um estudo acerca dos desafios da área de desenvolvimento e gestão de pessoas de uma universidade pública brasileira, a partir do qual destacaram quatro aspectos: 1) a definição das atividades essenciais e de quem irá realizá-las; 2) a realização de atividades presenciais junto ao público externo à instituição; 3) a invasão do espaço privado pelo trabalho remoto e a frieza do atendimento virtual e; 4) a produtividade, a flexibilidade, a impossibilidade de trabalhar e a ausência. As autoras também argumentam que o debate sobre questões éticas pode auxiliar na preparação de gestores para atuar, ao mesmo tempo, eficaz e eticamente, e ressaltam a importância da reflexão sobre o processo decisório ético cuja decisão, além do impacto organizacional pode ter impacto social, ambiental,

econômico e, também, moral em toda a sociedade envolvida (SANTOS; LEAL; BÚRIGO, 2021).

Profissionais e estudiosos se voltaram para o campo da gestão de pessoas na busca pela identificação de estratégias e práticas eficazes para superar os desafios trazidos pelas adversidades da pandemia, tanto no aspecto profissional quanto no pessoal da vida dos trabalhadores (CALIGIURI et al., 2020).

De acordo com Presti; Mendes (2023), a pandemia agravou e desencadeou diversas consequências para os trabalhadores, mas os impactos sobre os indivíduos foram condicionados às suas circunstâncias socioeconômicas e demográficas, bem como o nível de suporte fornecido pelas organizações e o desenvolvimento das habilidades psicológicas dos indivíduos. Conseqüentemente, observou-se uma complexa interação desses fatores, influenciando o desempenho e o bem-estar dentro e fora do local de trabalho durante a pandemia, gerando implicações significativas para as práticas e organizações de gestão de pessoas (PRESTI; MENDES, 2023, p. 13).

2.4 DESAFIOS DA GESTÃO DE PESSOAS EM CONTEXTOS EXTREMOS, SOB O CENÁRIO DA PANDEMIA COVID-19

A crise de saúde pública da COVID-19 mostrou-se também uma crise de saúde ocupacional, pois rapidamente ficou claro que a força de trabalho mais ampla de trabalhadores denominados como essenciais esteve exposta ao vírus em taxas alarmantes (HECKER, 2020).

O surto de coronavírus criou desafios únicos para os trabalhadores em todo o mundo. Enquanto a maioria da força de trabalho foi solicitada a trabalhar em casa para atenuar os números da pandemia, os profissionais de saúde foram solicitados a permanecer na linha de frente, trabalhando longas jornadas para combater essa ameaça mortal, mesmo não dispondo de condições adequadas em termos de estrutura, EPIs e treinamento (MOURA; FURTADO; SOBRAL, 2020).

A falha em estocar e distribuir a quantidade e a qualidade necessárias de EPIs para funcionários da linha de frente em saúde e outras ocupações essenciais, por exemplo, rapidamente se manifestaram no surto de COVID-19 nas respectivas instituições e seu impacto foi nada menos que devastador, impactando na manutenção de um número

adequado de trabalhadores de saúde e de infraestrutura crítica no trabalho (HECKER, 2020).

Propondo uma agenda de prioridades para a gestão de pessoas no contexto da pandemia, que compreenda questões de curto, médio e longo prazo, Koirala; Acharya (2020) destacam cinco principais aspectos:

- a) *Segurança dos funcionários*: focada em interromper o fluxo de infecção, proteger os funcionários, fornecer os materiais de segurança suficientes no trabalho e fornecer as medidas de segurança através de meios de comunicação adequados;
- b) *Coordenação e networking*; coordenação com a alta administração para continuidade da gestão de negócios e equipes nesta situação; contato regular com os funcionários para entender a situação; comunicação entre funcionários, clientes e prestadores;
- c) *Gestão do conhecimento*: equipes intersetoriais trabalhando no gerenciamento de dados para a tomada de decisões futuras; planejamento do negócio e dos departamentos para o futuro; pesquisa em nível de divisões e departamentos;
- d) *Capacitação*: concentração em atividades diferentes; construção do senso de empoderamento para os funcionários; incentivo aos funcionários a participar compulsoriamente;
- e) Estresse desenvolvido por funcionários: preocupação com a extensão e tensão do trabalho; impacto na gestão da Folha de Pagamento; preocupação com a segurança social do trabalhador; preocupação com o quanto a organização se importará neste momento difícil.

Destacando o papel dos diretores de gestão de pessoas na pandemia COVID-19 e comparando-o ao papel do diretor da área de finanças durante a crise do setor financeiro de 2007 a 2009, o jornal *The Economist* (2020) afirma que “em uma pandemia, um Diretor de Pessoas pode fazer ou quebrar uma empresa: ele deve manter os funcionários saudáveis, manter sua moral, supervisionar uma vasta experiência de trabalho remoto e, à medida que as empresas recuam, considerar, quando e como demitir trabalhadores” (THE ECONOMIST, 2020).

A partir de uma revisão geral da literatura acerca dos principais impactos da pandemia na gestão de pessoas, Hamouche (2021) destaca achados relacionados à gestão estratégica de recursos humanos, às condições de trabalho e às adequações decorrentes

nas principais funções da área, tais como seleção pessoal, gestão de desempenho, treinamento e desenvolvimento, gestão de remuneração, gestão de segurança e saúde e relações com os funcionários.

Visando descobrir o que as equipes de gestão de pessoas em todo o mundo estão fazendo para responder ao cenário da pandemia, através da pesquisa denominada COVID-19 Pulse of HR – conduzida em parceria com o MIT Sloan Management Review e a CultureX, uma empresa de análise nascida no MIT que usa inteligência artificial para medir e melhorar a cultura corporativa – Bersin (2020) afirma que a resposta a crises se tornou a principal prioridade para a área. De acordo com a pesquisa, as respostas das equipes de gestão de pessoas se direcionam a quatro principais enfoques: saúde física e bem-estar; trabalho remoto; questões relacionadas a empregos e continuidade do trabalho e; por fim, uma necessidade urgente de saúde mental, resiliência, apoio familiar e lidar com incertezas. Em relação aos principais desafios, os profissionais de gestão de pessoas, apontam a coordenação de ações, a comunicação integrada e a agilidade de resposta (BERSIN, 2020).

No que concerne à cultura organizacional, a pandemia exigiu adaptações para acomodar novas medidas, levando a ajustes na dinâmica entre organizações e funcionários. O distanciamento social e a digitalização das atividades de trabalho alteraram o cenário, enfatizando a necessidade de iniciativas que fornecessem apoio emocional, instrumental e informativo para retenção de trabalhadores (CARNEVALE & HATAK, 2020).

Considerando o cenário de gestão internacional de pessoas, Caligiuri et al. (2020) referem que pesquisas anteriores já destacavam as dificuldades apresentadas pela distância, em termos de seleção de funcionários, treinamento, suporte, saúde e segurança, bem como liderança e colaboração virtual. Para os autores, muito desse pensamento é aplicável para resolver desafios de distância relacionados à pandemia e, casos extremos de distanciamento físico necessário não implicam necessariamente aumentos na distância psicológica e, pelo contrário, podem oferecer às empresas alguma visão sobre os benefícios imprevistos de uma força de trabalho virtual – um tipo de força de trabalho que possivelmente, influenciará o 'novo normal' do mundo pós-COVID-19.

O principal desafio para os gestores e profissionais de gestão de pessoas, neste contexto, é identificar os fatores de risco e implementar as medidas de prevenção adequadas no local de trabalho, inclusive para os trabalhadores que trabalham remotamente (HAMOUCHE, 2020).

A World Health Organization (2020) forneceu diretrizes para as organizações garantirem a proteção e o recente desenvolvimento de vacinas contra a COVID-19 trouxe a luz da esperança em todo o mundo, mas também gerou desafios adicionais para as organizações, especificamente a gestão da campanha de vacinação no local de trabalho (HAMOUCHE, 2021).

No cenário brasileiro, FIA; Cia de Talentos; Xtrategie (2020) conduziram a pesquisa denominada Gestão de Pessoas na Crise da COVID-19, objetivando a identificação das transformações que já impactaram e que transformarão a gestão de pessoas no Brasil. A pesquisa contou com a participação de 139 empresas brasileiras – de diferentes portes e setores de atuação – e foi estruturada em sete temas de análise: 1) Legal e Regulamentar; 2) *Home Office*; 3) Saúde Física e Psicológica; 4) Responsabilidade Social Corporativa; 5) RH Estratégico; 6) Comunicação e; 7) Impactos no futuro da gestão de pessoas.

No que diz respeito às instituições de serviços hospitalares participantes (11% do total das empresas respondentes), o relatório da FIA; Cia de Talentos; Xtrategie (2020), destaca que: 93% promoveram alterações na jornada ou vínculo de trabalho dos funcionários em virtude da pandemia da COVID-19; apresentam o menor percentual de pessoas trabalhando em *homeoffice* (19%) e foram as empresas que enfrentaram as maiores dificuldades (86%) na adoção da prática; 39% informaram prever o aumento de quadro de funcionários; 77% relataram o uso de banco de horas como estratégia para atenuação dos eventuais impactos negativos da pandemia no negócio; 46% adotaram a realização de acordos individuais com funcionários; 31% adotaram o congelamento de contratações e 31% referiram a redução da jornada de trabalho e de salários; 77% afirmaram estar disponibilizando treinamentos específicos para a gestão da crise COVID-19; 100% relataram ter adotado uma política de comunicação para informar aos funcionários as principais decisões que afetam o seu trabalho em decorrência da pandemia; 85% afirmaram não ter realizado demissões decorrentes da pandemia; 92% afirmaram estar levantando informações acerca da saúde física e psicológica de seus funcionários durante a pandemia e 100% relataram a adoção de ações de suporte e orientação psicológica aos seus funcionários.

As políticas de gestão de pessoas, segundo Presti; Mendes (2023) têm o potencial de alinhar as necessidades biopsicossociais dos empregados com os objetivos econômicos e ambientais durante a crise e no futuro e valores-chave como *accountability*, autonomia, criatividade, cooperação, flexibilidade, sustentabilidade e responsabilidade social

corporativa impactaram o desempenho individual e organizacional durante a pandemia. Os autores propõem que as organizações devem navegar em contextos adversos e suas contingências, levando ao aprendizado organizacional, arranjos de trabalho flexíveis e processos adaptáveis.

No entanto, é importante ressaltar que as respostas organizacionais à pandemia devem ser analisadas considerando os contextos sociodemográfico, econômico, jurídico e cultural em que estão inseridas (CALIGIURI et al., 2020). Ainda que a revisão da literatura apresentada aponte relevantes estratégias adotadas pelas organizações no contexto da pandemia COVID-19, observa-se que os enfoques na ampliação da modalidade de trabalho remoto e na gestão virtual da força de trabalho, propostos por muitos dos ainda recentes estudos relacionados à gestão de pessoas no contexto da pandemia COVID-19, não demonstram contemplar adequadamente a urgência de práticas e políticas customizadas à realidade da gestão de pessoas na área da saúde, considerando que as equipes de trabalho vinculadas a estas instituições, especialmente no que diz respeito ao trabalho em hospitais, pressupõem a predominância do trabalho presencial em consonância com o aumento do número de casos relacionados às contaminações da população em geral e, conseqüente aumento da procura por serviços de saúde.

A evolução da pandemia COVID-19, de acordo com Amorim et al. (2023) modulou uma nova atuação das áreas de RH, cujo choque inicial envolveu a introdução do teletrabalho, o cumprimento dos protocolos sanitários, e o ajuste de jornada e postos de trabalho. Após esse período, sobreveio uma fase de acomodação dos processos, convivência com os casos da doença e certo grau de estabilidade em meados do segundo semestre de 2020. A chegada da segunda onda da pandemia e a maior disseminação da doença colocaram em jogo o próprio funcionamento das empresas, em função da sobreposição de afastamentos de funcionários pela doença e seu desgaste no acompanhamento da situação de familiares e comunidade.

Para Amorim et al. (2023), a atitude identificada nas áreas de RH das organizações mostrou-se reativa, indicando uma leitura limitada do contexto emergente, o que revela uma prática de RH ainda em descompasso com o mercado de trabalho e as relações de emprego, mesmo em tempos de turbulência, como na pandemia COVID-19 (AMORIM et al., 2023, p. 14).

Neste cenário de novos e relevantes desafios, destaca-se a importância de pensar políticas e práticas customizadas à gestão de pessoas em instituições de saúde, que

contemplem os diferentes anseios dos trabalhadores, sem deixar de lado a sustentabilidade e o equilíbrio organizacional.

Um outro aspecto relevante a considerar é que a pandemia COVID-19 tem apresentado desde seu surgimento diferentes fases e níveis de criticidade que demandam diferentes medidas de enfrentamento, especialmente no que diz respeito a organizações de trauma e de emergência, como são classificadas as instituições hospitalares, as quais necessitam ser analisadas em suas peculiaridades.

Considerando o referencial teórico apresentado e o objetivo geral deste estudo – que trata de compreender como contextos extremos implicam desafios específicos à gestão de pessoas na área da saúde – e seus respectivos objetivos específicos, este estudo consiste em uma pesquisa de natureza qualitativa, que utiliza como base o método de estudo de caso, cujo percurso metodológico é detalhado na próxima seção.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta seção é realizada a apresentação geral do percurso metodológico estabelecido no estudo – incluindo a justificativa pelas escolhas relacionadas –, as considerações éticas inerentes às etapas de autorização e condução da pesquisa junto à instituição e aos participantes selecionados, a apresentação do campo, o detalhamento da coleta de dados primários e secundários e os procedimentos utilizados para análise de dados.

3.1 APRESENTAÇÃO GERAL DO PERCURSO METODOLÓGICO

Considerando o objetivo geral deste estudo – que trata de compreender como contextos extremos implicam desafios específicos à gestão de pessoas na área da saúde – e seus respectivos objetivos específicos, este estudo consiste em uma pesquisa de natureza qualitativa, que utiliza como base o método de estudo de caso.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes – conjunto de fenômenos humanos que é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2013).

Como método de pesquisa o estudo de caso surge do desejo de entender fenômenos sociais complexos e é usado em muitas situações, para contribuir com a produção de conhecimento acerca de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados. A escolha pelo estudo de caso como método de pesquisa justifica-se pela possibilidade de investigação de um fenômeno contemporâneo em seu contexto no mundo real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto podem não estar claramente evidentes (YIN, 2015).

Assumindo a premissa do paradigma interpretativista de captar aquilo que é mais significativo, segundo a perspectiva das pessoas no contexto pesquisado, e de permitir aos participantes o uso de suas próprias palavras, expressões e imagens, baseando-se em seus próprios conceitos e experiências (SACCOL, 2009), esta pesquisa buscou

contemplar a perspectiva dos diferentes atores que compõem este contexto (profissionais da área de gestão de pessoas, gestores de pessoas e trabalhadores da saúde).

O uso de múltiplas fontes de evidência na pesquisa de estudo de caso permite que o pesquisador aborde uma maior variação de aspectos históricos e comportamentais (YIN, 2015) e a literatura nacional e internacional evidencia que a triangulação é uma estratégia de investigação voltada para a combinação de métodos e técnicas que possibilita o cruzamento de múltiplos pontos de vista, a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação (MINAYO, 2005).

Os dados primários desta pesquisa foram coletados através de entrevistas individuais semiestruturadas. A entrevista semiestruturada possibilita o planejamento da coleta de informações por meio da elaboração de um roteiro estruturado, que inclua perguntas básicas relacionadas aos objetivos pretendidos e que também sirva como meio para o pesquisador se organizar para o processo de interação com o informante (MANZINI, 2003).

Os dados secundários foram coletados através da análise de documentos institucionais, especialmente no que diz respeito aos dados qualitativos da Pesquisa de Engajamento anual dos anos de 2020 a 2023, visando a representação da perspectiva dos trabalhadores da saúde e a possibilidade de triangulação destes dados com as categorias emergentes das entrevistas com profissionais da área de gestão de pessoas e gestores de pessoas.

Também foram utilizados como base para a pesquisa documental os Relatórios Anuais de Balanço Social dos anos de 2020 a 2023, relatórios de funcionários ativos e comunicados internos e externos, dentre outros registros organizacionais relacionados aos objetivos da pesquisa e autorizados pela instituição. Segundo Gil (2010), a consulta a fontes documentais é imprescindível em qualquer estudo de caso e estas informações também podem auxiliar na elaboração de pautas para entrevistas.

Nos estudos de caso, a análise e interpretação de dados é um processo que se dá simultaneamente à sua coleta e que, a rigor, se inicia com a primeira entrevista, a primeira observação e a primeira leitura de um documento (GIL, 2010). Uma das estratégias potenciais de análise é seguir as proposições teóricas que levaram ao estudo de caso, as quais refletem a questão de pesquisa, a revisão de literatura e novas proposições, guiando assim a análise do estudo de caso (YIN, 2015).

A partir da estratégia de proposições teóricas, a análise das informações coletadas foi realizada a partir da técnica de análise de construção da explicação, um tipo especial de combinação de padrão, cujo objetivo é analisar os dados do estudo construindo uma explicação sobre o caso. “Explicar um fenômeno é estipular um conjunto presumido de elos causais sobre ele, ou como ou porque algo aconteceu” (YIN, 2015, p. 152). Na técnica analítica de construção da explicação, os elos podem ser complexos e difíceis de mensurar de uma maneira precisa, mas podem refletir proposições teóricas e insights críticos significativos (YIN, 2015).

Ferramentas assistidas pelo computador podem auxiliar na codificação e categorização de grandes quantidades de dados e este processo pode ser realizado iterativamente, construindo categorias ou grupos de códigos mais complexos (YIN, 2015). O software MAXQDA foi utilizado ao longo deste estudo para fins de armazenamento, organização sistemática, análise e visualização de dados oriundos das entrevistas e da pesquisa documental.

3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi conduzida na Santa Casa de Porto Alegre, uma instituição hospitalar de grande porte, sediada na cidade de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Para tanto, teve seu projeto previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, conforme definido na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com registro na Plataforma Brasil CAAE 68195323.0.0000.5335 e obteve aprovação mediante o parecer consubstanciado de número 6.008.359.

Os profissionais entrevistados foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa, sendo formalmente convidados a partir da apresentação de uma carta-convite (Apêndice A) onde foram delimitados de modo introdutório os objetivos, os procedimentos metodológicos e os aspectos éticos relacionados à pesquisa.

Conforme foi sinalizada a disponibilidade e interesse na participação, foi apresentado individualmente a cada participante potencial o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B), para esclarecimentos finais e formalização do

aceite de sua participação no estudo, considerando sua ciência e concordância em relação aos seguintes aspectos:

- a) dos procedimentos metodológicos da referida pesquisa, dos possíveis riscos e benefícios dela provenientes e da possibilidade de receber esclarecimentos sobre este estudo sempre que desejar;
- b) da liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como do seu direito de retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo ou retaliação à sua decisão;
- c) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- d) da segurança de que o participante não seria identificado e que se manteria o caráter confidencial das informações registradas, sendo que as informações obtidas através das entrevistas se manterão arquivadas sem identificação pessoal junto ao banco de dados da pesquisadora responsável e de sua professora orientadora pelo período de cinco anos e depois deste prazo serão destruídas, sob o compromisso ético-científico das mesmas.

Além da carta convite, cada participante recebeu uma cópia assinada do TCLE e, em ambos os documentos foram disponibilizadas informações de contato da pesquisadora e da professora orientadora, os quais poderão ser utilizados a qualquer momento para o esclarecimento de dúvidas e para manifestação individual do desejo de seguir participando ou não do estudo.

Ainda que durante a etapa de realização das entrevistas individuais, grande parte dos participantes tenham demonstrado manifestações de emoção ao relembrar suas vivências e contexto de atuação ao longo do período mais crítico da pandemia, até a data de finalização da Tese, não foi recebida nenhuma manifestação de desconforto físico, emocional ou moral dos participantes em relação à sua participação na pesquisa. Da mesma forma, dentro deste período, nenhum dos participantes manifestou o interesse em declinar de sua participação.

3.3 APRESENTAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA (O CASO DE ESTUDO)

Nesta seção é apresentada uma descrição geral do campo de pesquisa – a Santa Casa de Porto Alegre – de suas origens aos dias atuais, bem como uma breve retrospectiva sobre a instituição no contexto da pandemia COVID, enfatizando-se as estratégias e práticas relacionadas à gestão de pessoas, obtidas com base na pesquisa documental.

3.3.1 A Santa Casa de Porto Alegre: das origens aos dias atuais

A Santa Casa de Porto Alegre é o mais antigo hospital do Rio Grande do Sul e um dos mais modernos complexos hospitalares do país. Formada por nove hospitais, sendo cinco destes especializados nas áreas de cardiologia, neurocirurgia, pneumologia, oncologia e transplantes, abrange em sua estrutura hospitais gerais, direcionados ao atendimento de pacientes adultos e pediátricos. Além da Matriz, a instituição também conta com unidades de Atenção Primária à Saúde na cidade Porto Alegre, um hospital e duas unidades de pronto atendimento localizados na cidade de Gravataí, região metropolitana de Porto Alegre.

Estruturada para o atendimento de pacientes particulares, oriundos de diferentes convênios de saúde e encaminhados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, no ano de 2023 a instituição atingiu a marca de 66,48% de participação do paciente-dia SUS⁷ - mantendo historicamente nos últimos anos, patamar superior ao exigido pela Lei da Filantropia⁸, o que ratifica sua missão de “proporcionar ações de saúde a pessoas de todas as classes sociais, fundamentadas em excelência profissional e organizacional”.

A Santa Casa disponibiliza à população serviços de consultas ambulatoriais eletivas e de urgência e emergência, além de serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, procedimentos cirúrgicos e obstétricos, internações hospitalares, clínicas e cirúrgicas, entre outros. É a única instituição hospitalar do país a realizar todos os tipos de transplante de órgãos e é referência em diagnóstico e tratamento de doenças e procedimentos de

⁷ Refere-se à relação percentual entre o volume de diárias de pacientes internados na Instituição pelo Sistema Único de Saúde e o volume de diárias de todos os pacientes internados.

⁸ Legislação que regula as instituições filantrópicas.

alta complexidade. No ano de 2023 realizou mais de 6 milhões de atendimentos, sendo destes 180 mil classificados como atendimentos de urgência e emergência.

A Santa Casa também desenvolve intensa atividade de Ensino e Pesquisa, áreas nos quais historicamente possui relevância, sendo igualmente reconhecida como referência no desenvolvimento de programas de Residência Médica e cursos de especialização próprios ou associados a diversas universidades e faculdades do Brasil, sendo que desde 1961 é o Hospital Escola da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA).

No que diz respeito ao modelo de gestão, os hospitais da Santa Casa adotam um modelo horizontal, onde todas as áreas assistenciais estão sob a condução de uma gerência corporativa assistencial. Cada segmento assistencial – como Unidades de Internação, Unidades de Terapia Intensiva, Emergência, Ambulatórios, Centro Cirúrgico, Materno Fetal e Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADTs) – possui uma coordenação própria que faz a gestão da equipe de supervisores assistenciais e de operações em cada um dos hospitais. Apesar da adoção predominante do modelo horizontalizado de gestão, a coordenação de cada segmento também se reporta verticalmente à gerência hospitalar de cada um dos hospitais.

Em relação ao quadro de pessoal, a instituição conta com 8.886 trabalhadores, classificados como funcionários com vínculo regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT. Destes, 75,7% são do gênero feminino e 73% possuem idade acima de trinta e um anos, incluindo cerca de 3% de trabalhadores com mais de 60 anos. Quanto ao tempo de trabalho na instituição, 60% possuem até cinco anos de vínculo e 6% possuem acima de vinte anos de vínculo⁹.

No que diz concerne à distribuição de funcionários por grupo de cargo, cerca de 45% é representado pela equipe assistencial de enfermagem (incluindo auxiliares, técnicos e enfermeiros), 8% é representado pelo grupo assistencial de outras especialidades (incluindo nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, educadores físicos, cirurgiões dentistas, biomédicos, técnicos em radiologia, analistas clínicos, dentre outros), 5% é representado pelo grupo assistencial médico e 3% compreende o grupo de gestores, considerando os níveis de supervisão, coordenação, gerência e direção executiva.

⁹ Dados extraídos do Relatório Anual de Balanço Social do ano de 2023. Disponível em <https://www.santacasa.org.br/pagina/relatorio-anual>

A área de Gestão de Pessoas - GP da Santa Casa atua em âmbito corporativo, assim como outras áreas de apoio, prestando atendimento especializado a todos os hospitais e serviços da instituição. Composta por cerca de 60 profissionais, a área de GP é subdividida nos seguintes subsistemas: Serviços de Gestão de Pessoas¹⁰, Parceiros de Negócios GP, Atração e Captação, Medicina do Trabalho e Segurança Ocupacional. Cada um destes subsistemas encontra-se sob responsabilidade de uma coordenação, que se reporta à gerência de GP e à diretoria de operações da Santa Casa.

3.3.2 Breve retrospectiva: a Santa Casa no contexto da pandemia COVID-19¹¹

Ano de 2020

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como uma pandemia. As autoridades governamentais de diversos países, incluindo o Brasil, impuseram restrições de contenção do vírus.

A Santa Casa instituiu um Comitê e definiu um plano de gestão da pandemia, com medidas preventivas e de adaptação, tendo em vista ser uma entidade da área da saúde, e de mitigação dos seus efeitos, em linha com as diretrizes estabelecidas pelas autoridades de saúde nacionais e internacionais.

Em 19 de março de 2020, a Santa Casa comunicou o cancelamento temporário de todas as suas atividades assistenciais eletivas. A questão não era mais se haveria uma pandemia ou não, mas como exercer de fato o histórico papel assistencial desta instituição.

Exatos 11 dias depois do cancelamento dos atendimentos eletivos foram retomados muitos dos processos assistenciais. Já no início do mês de abril, o Pavilhão Pereira Filho foi designado como a unidade exclusiva para COVID-19 da Santa Casa, ganhando estrutura, adaptação de protocolos, treinamentos e qualificação para todas as áreas.

¹⁰ Subsistema responsável pelos processos de administração de pessoal e benefícios.

¹¹ Dados extraídos dos Relatórios Anuais de Balanço Social dos anos de 2020, 2021 e 2022. Disponíveis em <https://www.santacasa.org.br/pagina/relatorio-anual>

Institucionalmente, visando a captação de recursos para viabilizar a estruturação de leitos de UTI para o tratamento de pacientes COVID-19, foram lançadas campanhas junto aos Amigos da Boa Causa¹² e aos principais times de futebol da capital gaúcha.

Em Gravataí, o hospital de campanha abriu suas portas para a população, desafogando a já saturada estrutura assistencial da cidade. Em paralelo, o Hospital Dom João Becker remodelou sua UTI, disponibilizando 12 leitos e totalizando, em toda a Santa Casa, a entrega de 100 leitos de UTI e 124 leitos de internação exclusivos, dedicados ao atendimento de pacientes com COVID-19, antecipando uma demanda que se mostrou essencial e evitou um colapso ainda maior do processo de assistência à COVID-19.

De março a dezembro, foram assistidos 13.393 pacientes infectados pela COVID-19, com 2.814 internações em UTIs e unidades ambulatoriais. Quando ainda poucas instituições o faziam, o Laboratório de Biologia Molecular iniciou a realização de testes PCR para detecção do coronavírus, o que deu muita autonomia à Santa Casa, que pôde testar em larga escala seus funcionários, bem como os pacientes atendidos nos hospitais, permitindo um melhor manejo de seus leitos e realização de todos os processos assistenciais em ambientes seguros. Em todo o ano, foram realizados mais de 60 mil testes, com papel fundamental nos diagnósticos da COVID-19.

Ainda em 2020, a Santa Casa passou a integrar uma pesquisa nacional – chamada Coalização COVID Brasil – para tratamento da doença, juntamente com os hospitais Sírio-Libanês, Albert Einstein, HCor, Moinhos de Vento e Rede Brasileira de Pesquisa em Terapia Intensiva.

Em outra frente, em um momento em que a pandemia mostrava seus piores números, a Santa Casa promoveu a campanha de engajamento “O distanciamento nos une”, convocando a população a respeitar o distanciamento social, usar máscara e álcool gel, evitando assim o *lockdown*¹³ que parecia inevitável.

A mudança e adaptação de muitos processos internos foi mais um grande desafio enfrentado durante a pandemia, visando suprir o aumento de mais de 400% no consumo de alguns itens, como máscaras cirúrgicas, por exemplo, e tantos outros produtos e

¹² O Projeto Amigos da Boa Causa é uma grande plataforma que une todas as ações sociais da Santa Casa e seus apoiadores - pessoas físicas, instituições públicas e privadas, entidades e veículos de comunicação - com o objetivo de garantir a qualificação do atendimento prestado à comunidade, seja pela aquisição de tecnologias médico-hospitalares, renovações de ambientes ou humanização do atendimento.

¹³ O termo *lockdown* tem origem na palavra “*lock*”, que, como verbo, é usada como “trancar”, “travar” ou “bloquear”. É classificado como “o nível mais alto de segurança”, acima do distanciamento social seletivo e ampliado e, se refere a uma medida de bloqueio total que, em geral, inclui também o fechamento de vias e proíbe deslocamentos e viagens não essenciais.

insumos, que se tornaram escassos da noite para o dia. Destaca-se o uso de 86 mil itens relacionados à Equipamentos de Proteção Individual - EPIs, itens que se apresentaram significativamente escassos no mercado brasileiro, com investimento de mais de 11,7 milhões reais no ano de 2020.

Durante o primeiro ano de pandemia foram contratados mais de 2.700 profissionais, que demandaram um grande esforço de prospecção e formalização por parte da equipe de Gestão de Pessoas e lideranças da instituição. No que diz respeito aos cuidados com a saúde dos funcionários, destacaram-se as seguintes ações:

- a) Criação de área específica e exclusiva para acolhimento de casos suspeitos de COVID-19, com suporte de médicos da Medicina do Trabalho e Emergência do Centro Integrado de Emergências Médicas.
- b) Elaboração de protocolo de atendimento em saúde mental, integrando o departamento da Medicina do Trabalho à Psicologia Clínica e Assistência Social, em parceria com instituição privada.
- c) Implementação do TELECOVID, com a participação dos voluntários da área de ensino e corpo clínico, possibilitando a realização de 11 mil atendimentos em telemedicina, exclusivo para funcionários da instituição, incluindo encaminhamento para exames PCR.
- d) Implementação de testagem PCR COVID, extensivo a todos os profissionais, e coordenação da aplicação de Testes Rápidos (Imunidade à COVID) de mais de 5 mil funcionários.
- e) Inauguração de novos espaços de relaxamento e descanso para os trabalhadores, além de uma nova sala conforto e da criação do Jardim e do Recanto do Silêncio, espaços disponibilizados para uso exclusivo dos funcionários durante os intervalos de descanso.
- f) Entrega de crachás humanizados, com fotos dos funcionários, integrando a campanha interna “A linha de frente é feita de gente”, que visou demonstrar que, por trás de cada máscara, de cada *face shield*, de cada avental da linha de frente havia um colega pronto a se doar e ajudar a salvar vidas
- g) Realização de mais de 12 mil testes PCR em profissionais, de todas as áreas, como medida de prevenção e controle da pandemia.
- h) O serviço de Telemedicina para os funcionários contabilizou mais de 12 mil e quinhentos atendimentos gerais, além dos quase 900 atendimentos no TELESÁUDE MENTAL, serviço de apoio psicológico.

- i) No âmbito da remuneração, todos os funcionários, de todas as categorias profissionais tiveram aumento salarial, com reposição acima da inflação para os técnicos de enfermagem e médicos.

Ano de 2021

Em função da intensidade da epidemia em 2020, foi mandatária a centralização dos esforços gerenciais e estratégicos no equacionamento da assistência às vítimas da COVID-19.

Apesar de um significativo recuo em janeiro de 2021, a pandemia COVID-19 apresentou um pico ainda mais intenso entre os meses de fevereiro a junho, quando a exaustão e o medo começaram a dar lugar à vacinação, à imunização e um retorno gradual às atividades da Santa Casa, período em que os volumes assistenciais atingiram patamares muito similares à etapa pré-pandemia.

Ao longo da pandemia, a Santa Casa se estabeleceu como instituição de referência no aconselhamento de pacientes com suspeita de COVID-19, orientando a realização de testes e o devido isolamento, essenciais para o melhor controle do vírus.

Em outubro de 2021, o Laboratório de Biologia Molecular da Santa Casa ultrapassou a marca de 100 mil testes de COVID-19 realizados pelo método RT-PCR, incluindo a realização de mais de 13 mil testes subsidiados pela instituição para o corpo clínico e funcionários, fundamentais para garantir a segurança e a agilidade necessária para a prevenção, diagnóstico e tratamento da COVID-19.

As áreas de Gestão de Pessoas, Medicina do Trabalho e Segurança do Trabalho tiveram uma série de realizações importantes, tanto de atendimento ao contexto da pandemia quanto em avanços nos processos voltados ao bem-estar e à qualidade das relações de trabalho na instituição.

Além da incorporação de 254 novos postos de trabalho, o maior desafio deste ano foi engajar os funcionários em um cenário ainda marcado por incertezas, com protocolos mudando a todo momento, devido à pandemia. Medo, insegurança, esgotamento e luto foram algumas das palavras frequentes no dia a dia da instituição. Com as mudanças de protocolos, alterações de fluxos e demais divulgações, a instituição enviou ao todo mais de mil informativos em 2021.

Entre as ações, realizadas nas áreas de convivência dos trabalhadores e respeitando os protocolos da pandemia, foi criada a campanha “Um abraço com palavras”, alusivo ao “Dia do Abraço”, celebração anual realizada historicamente no mês de maio pela

instituição com o objetivo de destacar o afeto, o acolhimento e a proximidade entre os trabalhadores, na qual foram distribuídos adesivos com “vale-abraços”, simbolizando os abraços reais que ainda não podiam ser realizados, como uma promessa de dias melhores.

Com a ampliação da vacinação, foi possível viabilizar também algumas ações presenciais relacionadas à saúde e bem-estar dos profissionais, tais como Reiki, *quick massage*, violino e relaxamento mental. Neste mesmo ano, a instituição montou também um “escutatório” na praça central, espaço aberto a todos os profissionais que quisessem partilhar suas trajetórias com a instituição.

No ano de 2021 foram realizados através da Telemedicina 9.161 atendimentos aos funcionários da instituição, além de 8.053 atendimentos presenciais e 6.405 testes de RT-PCR.

Nos últimos anos a Santa Casa trabalhou em um grande projeto para gestão de pessoas, relacionado à implementação de uma plataforma informatizada, com o objetivo de simplificar e melhorar processos relacionados à gestão de pessoas e também de modo integrado à ferramenta já existente na instituição para controle de acesso e segurança. Com os novos processos automatizados, a plataforma trouxe importantes ganhos de performance, sendo somente em 2021, com a implantação dos módulos de gestão de recrutamento, admissão digital e quadro de vagas, alcançada uma redução de tempo de cerca de 70% na rotina da área.

Ano de 2022

A Santa Casa considerou 2022 um ano de sobrevivência a momentos desafiadores num quadro dramático pós pandemia COVID-19, conturbado por momentos de desordem social e política, com inflação de altos e baixos e juros em alta, desemprego e grande número de empresas com quedas expressivas por conta de seus fracos balanços.

Apesar de tratar-se de um ano ainda marcado por picos da pandemia COVID-19, cujos impactos representaram reflexos na assistência aos pacientes, 2022 representou um período de retomada dos níveis assistenciais, já muito próximos daqueles pré-pandemia, onde foram alcançados resultados institucionais positivos e realizadas importantes entregas da instituição à sociedade, tal como a inauguração da nova emergência, com uma área de 2.4 mil² - quatro vezes maior que a área anterior – e direcionada exclusivamente ao atendimento de pacientes oriundos do SUS, cuja obra foi viabilizada a partir de uma campanha social liderada por empresários do setor privado.

As ações dirigidas à qualidade de vida no trabalho tiveram especial atenção, com o objetivo de buscar a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, tais como:

- a) Promoção de práticas integrativas e complementares (PIC), tais como acupuntura, auriculoterapia, *quick massage*, ventosas, aromaterapia, Reiki, em parceria com a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA);
- b) Ações educativas em forma de palestras, lives e posts nos canais internos de comunicação relacionados à saúde física e mental;
- c) Treinamento na modalidade online e presencial sobre ergonomia e fisioterapia;
- d) Eventos presenciais de relaxamento dirigido;
- e) Fluxo de consultoria e acolhimento em medicina ocupacional, psicologia e assistência social;
- f) Parceria com instituições para encaminhamentos relacionados à saúde mental (atendimentos em psicologia e psiquiatria);
- g) Disponibilização de vacinas e monitoramento da situação vacinal dos funcionários.

Alcançada a marca de mais de 6.500 vacinas aplicadas pela Medicina Ocupacional nos seus funcionários e com a pandemia COVID-19 mais controlada, os eventos internos voltaram a ser realizados de forma híbrida. Com uma programação especial, no “Dia do Abraço” finalmente foi possível entregar os abraços guardados desde antes da pandemia e o desafio foi expressar esse sentimento de retomada à normalidade em uma frase, que foi representada pela campanha interna de comunicação “Se abra para o abraço”.

Em 2022, o Centro Histórico-Cultural da Santa Casa também participou do projeto de história oral: “Documentando a experiência da COVID-19 no RS”, uma ação coletiva, interinstitucional e interdisciplinar para recolhimento e difusão de registros sobre o cotidiano e a experiência subjetiva da pandemia no Rio Grande do Sul, que dialogava com iniciativas similares levadas adiante em diferentes lugares do mundo, a fim de registrar um momento ímpar da história recente da saúde no estado e no país.

Finalizando esta breve retrospectiva, a pesquisa retorna ao cenário da Santa Casa de 2023, quando é apresentada a proposta de aplicação deste estudo.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS – ETAPA DE ENTREVISTAS

A partir da aprovação do projeto de pesquisa por parte do Comitê de Ética da ISCMPA, o recrutamento dos participantes potenciais foi realizado através de contato telefônico ou presencial da pesquisadora. Este contato com os participantes foi realizado entre os meses de abril e setembro de 2023, através da carta-convite (Apêndice A) entregue de forma impressa e virtual.

Ao todo, foram convidados nove participantes, sendo destes três profissionais atuantes na área de gestão de pessoas e seis gestores de pessoas atuantes em posição de liderança de áreas assistenciais e de apoio da organização, de acordo com os critérios estabelecidos no projeto de pesquisa.

Todos aceitaram inicialmente o convite, todavia um dos gestores não apresentou disponibilidade de agenda para participação na entrevista individual e a mesma não foi realizada.

As entrevistas com os oito participantes que aceitaram participar do estudo foram precedidas da apresentação, esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B). Todos os TCLEs foram preenchidos e assinados em duas vias, sendo uma via entregue a cada participante e outra mantida em posse da pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de julho a outubro de 2023, sendo destas quatro em formato presencial, nas dependências da Santa Casa de Porto Alegre, em local reservado e sem interferência institucional. As outras quatro entrevistas foram realizadas em formato de videoconferência, via aplicativo Microsoft Teams. Ambas as opções foram apresentadas aos participantes, que tiveram liberdade de escolher o formato que se sentissem mais à vontade e fosse mais compatível à sua disponibilidade de horários. Todas as entrevistas foram realizadas através de encontro único com cada participante, cujo tempo de duração variou de 54 minutos a 1 hora e 24 minutos. O tempo total de gravação das entrevistas foi de 8 horas e 15 minutos.

No caso das entrevistas presenciais, o registro de áudio foi realizado através de aplicativo Gravador da Apple e do recurso Transcrever do Microsoft 365, ambos com licença para uso adquirida pela pesquisadora. No caso das entrevistas por videoconferência o registro de vídeo e respectiva transcrição foi realizado via aplicativo da Microsoft Teams. Adicionalmente foram realizadas anotações manuais por parte da

pesquisadora – no formulário de Roteiro de Entrevista Semiestruturada (Apêndice C) – durante e após cada entrevista.

Entre os meses de agosto e outubro de 2023, foi realizada revisão minuciosa por parte da pesquisadora em relação aos registros de gravação e transcrição, a fim de preparação dos dados para a etapa de análise e categorização.

3.4.1 Apresentação dos participantes da pesquisa – etapa de entrevistas

Para a etapa de entrevistas desta pesquisa foram selecionados como participantes profissionais que atuassem na área de gestão de pessoas, bem como gestores de pessoas que atuassem em posição de liderança de áreas assistenciais organização, consideradas como “linha de frente” no combate à pandemia COVID-19.

Foram incluídos na pesquisa profissionais que tivessem exercido suas atividades na organização desde antes do início da pandemia COVID-19, considerando como data de referência o mês de fevereiro de 2020, até o período de coleta de dados. O quadro 4 a seguir apresenta a caracterização dos participantes entrevistados:

Quadro 4 - Caracterização dos participantes da pesquisa – etapa de entrevistas

Código do Respondente	Tempo de atuação na instituição	Escopo de atuação
GP1	23 anos	Gestor de pessoas de áreas assistenciais
GP2	22 anos	
GP3	25 anos	
GP4	13 anos	
GP5	18 anos	
PGP1	3 anos	Profissional da área de gestão de pessoas
PGP2	16 anos	
PGP3	9 anos	

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Em relação aos **gestores de pessoas de área assistenciais**, é relevante sinalizar que foram convidadas lideranças de diferentes níveis – gerentes, coordenadores e supervisores – que possuem responsabilidade pela gestão de equipes de formações diversificadas, tais como enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, assim como equipes administrativas e de apoio assistencial, e que possuem sob sua gestão uma

ou mais unidades de atendimento, segmentos (emergências, unidades de terapia intensiva, unidades de internação, dentre outros) e/ou hospitais que compõem o Complexo da Santa Casa de Porto Alegre. Cabe retomar que, no que diz respeito ao modelo de gestão, os hospitais da Santa Casa adotam um modelo horizontal, onde todas as áreas assistenciais estão sob a condução de uma gerência corporativa assistencial. Cada segmento assistencial – como Unidades de Internação, Unidades de Terapia Intensiva, Emergência, Ambulatórios, Centro Cirúrgico, Materno Fetal e Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADTs) – possui uma coordenação própria que faz a gestão da equipe de supervisores assistenciais e de operações em cada um dos hospitais. Apesar da adoção predominante do modelo horizontalizado de gestão, a coordenação de cada segmento também se reporta verticalmente à gerência hospitalar de cada um dos hospitais.

Em relação aos **profissionais da área de gestão de pessoas**, foram convidados a participar do estudo representantes de diferentes subsistemas da área e que também exercem papel de liderança de equipes na área de gestão de pessoas, dentro de seu escopo de atuação. Ratifica-se a informação de que área de gestão de pessoas da Santa Casa atua em âmbito corporativo, prestando atendimento especializado a todos os hospitais e serviços da instituição e é subdividida nos subsistemas de Serviços de Gestão de Pessoas, Parceiros de Negócios GP, Atração e Captação, Medicina do Trabalho e Segurança Ocupacional, sendo que cada um destes subsistemas encontra-se sob responsabilidade de uma coordenação, que se reporta à gerência de gestão de pessoas e à diretoria de operações da Santa Casa

Não foram especificadas as áreas de atuação de cada participante, visando a preservação de sua identidade e dos aspectos éticos relacionados à aplicação do estudo.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS – PESQUISA DOCUMENTAL

Paralelamente ao período de contato com os participantes e realização das entrevistas foi realizada a coleta de dados secundários, através de pesquisa documental, com base nos relatórios qualitativos da Pesquisa de Engajamento institucional, aplicada anualmente nos anos de 2020, 2021, 2022 e 2023, visando que estes pudessem representar a perspectiva dos trabalhadores da saúde e que possibilitassem a triangulação destes dados

com as categorias emergentes das entrevistas com profissionais da área de gestão de pessoas e gestores de pessoas.

A consulta aos dados da Pesquisa de Engajamento institucional foi viabilizada através da plataforma Pin People, na qual estão armazenadas todas as informações coletadas, mediante login de acesso e senha concedidos pela Santa Casa de Porto Alegre. Como critério de análise dos relatórios qualitativos da Pesquisa de Engajamento institucional, foram considerados todos os comentários que continham os termos: “pandemia”, “COVID”, “corona” e “vírus”. Ao todo foram identificados e analisados 243 comentários relacionados a estes termos, sendo destes 133 no relatório de 2020, 51 no relatório de 2021, 41 no relatório de 2022 e 18 no relatório de 2023.

Também foram considerados na pesquisa documental os dados publicados nos Relatórios Anuais de Balanço Social da Santa Casa de Porto Alegre nos anos de 2020, 2021, 2022 e 2023, que juntos totalizaram 514 laudas, visando a identificação de práticas de gestão de pessoas relacionadas à pandemia COVID-19.

É importante ressaltar que cada técnica utilizada foi previamente definida e planejada considerando sua correlação com os objetivos específicos deste estudo. O quadro 5 a seguir sintetiza a relação entre as técnicas utilizadas e os objetivos específicos:

Quadro 5 - Relação dos objetivos específicos e técnicas utilizadas

Objetivos específicos	Técnicas utilizadas
1) Identificar as principais estratégias e práticas de gestão de pessoas na área da saúde sob o cenário da pandemia COVID-19, em suas diferentes fases	Entrevistas individuais com profissionais de gestão de pessoas e gestores de pessoas Relatórios Anuais de Balanço Social
2) Analisar o nível de alinhamento das estratégias e práticas de gestão de pessoas na área da saúde adotadas sob o cenário da pandemia COVID-19, em suas diferentes fases com as expectativas dos diferentes atores que compõem este contexto	Entrevistas individuais com profissionais de gestão de pessoas e gestores de pessoas Pesquisa de engajamento
3) Identificar desafios e lições aprendidas relacionadas à gestão de pessoas na área da saúde em contextos extremos	Entrevistas individuais com profissionais de gestão de pessoas e gestores de pessoas Pesquisa de Engajamento

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

3.6 ESTRATÉGIA E TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Conforme abordado no item 3.1 de apresentação geral do percurso metodológico, a partir da estratégia de proposições teóricas, a análise das informações coletadas neste estudo foi realizada a partir da técnica de análise de construção da explicação.

Apesar desta técnica não ter seu processo de construção detalhadamente documentado, é prescindida de uma série de interações, as quais envolvem a realização de uma proposição explicativa inicial, a comparação das descobertas do caso com esta proposição, a revisão da proposição, a comparação de detalhes do caso com esta revisão, a comparação da revisão com a descoberta de outros casos e a repetição deste processo tantas vezes quanto necessário (YIN, 2015).

Nesta pesquisa, a etapa de organização dos dados foi precedida da revisão da questão de pesquisa, dos objetivos geral e específicos e das proposições teóricas relacionadas ao referencial que permeia o estudo, considerando seus pontos de aproximação e distanciamento. De acordo com Yin (2015), a construção gradual de uma explicação, é similar ao processo de refinamento de um conjunto de ideias, no qual é necessário considerar outras explicações plausíveis ou rivais.

Inicialmente cada fonte de pesquisa foi analisada de modo independente e codificada considerando sua correlação com os objetivos específicos deste estudo. A partir desta etapa, foram selecionados e classificados 892 trechos de análise extraídos dos materiais coletados nas etapas de entrevistas (perspectiva dos profissionais da área de gestão de pessoas e gestores de pessoas) e da pesquisa documental, predominantemente oriundos da análise qualitativa da Pesquisa de Engajamento institucional (contemplando a perspectiva dos trabalhadores da saúde) e dos Relatórios Anuais de Balanço Social (perspectiva da organização).

Estes trechos foram codificados em 35 tópicos de análise, que foram depurados e relacionados a sete categorias de análise, as quais serviram de base para integração dos resultados finais e para articulação da discussão teórico-empírica relacionada aos objetivos do estudo, que é apresentada na seção a seguir.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção são apresentadas as categorias de análise e articulações teórico-empíricas relacionadas aos objetivos do estudo.

4.1 CATEGORIAS DE ANÁLISE E ARTICULAÇÕES TEÓRICO-EMPÍRICAS

Considerando o objetivo de compreender como contextos extremos implicam desafios específicos à gestão de pessoas na área da saúde, esta seção se propõe à apresentação e discussão dos resultados obtidos e está estruturada em sete categorias de análise: **clima organizacional; liderança; dilemas morais; estratégias e práticas de gestão de pessoas; desafios da gestão de pessoas em contextos extremos; lições aprendidas (ou a aprender)** e, por fim; **outros fatores contextuais**.

Estas categorias emergem da análise das perspectivas das diferentes fontes coletadas – as quais são integradas a partir do processo de triangulação de dados e da técnica de análise de construção da explicação.

Para tanto, ao longo desta seção são detalhadas cada uma das categorias analíticas identificadas, através da exemplificação de trechos do material coletado no estudo e de sua correlação com o referencial teórico que embasa este estudo, sendo também apresentada uma síntese analítica ao final das categorias.

4.1.1 Clima organizacional

“Está calmo agora, mas daqui a dois minutos pode virar completamente”
(Entrevistado GP1)

Esta categoria de análise é composta por tópicos relacionados à comunicação organizacional, ao engajamento das equipes, à imagem institucional e ao sentimento de propósito.

De modo geral percebem-se oscilações de conotação positiva e negativa sobre alguns destes aspectos em diferentes momentos da pandemia e da mesma forma, sob a perspectiva dos diferentes atores que permeiam este contexto.

De acordo com o Relatório Anual de Balanço Social 2020, a Santa Casa instituiu um Comitê de Crise e definiu um plano de gestão da pandemia, com medidas preventivas e de adaptação e de mitigação dos seus efeitos, em linha com as diretrizes estabelecidas pelas autoridades de saúde nacionais e internacionais.

“Tinha reunião do time todos os dias, duas vezes por dia. Assim, de manhã a gente tomava uma decisão e de noite já era outra decisão. Já não era mais a mesma da manhã, sabe? (...) a gente sempre teve espaço na direção assim, sabe? A direção ouvia a todos e eles trabalhavam como grupo.(...) então a gente tinha muito forte a confiança nesse comitê executivo. Assim, a gente criou um comitê que era a direção executiva e os gerentes dos hospitais quem tocava tudo” (Entrevistado GP3)

No período mais crítico da pandemia, o contexto de incertezas e a pressão por respostas, agilidade e transparência na **comunicação organizacional** parecem predominar nos relatos dos entrevistados, que alternam percepções relacionadas à comunicação em formato presencial e online:

“Foi onde a gente conseguiu utilizar mais as ferramentas online. Foi aí que foi uma grande virada de chave também para nós da gestão, porque as nossas reuniões eram presenciais, os nossos treinamentos eram presenciais. A gente começou a utilizar, daí mais os meios de comunicação, como o grupo de WhatsApp e depois, logo em seguida veio o Teams, e era assim que a gente conseguia atingir todas as demandas” (Entrevistado GP5)

“Eu acho que a gente sempre fala dos problemas de comunicação e quando tu fala de uma instituição do tamanho da nossa, a gente sabe que tu pode ter a melhor comunicação do universo, mas sempre vai ter esses problemas. Eu acho que foi trabalhado num dos melhores momentos assim de comunicação interna dentro da Santa Casa, porque a gente tinha boletins diários. Além dessas reuniões (...) para tomada de decisão rápida, a Santa Casa emitia todos os dias boletins diários, que eram uma atualização do que tinha acontecido no dia. Então todo mundo criou o hábito de buscar a atualização do boletim, além da informação que os gestores passavam para base e que precisava acontecer também numa velocidade” (Entrevistado PGP3)

"A comunicação é de muita valia, pois nos mantém informado da evolução dos casos na pandemia" (Pesquisa Engajamento 2020 – PAN-E9)

Segundo o Relatório Anual Balanço Social 2021 da Santa Casa, um dos maiores desafios deste ano foi engajar os funcionários em um cenário ainda marcado por incertezas, com protocolos mudando a todo momento, devido à pandemia. Com as

mudanças de protocolos, alterações de fluxos e demais divulgações, a instituição enviou ao todo mais de mil informativos neste ano.

Ainda que a instituição tenha investido na emissão de boletins informativos e aderido a ferramentas de comunicação online, a expectativa e preferência pelos encontros presenciais foi manifestada nos diferentes momentos da instituição, especialmente pelos trabalhadores da saúde:

“Devido à pandemia diminuimos nossas reuniões com isso nossa comunicação ficou mais distante” (Pesquisa Engajamento 2020 – PAN-E44)

“Num setor movimentado e corrido nem sempre consegue-se estar à frente dos canais de comunicação. Pela pandemia praticamente toda comunicação ficou por e-mail, intranet entre outros, ao meu olhar alguns serviços deveriam voltar a serem presenciais para melhorar o relacionamento” (Pesquisa Engajamento 2023 – PAN-E15)

A comunicação integrada e a agilidade de respostas foram um dos principais desafios apontados pelos profissionais de gestão de pessoas no período de pandemia (BERSIN, 2020) e, da mesma forma identificam-se percepções críticas em relação ao nível de adequação dos canais de comunicação utilizados tanto por parte dos gestores de pessoas quanto dos profissionais da área de gestão de pessoas.

“A própria comunicação é algo que ela é difícil dentro das instituições. A gente se comunica hoje pelo Teams, pelo e-mail, pelo Whatsapp. Daí, de vez em quando dá uma bronca pelo Teams, fica bem ruim... Talvez a gente tenha que ver a melhor forma de comunicar” (Entrevistado GP1)

“Nosso time é um time que não tinha fragilidades assim, técnicas. O que a gente tinha fragilidade era de comunicação. No início, nossa comunicação era por e-mail. E meio dentro desse cenário, não funcionou. E o WhatsApp, nesse cenário, funcionou. O problema é que daqui a pouco a gente tinha tanto grupo de WhatsApp que a gente não conseguia dar conta de todos os fios de conversa... Daqui a pouco tinha coisa muito importante rolando ali, estavam nos citando em outro grupo: ‘Olha que o tal grupo lá tão falando que tu tinha que fazer tal coisa’, mas assim, estava contando com mais de dez grupos de WhatsApp (...) eu achei que a gente perdeu tempo ali, foi uma fragilidade nossa” (Entrevistado PGP3)

“Isso aí uma coisa que eu achei bem preocupante assim. Então quer dizer que a gente acabava sabendo de certas coisas por e-mail institucional, por uma conversa informal, por um WhatsApp” (Entrevistado PGP2)

Todavia, foi identificada um movimento de contenção de posicionamentos por parte de alguns dos gestores de pessoas entrevistados, de acordo com sua leitura do clima organizacional:

“Cada um tem as suas linhas de pensamento. Nem tudo que a gente pensa, a gente fala. Essa é a minha política. Eu escuto mais, falo menos. Isso com o tempo aprendi. Mas às vezes dá vontade de falar, mas daí a gente tem que segurar para garantir o emprego” (Entrevistado GP4)

“Ao mesmo tempo que a gente tentava se entender, a gente se arrebatava e ficava todo mundo bravo, beijado, no chinelo. Hoje eu vou ficar quieta. Hoje eu não vou abrir a boca, eu vou ficar quieto. Eu juro que eu vou ficar quieto. Aí tu abria a boca, todo mundo apanhava, todo mundo apanhava, a gente apanhava. (...) Era uma loucura assim. Era uma coisa de conflito. Muito, muito, muito, muito, muito pesado, muito pesado. As pessoas saíam das reuniões, choravam, a gente se escondia pelos cantos. Era uma coisa muito, muito pesada” (Entrevistado GP3)

Apesar de posicionamentos divergentes em relação ao modelo de comunicação no cenário da pandemia, de modo geral foram identificados muitos relatos positivos em relação ao **engajamento das equipes** nos momentos mais críticos da pandemia, tanto por parte dos gestores, quanto dos profissionais de gestão de pessoas e dos trabalhadores da saúde, inclusive muitos destes denotando nostalgia pelo movimento antes vivenciado:

“Foi uma época horrível, mas uma época muito boa, porque tinha um objetivo comum, que era a pandemia, era um único objetivo. Não se tinha outro, se tinha que suprir aquilo ali. Então toda a energia das pessoas estava canalizada para aquilo. Então essa foi a parte que eu acho de maior aprendizado, de poder trabalhar em colaboração. Eu não me senti só em nenhum momento” (Entrevistado GP2)

“Foi um período assim de muito engajamento, muito trabalho. E eu tive a certeza de que a equipe de enfermagem é muito unida. Nesse momento, a gente teve a percepção do quanto a gente se uniu. Não só a equipe de enfermagem, a equipe médica e equipe administrativa... o quanto a gente teve união assim para conseguir dar conta de toda a demanda que chegava... e todo dia era uma demanda diferente” (Entrevistado GP5)

“Acho que a gente teve uma união e eu percebo que no hospital como um todo, áreas que me apoiaram, que eu tinha pouco contato, apesar de ter muitos anos de casa, a gente acabava trabalhando, cada um uma parte. E nesse momento foi um momento de todo mundo pegar junto (...) ficou todo mundo muito, muito, muito unido num propósito... atender, cuidar e se cuidar também... então, acho que a pandemia foi transformadora” (Entrevistado GP1)

“E ali no início já começou a dar uma ideia de time. Eu tinha muito, muito temor pelo como ia ser lidar com isso, mas daqui a pouco estava todo mundo trabalhando junto, nos momentos mais críticos (...) por isso que se tu me pergunta assim como é que eu me sinto em relação a isso... com um time que é capaz de fazer isso... quem é que vai dizer que fica chateado, né? Eu quero estar abraçado com essas pessoas” (Entrevista PGP2)

“A gente conseguiu, num momento de crise mesmo, enxergar a parceria e o quanto as pessoas estavam engajadas e queriam que as coisas dessem certo. E acho que a gente que trabalha numa instituição de saúde muito mais, porque embora a gente não estivesse tão próximo da assistência, a gente estava vivendo com eles tudo o que eles estavam vivendo ali na ponta” (Entrevistado PGP3)

“Me sinto muito satisfeito e agradecido por fazer parte desse instituição aprendi muito aqui, os dois anos de pandemia foram uma lição de vida, vivenciei de perto a luta da instituição o engajamento de todos os profissionais em um único objetivo: salvar vidas” (Pesquisa Engajamento 2023 – PAN-E11)

Considerando o momento atual, em comparação com o período mais crítico da pandemia, foi mencionada uma percepção de distanciamento das pessoas, por parte de alguns dos profissionais de gestão de pessoas e trabalhadores da saúde:

“Eu acho que tem um movimento da instituição que mudou. Mudou no pré, durante e pós [pandemia], que é uma lógica muito voltada para resultado... precisa, é necessário, óbvio, para a sustentabilidade, mas talvez isso tenha afastado as pessoas (...) e aí a gente perde um pouco da essência” (Entrevistado PGP3)

"A demanda elevada do pós pandemia deixou as pessoas pouco sensíveis... o fator emocional e o número de funcionários de atestado deixa a rotina tumultuada" (Pesquisa Engajamento 2022 – PAN-E3)

Entretanto, esta percepção parece ser contrabalançada por uma percepção positiva em relação à **imagem institucional**, assim como pela manifestação de identificação por parte dos trabalhadores da saúde, nas diferentes fases da pandemia:

"Todo o carinho, respeito e dedicação empregado pela instituição procurando proporcionar igualdades de condições para todos os funcionários, mesmo neste momento tão delicado da história humana com a pandemia, tem demonstrado toda a preocupação e apreço que a Santa Casa tem com os seus funcionários, essa retribuição faz a diferença para que eu particularmente possa desenvolver minhas atividades com afinco e dedicação constante" (Pesquisa Engajamento 2020 – PAN-E61)

"Acredito que esses últimos anos não foram fáceis, para todos, enfrentamos uma pandemia, com perdas, dificuldades financeiras e inseguranças. A Santa Casa sempre foi uma referência no cuidado, e tenho certeza de que continuará exercendo esse papel. Com muito orgulho faço parte desse time, ‘visto a camiseta’ e tenho esperança de dias melhores" (Pesquisa Engajamento 2022 – PAN-E4)

Os relatos de gestores de pessoas e profissionais da área de gestão de pessoas também corroboram com esta percepção de **propósito**:

“Nunca se deixou de entregar assim... cada um dava o seu máximo, aquilo que tinha de melhor (...) com todos os conflitos, com todas as feridas que ficaram... todo mundo deu o seu máximo” (Entrevistado GP3)

“Se eu pudesse escolher te dizer eu acho que a gente tem um maior volume de pessoas que sim, que são engajadas e que entendem qual é o nosso propósito. Propósito... essa palavra tinha me fugido, que é um propósito que é completamente diferente... então ninguém está ficando rico na Santa Casa... a

gente está tentando sobreviver e eu acho que para mim o valor que importa é esse. Quem entra, se engaja, tem propósito e entende a missão” (Entrevistado PGP3)

Quadro 6 - Síntese analítica: Categoria Clima organizacional

Tópicos relacionados	Principais constatações analíticas	Correlação com referencial teórico
Comunicação organizacional	Oscilações de conotação positiva e negativa Contexto de incertezas Pressão por respostas, agilidade e transparência Expectativa e preferência pelos encontros presenciais Percepções críticas em relação ao nível de adequação dos canais de comunicação utilizados e ao excesso de comunicação Contenção de posicionamentos	A comunicação integrada e a agilidade de respostas mostraram-se um dos principais desafios apontados pelos profissionais de gestão de pessoas no período de pandemia (BERSIN, 2020) Rápidas mudanças de orientação, incertezas quanto a questões clínicas, desafio de comunicação com os familiares dos pacientes, confusão e incerteza quanto ao cuidado adequado (MOGHADDAM-TABRIZI; SODEIFY, 2021; SPERLING, 2021b)
Engajamento das equipes	Relatos positivos em relação ao engajamento das equipes nos momentos mais críticos da pandemia Sentimento de nostalgia pelo movimento antes vivenciado Percepção de distanciamento das pessoas no momento atual	Para sustentar a eficácia em interações frequentes de eventos extremos, as organizações de trauma podem exigir um certo nível de distanciamento o uso de mecanismos de enfrentamento e, à medida em que o “extremo” passa a ser considerado “normal”, as equipes podem necessitar de intervenções para garantir que a vigilância seja mantida (HANNAH et al., 2009)
Imagem institucional e propósito	Percepção positiva em relação à imagem institucional Percepção de propósito	

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

4.1.2 Liderança

“O gestor tem que entender que ele é um pouco GP e o GP [área] também tem que entender que tem que ter essa parceria... que nós estamos trabalhando em colaboração, de forma conjunta” (Entrevistado GP2)

Esta categoria de análise é composta por tópicos relacionados ao papel do líder, à preocupação do líder com a saúde e segurança das equipes sob sua gestão, à percepção dos trabalhadores acerca da liderança e à percepção dos gestores quanto ao nível de suporte recebido por parte da alta direção e por parte da área de gestão de pessoas.

No que diz respeito ao **papel dos líderes**, os gestores de pessoas apresentam relatos que referem reflexões e amadurecimento no período mais crítico da pandemia:

“Não tem receita para ser gestor, mas gosto muito de uma imagem que é uma cabeça colorida com 1000 símbolos... tem que ter a mente mais aberta. A visão para fora é muito importante: O que está acontecendo no mundo? Como é que a enfermagem em nosso campo está se comportando? Quais são as tuas conexões externas para te dar apoio?” (Entrevistado GP1)

“Eu acho que o RH mudou muito de uns anos para cá. A Santa Casa tem lideranças que ainda não entenderam essa virada de chave. A Santa Casa tem lideranças que acham que é tudo do RH. E hoje o RH tem uma nova pegada. Muito do RH está lá no gestor. Então, mas tem muita gente que não entendeu isso” (Entrevistado GP2)

“Eu tenho uma política para mim desde sempre, quando eu entrei, que eu preciso ter as pessoas trabalhando para mim. Então, se o resultado do técnico é ruim, o do enfermeiro vai ser ruim, o do supervisor é ruim, o do coordenador é ruim. Então é o trabalho da ponta que faz meu trabalho. Eu não estou ali fazendo assistência. Então ele tem que trabalhar bem para refletir no trabalho” (Entrevistado GP4)

Em relação à **preocupação do líder com a saúde e segurança das equipes** sob sua gestão, os gestores de pessoas e profissionais da área de gestão de pessoas trazem relatos positivos em relação à sua atuação:

“Todo mundo estava com medo de entrar no [leito] COVID. Eu Tive que entrar no primeiro atendimento porque nunca me importei, acho que a parte da assistência e da gestão, elas têm que andar junto. Para quem é gestor dessas áreas, precisa saber. Então fui lá. O médico também estava com medo. Eu o chamei numa sala e antes eu conversei: ‘Tu está seguro de fazer isso? Tu vai ter que entubar, tu sabe a técnica? Tu já leu algum protocolo? Tu tem certeza? Tu não pode expor a equipe também’. Então, além do paciente, tu tem todos os profissionais que estão junto contigo” (Entrevistado GP4)

“Enquanto gestora, acho que consegui passar para a equipe essa tranquilidade em relação aos protocolos que a gente estava seguindo, em relação ao atendimento e como a instituição já tinha melhor se organizado, porque como foi um pico muito grande e com muitos atendimentos dentro da instituição e que pegou esse cenário mais crítico, o período mais crítico realmente do convívio, acho que aos poucos também as coisas foram melhor se organizando com novos processos (...) acho que eu estava calma, tranquila para estar atuando e eu acho que também a gente conseguiu conduzir com a equipe da mesma maneira” (Entrevistado PGP1)

Esta percepção positiva também é ratificada nos relatos de parte dos trabalhadores da saúde:

"No início do mês de novembro testei positivo para COVID, foi neste momento que apresentei o meu primeiro afastamento e para a minha surpresa fui muito amparado pelos meus pares e superiores" (Pesquisa Engajamento 2020 – COV-E06)

"Quando tive COVID, os colegas e médicos se mostraram muito preocupados e sempre entrando de alguma forma em contato comigo. Minha Supervisora foi sensacional" (Pesquisa Engajamento 2020 – COV-E17)

"Este ano contraí a COVID-19 e foi um momento bem tenso da minha vida. Também perdi minha mãe para a COVID e câncer há menos de 04 meses, precisando me ausentar presencialmente e me senti super amparada pela minha liderança, que me fez sentir segura e tranquila nesse período tão intenso" (Pesquisa Engajamento 2021 – COV-E09)

Destaca-se neste ponto o relato positivo de trabalhadores da saúde em relação à preocupação de sua liderança com sua condição de saúde, ainda quando nas situações em que não percebe esta mesma preocupação por parte da organização:

"Fui bem acolhida pela minha chefia sim... pela medicina do trabalho não. Já peguei COVID e a medicina do trabalho fez pouco caso da minha situação" (Pesquisa Engajamento 2020 – COV-E21)

"Tive COVID e não me senti bem assistida. A minha supervisora foi atenciosa, mas o serviço médico pessoal deixou a desejar" (Pesquisa Engajamento 2020 – COV-E47)

Todavia, também foram identificadas percepções negativas por parte dos trabalhadores em relação à preocupação de sua liderança com sua condição de saúde, em diferentes momentos da pandemia:

"Tive suspeita de COVID, tinha recebido atestado para 3 dias para me recuperar e a supervisora me ligou no outro dia dizendo que eu deveria estar trabalhando, fui trabalhar com muita dificuldade pois estava bem debilitada" (Pesquisa Engajamento 2020 – COV-E52)

"Eu peguei COVID duas vezes e ninguém da minha chefia me auxiliou, ainda mais ganhei apelido de 'senhor COVID', de uma chefia. Acho isso uma total covardia" (Pesquisa Engajamento 2021 – COV-E10)

"Muitas vezes mando mensagem para a gestora e ela nem responde. Muitas vezes já trabalhei doente eu e outros colegas, pois já ouvi charadinhas principalmente agora com a pandemia falando que 'só positiva quem testa'" (Pesquisa Engajamento 2022 – COV-E11)

Os relatos dos trabalhadores se distanciam da afirmação de Hamouche (2021) que aborda a necessidade dos gestores e profissionais de gestão de pessoas de encontrarem soluções para ajudar seus funcionários a lidarem com situações extraordinárias, como o cenário da pandemia e, segundo Koirala; Acharya (2020), o papel da gestão de pessoas neste momento é equilibrar vida e sustento dos trabalhadores e de seus familiares.

No que diz respeito à **percepção dos trabalhadores acerca da liderança**, foram identificados predominantemente relatos positivos:

“Sempre que precisei, ele sempre esteve disposto e amigo. Me ajudou de diversas formas com a função da pandemia, demonstra confiança em mim e elogia meu trabalho. Incentiva a mudar e repensar minhas atitudes e visões de trabalho para um dia poder crescer dentro da empresa” (Pesquisa Engajamento 2020 – COV-E26)

"Não sou de recomendar ou fazer indicações, gosto que cada um tome para si seu conceito de alguém, mas meus líderes me acolheram e ampararam na troca de setor, na pandemia com todas as mudanças que teve, e sei que posso contar com os mesmos para me apoiar caso necessite de amparo com algum paciente" (Pesquisa Engajamento 2023 – COV-E14)

Em relação à percepção quanto ao nível de **suporte recebido pela liderança por parte da direção**, são encontrados relatos predominantemente positivos, tanto por parte dos gestores de pessoas quanto dos profissionais de gestão de pessoas:

“Eu acho que quem estava na direção ali naquela época tomou, sem dúvida, as melhores condutas possíveis (...) acho que a estratégia da instituição foi a melhor possível naquele momento. Eu não tenho nenhuma crítica que diga tal coisa. Nós fizemos de tudo, tudo” (Entrevistado GP1)

“A gente teve todo o tempo o suporte da direção (...) o nosso diretor tinha abertura total para nos trazer as informações e eu mesma participei de absolutamente todas as reuniões que tinha na direção executiva na época para a gente poder trabalhar com eles, já que era tudo muito imediato. Eram decisões que eram tomadas todos os dias (...) com total suporte da direção, eles foram extremamente flexíveis” (Entrevistado PGP3)

Em relação ao nível de **suporte recebido pela liderança por parte da área de gestão de pessoas**, identifica-se alternância entre percepções positivas e negativas por parte dos gestores de pessoas, conforme o contexto demandado:

“Então assim, esse programa de lideranças, eu acho que isso foi um grande investimento em nós. Um outro investimento foi essa coisa assim de ter um BP, um *business partner*, que agora tu chama de parceiro (...) então eu tenho alguém, eu tenho alguém que é a minha ligação direta com o GP, acho interessantíssimo, pois é alguém que eu canalizo, é uma pessoa que é um facilitador, é alguém que traz o GP mais para a área. Eu enxergo dessa forma:

então o GP saiu daqui e vai lá na área fazer, para mim é um facilitador” (Entrevistado GP2)

“Eu acho que o maior destaque é o parceiro de negócio. Acho que é uma ferramenta, uma pessoa que é diferente, facilita. Nós conseguimos ter o contato com alguém que vai intermediar e vai esclarecer as dúvidas e vai nortear. Então isso facilita ter alguém ali para saber que pode contar, que tem alguma dúvida, alguém que vai te ajudar a dar um norte. Tu não está sozinho na decisão e acho que isso faz amadurecer a gestão. É o nosso principal contato e eu ainda vejo como eu sempre procuro o parceiro de negócio antes. Acho que o entendimento e a capacidade de avaliar a situação é melhor do parceiro porque ele está vendo o todo, ele sabe o nosso lado, ele sabe o lado da do GP, então consegue ter um bom senso para ajudar nas decisões. Talvez às vezes não nos dê a resposta que a gente queira e talvez não sejam as respostas que ele gostaria de dar, mas é a possível naquele momento” (Entrevistado GP2)

“Ademais, eu tenho uma boa relação assim com o GP. Acho que nessas fases [como na pandemia] o GP trabalha muito bem na Santa Casa, em crise. Então assim, se precisa contratar 50 [pessoas], funciona que é uma maravilha, mas para contratar o dia a dia não funciona. Eu entendo também a demanda do nosso GP, ele sofre a mesma coisa que eu estou falando assim... ‘eu quero a minha entrega, eu quero gente’, mas o GP também tem essa demanda dele, então eu entendo isso” (Entrevistado GP2)

“Algumas vezes a gente sentiu um ‘eu te apoio, mas não te apoio tanto... até ali’. Então eu vi algumas fragilidades, mas que eu não sei se elas talvez não tenham me impactado tanto pelo jogo de cintura. Algumas vezes eu senti o apoio, mas ao mesmo tempo eu senti uma ‘tirada de corpo’, não de todos, mas de algumas pessoas” (Entrevistado GP1)

“Eu percebo assim, que há uma necessidade de uma aproximação da gestão de pessoas, de estar mais próximo das lideranças. Acho que a Santa Casa já vem com esse movimento, quando se pensou no desenvolvimento das lideranças e junto com o desenvolvimento da liderança, a gente já vê que tem um movimento também com a direção em relação a isso. Então vejo que a Santa Casa, ele, ela vem se movimentando para essa questão de desenvolver uma liderança que consiga liderar melhor e estar mais preparada para conduzir as suas equipes” (Entrevistado GP5)

Os três últimos relatos desta seção parecem ratificar a proposição de Amorim et al. (2023) que indica uma leitura limitada do contexto emergente e revela uma prática de RH ainda em descompasso com o mercado de trabalho e as relações de emprego, mesmo em tempos de turbulência, como na pandemia COVID-19 (AMORIM et al., 2023, p. 14).

Quadro 7 - Síntese analítica: Categoria Liderança

Tópicos relacionados	Principais constatações analíticas	Correlação com referencial teórico
Papel dos líderes	Reflexões por parte dos líderes e amadurecimento no período mais crítico da pandemia	Necessidade de os gestores e profissionais de gestão de pessoas encontrarem soluções para ajudar seus funcionários a lidarem com situações extraordinárias, como o cenário da pandemia (HAMOUCHE, 2021)

Preocupação dos líderes com a saúde e segurança das equipes	Percepções negativas por parte dos trabalhadores em relação à preocupação de sua liderança com sua condição de saúde, em diferentes momentos da pandemia	Contextos extremos criam dependências únicas e a necessidade de confiança, bem como obrigações morais inerentes, que podem influenciar a liderança entre unidades e membros respondentes (HANNAH et al., 2009)
Percepção dos trabalhadores acerca da liderança	Necessidade de estar em campo e transmitir segurança e tranquilidade à equipe nos momentos mais crítico	
Suporte recebido pela liderança por parte da alta direção	Percepção predominantemente positiva em relação ao suporte por parte da alta direção	Uma leitura limitada do contexto emergente pode revelar uma prática de RH ainda em descompasso com o mercado de trabalho e as relações de emprego, mesmo em tempos de turbulência, como na pandemia COVID-19 (AMORIM et al., 2023)
Suporte recebido pela liderança por parte da área de gestão de pessoas	Alternância entre percepções positivas e negativas por parte dos gestores de pessoas, conforme o contexto demandado	

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

4.1.3 Dilemas morais

“Uma unidade de terapia intensiva, ela vive a morte. Todo dia ela vive o tamponamento, ela vive o paciente vomitando, ela vive um familiar chorando. Então ela vive o barulho de dentro da UTI, que é um barulho incessante” (Entrevistado GP2)

Em contextos extremos de maior magnitude potencial de consequências e maior probabilidade de ocorrência, são vivenciados dilemas mais intensos moralmente, os quais podem influenciar padrões de cognição e aumentar a atenção para questões morais (JONES, 1991).

Esta categoria de análise é composta por tópicos relacionados ao impacto da pandemia na vida pessoal e familiar, ao medo de contaminação, à vivência da perda de colegas, ao sentimento de culpa, ao repensar o trabalho em saúde e à tomada de decisões que implicam dilemas morais.

No que diz respeito ao **impacto da pandemia na vida pessoal e familiar** e ao **medo de contaminação**, foram identificados especialmente nos relatos por parte de gestores de pessoas:

“Eu sempre tive muito domínio das ações, do que estava acontecendo dentro das minhas unidades e isso foi muito inusitado. Eu digo que foi muito marcante. A gente teve medo. Eu tive medo porque a gente não sabia com o que a gente estava lidando efetivamente e tinha mais o medo de contaminar a pessoa que tem em casa. Botei todo o meu conhecimento em prática: montei isolamento, montei barreiras, ajudei o pessoal do condomínio a estabelecer um protocolo, assim, mínimo que ia garantir alguma segurança. Graças a Deus a gente não teve nenhuma forma grave de COVID” (Entrevistado GP1)

“Eu fiquei um pouco apreensiva no início, porque eu tenho asma severa e a minha família toda já morreu de asma. E aí no início eu estava associando essa doença com asmático. E daí eu pensei ‘ah, mas como é que eu vou trabalhar?’. Enfim, eu vou ter que me proteger e vou ter que seguir (...) tinha receio... Eu já lavava sempre muito as mãos, a roupa eu sempre usei a roupa da UTI, a roupa azul, então trocava a roupa, lavava muito as mãos (...) no início eu não queria contato com ninguém, não estava usando o refeitório. Achei também que ia ser uma semana. E como é que eu ia passar só pão e sardinha em casa? Meu marido parou de tomar chimarrão. Ele achou que também ia ser uma semana. O restante [da família] se afastou. Eles não foram mais lá em casa porque eles tinham medo. A minha faxineira também disse ‘Olha, tu é do hospital, né? Eu estou tentando não ir’. Não foram. (...) E eu até achei de certa forma bom, porque qualquer pessoa que pegasse COVID não teria pego de mim, né?” (Entrevistado GP2)

“Claro que tinha muito medo por parte dos meus filhos (...) ‘A mãe vai morrer, vai pegar uma doença’. Eu tinha medo de passar a doença para eles (...) eu tinha muito medo, mas eu não tinha escolha. Era a minha vida pessoal e a minha vida profissional” (Entrevistado GP3)

“Eu tinha, assim como os outros profissionais, o receio de transmitir o vírus na minha família. Então a minha esposa, durante um bom tempo, ficou dormindo na sala. Então nós trocamos, nós dividimos o quarto. Eu usava a máscara quando chegava em casa e qualquer suspeita eu acabava testando. Isso foi durante um bom tempo. Meu sogro e minha sogra têm casa atrás e se mudaram para o sítio, então nós visitávamos uma vez, duas vezes por mês para levar a compras, alguma coisa assim, mas também com uso de máscara e distanciamento. Minha esposa precisou procurar auxílio emocional, então para nós isso foi mais tenso” (Entrevistado GP4)

“Não sou uma pessoa que tem dificuldade de selecionar, de separar assim a minha vida pessoal com a minha vida profissional. Eu sou muito focada no meu trabalho, mas eu tenho uma relação também muito boa com a minha família. Gerou uma certa angústia, porque eu moro em Porto Alegre, mas a minha família não é daqui e meus pais são idosos, então me gerou aquela angústia de eu estar longe da minha família e tu não sabe se tu vai poder reencontrar mais alguma vez na tua vida (...) mas a minha angústia assim maior foi que a minha filha tem uma doença autoimune e ela estava com um tratamento bem intensificado e a gente não sabia como seria a relação de ela ter a doença [COVID] (...). Uma angústia, porque eu tinha que trabalhar, tinha que vir trabalhar e eu não deixei nenhum momento de trabalhar, de estar dentro das unidades. E por decisão minha, dela e do médico, a gente optou nesse momento em suspender a medicação dela, porque se ela estivesse fazendo a medicação e ela contraísse a doença poderia ser mais grave devido à imunidade dela. Então a gente optou em suspender todo o tratamento dela, mesmo sabendo que ela poderia se agravar da doença dela” (Entrevistado GP5)

Ainda em relação ao medo de contaminação, os gestores de pessoas trazem relatos de suas percepções em relação às vivências do medo por parte das equipes sob sua gestão e suas tentativas de tranquilizá-los:

“Algumas pessoas estavam muito focadas no processo do cuidado e de se cuidar, de não se contaminar, e elas criavam uma vigilância em cima das outras pessoas. A gente teve cenas homéricas com médicos que não queriam respeitar o protocolo e eu me lembro de ter que entrar na UTI e abordar o médico ‘olha, por favor, está se expondo, expondo todo mundo, a gente precisa muito de ti’” (Entrevistado GP1)

“Em um sábado tive que vir no hospital porque eles [técnicos] não estavam querendo entrar no leito COVID. Eu vim aqui conversar com a equipe e dizer que não, que a gente ia entrar, que a gente tinha o EPI e que a gente não ia colocar ninguém em risco, enfim tentei tentar tranquilizar os técnicos, porque ninguém sabia muito da doença e esse acho que foi o pior medo: ‘é uma coisa tão letal que eu levo e que eu também passo e que eu também sou muito sucessiva, ela [COVID] tem uma transmissibilidade tão grande (...) então eu sou como um paciente que está deitado aqui, se eu não me cuidar, eu pego’” (Entrevistado GP2)

“A gente teve contato com o temor da doença por fragilidade, o temor pela desinformação (..) na situação de adoecimento, nas complicações, na pessoa que voltou com impacto na sua capacidade de trabalho. Alguns entravam até com pedido judicial para não trabalhar. Então tinha pessoas assim, que a gente tinha que conversar com eles para trazer o que era a realidade, o que que era mito, o que era temor (...), mas mesmo assim, imagina que eram muitas pessoas: a gente começou com doze, daqui a pouco a gente estava com quinhentos. Era muita gente. Então a gente chegou no final do primeiro ano com dois mil e quinhentas pessoas com COVID” (Entrevistado PGP2)

Por parte dos trabalhadores da saúde, diversas manifestações de medo de contaminação de si e de seus familiares foram identificadas, especialmente no primeiro ano da pandemia:

“Todos temos medo com relação à COVID” (Pesquisa Engajamento 2020 – COV-E35)

“Já peguei COVID e a volta ao trabalho não foi fácil. Ainda tenha sequelas e isso foi complicado nesses dias após a minha volta. Mexe realmente com o nosso emocional” (Pesquisa Engajamento 2020 – COV-E21)

“É um momento delicado onde precisamos dizer muitos “não” para os pacientes, isso acaba de certa forma, nos comovendo. Independente de usarmos os EPIs, temos familiares e cada dia há o risco de levarmos o vírus para casa” (Pesquisa Engajamento 2020 – VIR-E08)

“É prejudicial à saúde mental ter que vir trabalhar em meio a pandemia com medo de se contaminar e contaminar as pessoas que moram conosco” (Pesquisa Engajamento 2020 – PAN-E06)

“Não me sinto emocionalmente bem, pois trabalho num hospital em tempos de pandemia (...) faço o que posso para me proteger, mas temo por mim e minha

família, temo em levar essa doença para eles (...) não me sinto segura em relação a isso" (Pesquisa Engajamento 2020 – PAN-E37)

"Sei que é um momento ímpar que estamos vivenciando em todos os aspectos de nossa vida, mas tenho muito receio de contrair tal doença [COVID], pois meu marido é grupo de risco (...) e minha filha é casada, não mora no Estado. Sendo assim, queremos estar juntas mais vezes até a próxima separação, mas tem sido difícil com essa pandemia. Tento me cuidar ao máximo para que possamos passar por essa tempestade da melhor forma possível, mas tenho altos e baixos, como todos, creio eu" (Pesquisa Engajamento 2020 – PAN-E41)

A **vivência da perda de colegas** também foi identificada nos relatos, como um fator crítico na percepção dos gestores de pessoas:

"A gente perdeu um colega enfermeiro. Todo mundo que ia entrar para a Santa Casa, era conduzido a trabalhar nas UTIs. Então esse rapaz não contou que ele era grupo de risco. E talvez ele não tivesse conhecimento como profissional para atuar dentro de UTI... foi muito complicado e ele acabou vindo a falecer. Foi a nossa única perda de enfermagem, depois a gente viu alguns médicos que faleceram e gente teve muitos médicos e muitos colegas de enfermagem que se tornaram pacientes. Então esta perda teve um impacto muito significativo para mim, enquanto profissional" (Entrevistado GP1)

"Eu perdi um enfermeiro de 30 e poucos anos, um guri jovem que pegou. Ele tinha dois empregos, era enfermeiro essencial em dois empregos. Era recém-formado, a coisa mais querida. Foi bem triste assim. Para mim impactou muito a perda dele. Ele era novo na instituição, mas já pesou, sabe? Foi uma vida, né, que a gente perdeu na pandemia, dentro dos colegas" (Entrevistado GP3)

Na percepção dos profissionais da área de gestão de pessoas, também foi identificado um **sentimento de culpa** em relação à contaminação pela COVID:

"Quando os primeiros casos de COVID começaram, alguns líderes começaram a ser acometidos pela doença e aí o sentimento foi pior ainda, porque eles falavam para gente o quanto eles gestores estavam organizados e se protegendo em relação à doença, não estavam saindo de casa, estavam em isolamento fora da instituição e, dentro da instituição, fazendo ao máximo todos os procedimentos que eram informados, mas que mesmo assim eles tinham pego COVID (...) e até eles falarem para a instituição que isso estava acontecendo, que eles estavam com algum sintoma, o quanto eles se sentiram culpados por isso, então a gente teve vários depoimentos das lideranças em relação a isso, dizendo que eles também se sentiam muito culpados" (Entrevistado PGP3).

Ainda em relação ao sentimento de culpa, é identificado o depoimento de um gestor de pessoas em relação ao cumprimento de uma determinação institucional no início da pandemia:

"Meu Deus, eu não acredito que eu mandei as pessoas tirarem a máscara (...) eu disse 'gente, não temos nenhum paciente com COVID aqui, não precisa usar máscara, tira a máscara'. Outra vergonha que eu carrego. A gente mandou

as pessoas tirarem a máscara (...), mas eu fui orientada desta forma naquela ocasião” (Entrevistado GP2)

No que diz respeito ao **repensar o trabalho em saúde**, os profissionais de gestão de pessoas denotam suas impressões a respeito deste movimento por parte dos trabalhadores:

“A gente recebeu muitos desligamentos de todos, de todos os níveis de equipe, tanto da parte da equipe médica quanto da equipe de enfermagem. Quantos técnicos de enfermagem, pessoas desistindo de trabalhar na área da saúde e no seu desligamento informando que era a busca de qualidade de vida que queriam, que se afastaram e que estavam voltando para o interior, que queriam estar mais próximos de suas famílias. Então, muitos profissionais acabaram também saindo neste momento da pandemia” (Entrevistado PGP1)

“Eu vi médico desistindo, médico mandando WhatsApp dizendo que não tinha condições de fazer um plantão e que não teria condições médicas abrindo mão até do dinheiro do plantão ‘eu não tenho a mínima condição de trabalhar nisso’ e era médico intensivista, pessoas que já estão aí, que conhecem o contexto crítico da UTI, mas que mesmo assim não se sentiu apto para estar trabalhando numa COVID” (Entrevistado PGP3)

Os relatos relacionados a este tópico remetem aos estudos relacionados ao direito de recusa na prestação de cuidados e sua relação com a pressão ética pelo compromisso com o cuidado (SPERLING, 2021A; ZHU; STONE; PETRINI, 2020).

Por fim, em relação às **tomada de decisões** mais críticas, que na sua percepção foram vivenciadas como dilemas, os gestores de pessoas e os profissionais da área de gestão de pessoas refletiram sobre situações bastante diversificadas:

“Eu lembro que logo que eu assumi, eu tive que chamar algumas pessoas e tive que alinhar com a gerente de enfermagem na época e esclarecer para ela que fulano e beltrano não tinham condições de estar dentro do cenário UTI porque estavam atrapalhando. Não tinha bagagem de gestão e o que estavam fazendo era um desserviço. Ela me deu carta branca na época para conduzir. Chamei as pessoas, tirei da equipe, me posicionei, tentei reposicionar essas pessoas dentro da instituição, porque realmente um olhar muito distorcido da realidade do que precisava fazer gestão dentro de um momento de crise. Acho que realinhar a equipe foi uma primeira atitude. A própria atitude de realocar as pessoas, escolher os enfermeiros e educadores, de chamar ajuda para aquilo que eu precisava. Acho que isso foi algo muito importante. Naquele momento, se eu centralizasse qualquer coisa, qualquer agulha que fosse, eu tinha perdido a guerra, muito feio. E a gente passou pela batalha, todo mundo juntinho” (Entrevistado GP1)

“Eu acho que um dilema grande era a questão dos técnicos que não estavam usando máscara, do pessoal da ponta que não estava usando máscara, que não usou avental, que daí em algum momento começou assim meio que uma perseguição dessas pessoas, então, isso para mim era um dilema assim: ‘ah, vocês vão ter que dizer que eles não podem fazer festinha fora daqui ou o limite

vai só até aqui dentro? Se alguém quiser se encontrar e fazer uma festinha na casa um do outro e postar no Instagram?’ Eu sou liderança aqui dentro, eu não posso cobrar lá fora... (...) muito embora a gente possa dizer, orientar, mas é uma tomada de decisão das pessoas (...) e aí eu via que outras áreas faziam encontros, faziam festas clandestinas e assim a grande maioria fez, mas assim, quando se descobria alguém, meio que se tirava aquilo para Cristo, acho que esse foi um dilema” (Entrevistado GP2)

“Chegou a um certo momento, em julho, que começou a vir todos os idosos intubados e a gente teve que decidir quem ocupa o leito. Então, essa decisão foi muito difícil, mas acabou sendo parte do dia a dia dos profissionais” (Entrevistado GP3)

“O que me chamou mais a atenção foi um dia eu estava saindo para o intervalo e uma enfermeira que era minha conhecida de longa data, me ataca e diz ‘por favor olha o meu marido que estava em casa, eu tive que trazer e ele não está bem’. Então eu voltei, peguei meu jaleco e entrei no hospital de campanha. No que eu coloquei o oxímetro nele estava 42%, algo incompatível com a vida. Então levei ele para dentro e por fatalidade, por ‘sorte’, um paciente tinha ido a óbito. Ele estava dentro dos critérios (...) e eu consegui colocar ele para dentro, foi para UTI. Foi uma um dos momentos assim que eu tive um envolvimento mais próximo para tomar essa decisão” (Entrevistado GP4)

Os relatos apresentados pelos gestores de pessoas nesta categoria denotam proximidade com a afirmação de Mazza et al. (2020) de que altos níveis de estresse podem influenciar a tomada de decisão das categorias profissionais que realizam trabalhos voltados ao bem-estar coletivo e que a resolução de dilemas morais tem importante envolvimento emocional para os trabalhadores da saúde, provavelmente devido a sentimentos empáticos de preocupação pelo sofrimento dos outros e por um conflito em decisões que impliquem, em qualquer caso, consequências adversas em termos de perda de vidas.

No que diz respeito aos relatos de tomada de decisão por parte dos profissionais de gestão de pessoas, percebe-se uma aproximação dos estudos de Santos; Leal; Búrigo (2021), nos quais a definição das atividades essenciais e presenciais e de quem iria realizá-las, assim como a flexibilidade quanto à impossibilidade de trabalhar constituíram-se como grandes dilemas para a área:

“Acho que bem complexo foi definir quem eram as pessoas que a gente teria que afastar assim. Alguns casos eram evidentes assim e tinham declarado pela medicina do trabalho situações de saúde importante. E outros que as pessoas acabavam não relatando e a instituição não tendo conhecimento e que tinham que expor, se expor, trazer para gente a situação. Por exemplo, tinham alguns funcionários que tinham HIV e que não tinham contado, então eles tiveram que vir e contar para a gente e a gente fazer o meio de campo com a medicina do trabalho para que a gente conseguisse afastá-los sem se expor” (Entrevistado PGP1)

“Teve gente que se negou a sair do seu trabalho e até por uma questão de Constituição Federal, a gente não pode proibir de exercer o trabalho das pessoas [classificadas como grupo de risco]. Isso é uma decisão. Decisão terrível. Como é que a gente diz ‘tu não vai trabalhar’, se o outro diz ‘eu vou trabalhar, meu lugar é trabalhando aqui, ninguém vai me impedir de trabalhar’. Foi uma situação bem complicada e houve isso com funcionário e houve isso com o gestor. Ao mesmo tempo que outras pessoas que disseram que não iam trabalhar, mesmo estando em condições e tu não tinha como obrigar. Então, esses dois dilemas foram muito frequentes” (Entrevistado PGP2)

“Também foram muito difíceis as decisões de desligamento. A gente não conseguia afastar todo mundo, tinha que ter algum critério de afastamento e, ao mesmo tempo, a gente não tinha como dizer para pessoa simplesmente ‘tudo bem, fica em casa, mesmo que não tenha o que fazer, não tenha atividade, tu pode ficar em casa’. Então, várias decisões a gente teve que tomar nesse sentido de, infelizmente, desligar os funcionários, porque não estavam classificados naqueles grupos de risco e que não tinham atividade para ser realizada em home office. Então em relação ao momento mais crítico que vivenciei foi ter que desligar alguns funcionários em função da situação que estava acontecendo” (Entrevistado PGP1)

Quadro 8 - Síntese analítica: Categoria Dilemas morais

Tópicos relacionados	Principais constatações analíticas	Correlação com referencial teórico
Impacto da pandemia na vida pessoal e familiar	Medo de contaminação de si e de seus familiares	Funcionários que precisam estar fisicamente presentes no local de trabalho, podem apresentar medo de contrair o vírus ou transmiti-lo para sua família, o que pode aumentar seu nível de estresse, bem como o risco de ocorrência de problemas de saúde mental (HAMOUCHE, 2020)
Medo de contaminação		
Vivência de perda de colegas	Sentimento de angústia e tristeza pelo risco de perda e perda concreta dos colegas	Em contextos extremos de maior magnitude potencial de consequências e maior probabilidade de ocorrência, são vivenciados dilemas mais intensos moralmente, os quais podem influenciar padrões de cognição e aumentar a atenção para questões morais (JONES, 1991)
Sentimento de culpa	Sentimento de culpa e vergonha em relação à sua contaminação	
	Sentimento de inadequação em relação à proteção das equipes e colegas	
Repensar o trabalho em saúde	Elevação dos afastamentos e desligamentos voluntários por parte dos trabalhadores de saúde no período mais crítico da pandemia	Altos níveis de estresse podem influenciar a tomada de decisão das categorias profissionais que realizam trabalhos voltados ao bem-estar coletivo, devido a sentimentos empáticos de preocupação pelo sofrimento dos outros e por um conflito em decisões que impliquem, em qualquer caso, consequências adversas em termos de perda de vidas (MAZZA ET AL., 2020)
Tomada de decisões	Contexto de incerteza e pressão com influência direta na tomada de decisões	

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

4.1.4 Estratégias e práticas de gestão de pessoas

“A gente montava time da noite para o dia, não sei de onde que a gente tirava gente, acho que iluminado pelo Espírito Santo, porque na pandemia não tinha gente para trabalhar” (Entrevistado GP3)

Corroborando com a afirmação Caligiuri et al. (2020) de que profissionais se voltaram para o campo da gestão de pessoas na busca pela identificação de estratégias e práticas eficazes para superar os desafios trazidos pelas adversidades da pandemia, tanto no aspecto profissional quanto no pessoal da vida dos trabalhadores, esta categoria de análise é composta por tópicos relacionados às diferentes estratégias e práticas de gestão de pessoas adotadas pela Santa Casa, tais como recrutamento e seleção, treinamento, desenvolvimento de lideranças, saúde e segurança ocupacional, saúde mental e qualidade de vida, informatização de processos da área de gestão de pessoas e trabalho remoto / *home office*.

Segundo o Relatório Anual de Balanço Social de 2020, durante o primeiro ano de pandemia foram contratados mais de 2.700 profissionais e foram incorporados 254 novos postos de trabalho neste período.

Em relação às estratégias de **recrutamento e seleção**, os gestores de pessoas trazem relatos referentes à velocidade do processo, realizado em formato de “mutirões” no período mais crítico, e denotam uma percepção positiva em relação à parceria estabelecida com a área de gestão de pessoas, ainda que tenham flexibilizado o formato e dos critérios de seleção, devido ao aumento da demanda e à escassez de profissionais disponíveis no mercado:

“Quando nós fomos orientados a abrir os leitos [COVID], se fez uma tarefa gigante de contratação de pessoas. Mais uma vez, todo mundo trabalhou muito junto. Eu trabalhei muito junto com eles [gestores], eu andei junto com o GP, com listas de recrutamento e telefonemas incansáveis. Eu lembro que me trancava dentro de uma sala, pegava aquela lista ali e ligava para as pessoas entrevistadas. E a gente coloria ‘essa entra, essa não entra, esse tem condições, esse não tem condições’. Mais listas. Então eu fui bem amparado nesse sentido” (Entrevistado GP1)

“Conseguir essa mão de obra foi outro ponto complicado, porque era um paciente grave. A gente sempre pensava assim ‘bom, o paciente que vai para a terapia intensiva é um paciente que eu preciso treinar o técnico’ (...) e aí a gente estava pegando gente sem nada de experiência. É pegar alguém sem nada ou aguardar para ter alguém com experiência. Esse foi um outro ponto assim, a competição, porque todos os hospitais estavam pegando todo mundo, então tu pegava tudo que viesse” (Entrevistado GP2)

“Uma das coisas difíceis era o quadro de pessoal, porque a gente não tinha gente para trabalhar. A gente parava sábado e domingo e trabalhava o dia inteiro fazendo seleção de 50, 60 pessoas (...) foi muito difícil para a gente conseguir gente. A gente montou o hospital de campanha assim, em poucas horas” (Entrevistado GP3)

“No dia em que inauguramos o hospital de campanha, antes disso, nós tivemos um trabalho assim, quase escravo, de fazer recrutamento e seleção, envolveu toda a casa, desde o GP, todos os supervisores, a coordenação, todo mundo passou a recrutar. Tem pessoas que num período normal, eu nunca contrataria, pessoas sem experiência, que já não trabalhavam há muito tempo, que fazia mais de dez anos que não estava na área, mas eu não tinha mais profissional no mercado. Todo mundo começou a contratar e a proximidade de casa, horários pesou muito” (Entrevistado GP4)

“A primeira mudança assim, acho que a mais impactante foi o método de seleção. Acostumado a fazer uma seleção presencial, a gente chamava um grande grupo, uma entrevista coletiva, depois fazia uma entrevista individual, alguns testes e ali, no cara a cara, tu ia fazendo os questionamentos e avaliando também a pessoa, vendo se era o perfil que tu queria para trabalhar contigo. Com a pandemia, essa seleção foi online, então isso mudou muito. Muitas vezes você não conseguia fazer a videochamada, era somente a ligação. Isso foi difícil, tivemos preconceito com esse método de seleção, mas depois se mostrou efetivo. Naquele momento era o melhor método, mais rápido. Nós já tínhamos uma boa relação com o recrutamento e seleção, mas ele serviu para aproximar os profissionais, supervisores, enfermeiros e coordenação com os parceiros de negócio e com os recrutadores. Nós tínhamos que concorrer e conseguir captar o nosso funcionário concorrendo com as outras instituições. Então nós usamos alternativas, que era o horário diferenciado, uma alternativa adotada pela gestão de pessoas, junto com a liderança, que foi ter um horário diferente. Então a gente ia ter esses profissionais qualificados também, não somente aqueles que eu falei que eu não contrataria, mas os profissionais bons que queriam fazer uma reserva financeira durante a pandemia” (Entrevistado GP4)

“Quando a gente precisava fazer um mutirão de entrevista, todo mundo parava para fazer um mutirão para abrir a unidade de amanhã. Eu acho que a função assim de atender rapidamente a demanda da assistência é uma coisa que deu super certo, nos auxiliou bastante na pandemia” (Entrevistado GP5)

Da mesma forma, os profissionais de gestão de pessoas referem como buscaram se antecipar às necessidades de aumento das contratações e a necessidade de adaptação da estratégia de recrutamento e seleção:

“A gente teve foco total, de todas as áreas de GP, para a gente contratar pessoas, porque a gente começou a entender que as pessoas iam começar a se afastar, alguns iam começar a faltar, outros iam pedir demissão. Foi o que em vários momentos aconteceu. Então toda a nossa área se voltou para o trabalho de seleção, para a gente poder fazer as contratações de pessoas e o suporte direto para os gestores que estavam na linha de frente” (Entrevistado PGP3)

“Eu acho que a seleção assim, eu não tenho palavras para falar, porque eu lembro que na época simplesmente todo mundo ‘vestiu a camisa’. A gente teve, obviamente, que mudar todos os processos, a gente contratou pessoas sem sequer a gente conhecer, a gente pulou todos os nossos processos formais e

burocráticos, porque a gente contratava uma segunda feira de noite para na terça feira de manhã as pessoas estarem lá” (Entrevistado PGP3)

“O nosso papel também foi trabalhar muito na contratação de pessoal. A gente, enquanto gestão de pessoas, se organizou muito para fazer um volume muito grande de contratação de última hora e chamar profissionais do mercado (...) a gente teve que fazer uma seleção urgente de pessoas que estavam recém-formadas e que também estavam com medo (...), estavam com muito receio em função do cenário que vinham para trabalhar” (Entrevistado PGP1)

Em relação às estratégias de **treinamento**, também se observa que foram implementadas adaptações, com percepção de maior efetividade em relação aos treinamentos realizados *in loco* ou através da disseminação de vídeos pontuais, por parte dos gestores de pessoas e profissionais da área de gestão de pessoas:

“Veio a preocupação da gerente assistencial de como a gente ia fazer o treinamento e daí de pronto eu trouxe para ela uma sugestão ‘vamos tirar enfermeiros pontuais, enfermeiros fortes, que tenham como pegar uma turma e dar o básico’. E assim a gente fez, todo mundo entrou para fazer esse treinamento, eu contei com enfermeiros que eram da assistência e eu mesmo fui para beira leito treinar o pessoal do básico para eles poderem minimamente atender as pessoas” (Entrevistado GP1)

“A gente conseguiu treinar o uso de EPIs assim: chamamos a enfermeira de controle de infecção, fizemos as rodinhas no setor, ali mostravam como que a gente ia colocar e tirar [os EPIs]. Era o detalhe do detalhe no início, mas depois a gente teve que fazer do jeito que dava (...) outro treinamento que a gente começou era da intubação, então aí eu lembro que o médico mandou um videozinho que a gente fez e compartilhou com todo mundo, começou a divulgar no WhatsApp ‘este é o vídeo da intubação para a gente fazer essa melhoria na intubação’” (Entrevistado GP2)

“Daí eu sempre organizei o processo [de treinamento], nunca cheguei e disse ‘toma esse paciente’. A gente sempre organizava, de forma que assim, nas UTIs, o novo chegava e ele acompanhava um antigo (...) só que não dava tempo suficiente: acompanhava uma semana, 15 dias e, quando muito, três, quatro dias (...) fazia passagem de plantão junto, sempre um mais novo com um mais antigo, a gente sempre cuidou muito disso assim, tinha gente da noite vindo de dia para ensinar os mais novos” (Entrevistado GP3)

“A capacitação era mais *in loco*, mesmo com os colegas, alguma coisa no Educa¹⁴, mas com giro alto, absenteísmo e turnover não era efetivo plenamente (...) a plataforma [Educa] tem os seus pontos positivos e os negativos: eu acredito que hoje ela está muito poluída, muito vídeo, muito conteúdo, muito material e pouco conteúdo, aquilo ali não chama muito a atenção do profissional. Tem que ser algo voltado bem para a prática, objetivo, profissional. O funcionário não consegue parar uma, duas horas no setor e ficar fazendo curso online (...) nós tentamos mesclar aqui a capacitação online, mas não tenho um laboratório para fazer simulação e se eu deslocar dois enfermeiros para treinamento, eu já não consigo fazer assistência, mas nós fazemos um meio termo (...) os supervisores assumem essa etapa no beira leito,

¹⁴ Plataforma informatizada de educação corporativa, adquirida pela Santa Casa, onde são disponibilizadas capacitações técnicas e comportamentais em formato online.

mas eu vejo que isso é um ponto que nós temos que evoluir” (Entrevistado GP4)

“Eu particularmente gosto bastante do modo in loco, porque tu está dentro da unidade do funcionário e daí tu para alguns minutos, não é aquele treinamento que tu tira da unidade e leva para uma sala de aula, que muitas vezes eles não prestam atenção e ficam no celular. Então eram 15, 20 minutinhos assim dentro do seu posto de trabalho in loco, treinando. A gente recebeu ajuda do controle de infecção porque era muita demanda e nós não conseguíamos chegar em todos os horários (...) era uma coisa prática e também a gente fez vídeos, então teve os dois modelos: teve o videozinho e teve in loco dentro das unidades. Acho que a gente trabalhou bem com os dois modelos” (Entrevistado GP5)

“A gente montou os times para dar treinamento dentro das próprias áreas. Então a gente tinha as enfermeiras que estavam mais especializadas e os supervisores específicos para trabalhar dentro das áreas de convívio também. Então as pessoas iam para dentro das áreas já com uma capacitação específica, porque a gente estava contratando pessoas que recém tinham se formado e não faziam a mínima ideia do que estavam encontrando pela frente” (Entrevistado PGP3)

Apesar destes esforços, observa-se por parte de alguns dos trabalhadores da saúde, uma percepção de insuficiência em relação aos treinamentos disponibilizados, nos diferentes momentos da pandemia:

“Fui contratada e alocada em uma área COVID. De lá segui trabalhando sem qualquer treinamento, foi literalmente um ‘se vira’” (Pesquisa Engajamento 2020 – COV-E49)

"Não ganhamos treinamento para novas tarefas como por exemplo atendimento COVID, aprendemos tudo sozinhos" (Pesquisa Engajamento 2021 – COV-E13)

“Nos últimos anos com a pandemia os treinamentos presenciais não aconteceram e nem sempre os treinamentos no Educa conseguem ser eficientes" (Pesquisa Engajamento 2022 – PAN-E16)

"Após pandemia, a Santa Casa decaiu muito com treinamentos e reciclagens" (Pesquisa Engajamento 2023 – PAN-E13)

Em relação às ações de **desenvolvimento de lideranças** é assumido um movimento de pausa no período mais crítico da pandemia, por parte dos profissionais de gestão de pessoas:

“Toda a nossa parte de desenvolvimento, fora o foco que a gente teve no desenvolvimento técnico para quem estava trabalhando, ficou para trás. Na época, a gente acabou parando todos os nossos projetos. Todos, absolutamente todos que envolviam inclusive a direção executiva com o próprio funcionário. Estes projetos ficaram em décimo plano. Não era nem em segundo plano. A parte de desenvolvimento ficou voltada só para a área técnica, então todo o resto foi esquecido. Acho que a gente perdeu muito com isso, porque foram

dois anos de zero trabalho e por isso que a gente andou tendo que resgatar absolutamente tudo depois” (Entrevistado PGP3)

“Como área de gestão de pessoas não tenho sombra de dúvidas que é um ponto principal: o trabalho que a gente tem que fazer com os gestores é primordial, porque quem está lá todo dia na ponta, quem precisa cobrar quem precisa, está dando o suporte para essas pessoas tem que estar com a saúde mental, física e psicológica em dia para poder estar entregando o que a gente entrega, que é a nossa missão, que é entregar saúde para o paciente” (Entrevistado PGP3)

A retomada de ações de desenvolvimento de lideranças, especialmente da Escola de Líderes foi um aspecto apontado como positivo pelos gestores de pessoas:

“A escola de líderes trouxe assuntos que caíram como uma luva para nós” (Entrevistado GP1)

“Tem a escola de líderes, que é o movimento que está começando aí, sempre com conteúdo mais de produção, como é que está o mercado, essas coisas de gestão de pessoas propriamente dita” (Entrevistado GP3)

No que diz respeito às ações relacionadas à **saúde e segurança ocupacional**, a instituição buscou estabelecer uma série de ações relacionadas aos cuidados de saúde, as quais foram ratificadas pela percepção dos profissionais da área de gestão de pessoas e pelos Relatórios Anuais de Balanço Social da instituição, todavia, identificaram-se muitos relatos, por parte dos gestores de pessoas e dos trabalhadores da saúde, com percepções bastante distintas, positivas e negativas, em relação a esta questão.

Segundo os Relatórios Anuais de Balanço Social da instituição, uma das maiores realizações do ano de 2020 foi a implementação do TELECOVID, com a participação dos voluntários da área de ensino e corpo clínico, possibilitando a realização de 11 mil atendimentos em telemedicina, exclusivo para funcionários da instituição, incluindo encaminhamento para exames PCR. No ano de 2021 foram realizados através da Telemedicina 9.161 atendimentos aos funcionários da instituição, além de 8.053 atendimentos presenciais e 6.405 testes de RT-PCR. No ano de 2022 foram disponibilizadas para funcionários práticas integrativas e complementares (PIC), tais como acupuntura, auriculoterapia, *quick massage*, ventosas, aromaterapia, Reiki, em parceria com a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), além de ações educativas em forma de palestras, lives e posts nos canais internos de comunicação relacionados à saúde física e mental, além da disponibilização de vacinas e do monitoramento da situação vacinal dos funcionários.

Estas práticas foram ratificadas pelos profissionais da área de gestão de pessoas, especialmente no que diz respeito ao TELECOVID:

“Eu acho que o que facilitou para a gestão de pessoas foi o teleatendimento. Acho que é uma ferramenta que facilita hoje ainda e a gente segue porque a viu a importância da facilidade do teleatendimento. Para o gestor também direcionar o funcionário e ter sempre alguém ali à disposição” (Entrevistado PGP1)

“A demanda de consultas era algo fabuloso e conseguiram mobilizar as pessoas que estavam em casa, tanto da área de ensino quanto da parte de corpo clínico, para que atendessem para nós na nossa plataforma de telemedicina [TELECOVID]. Então chegava um momento que a gente tinha quase 50 profissionais atendendo ao mesmo tempo sua capacidade. Nossa plataforma permitia fazer a tele consulta, emitir a solicitação de exame e também o atestado. Então as pessoas não precisavam circular pelo hospital, não precisavam entrar numa fila de espera, não precisavam sair com um papel na mão” (Entrevistado PGP2)

“Todo o acompanhamento que a gente fez para os nossos funcionários que estavam doentes, a gente conseguiu implantar o processo da telemedicina na velocidade da luz, em parceria com a universidade. A gente também conseguiu captar na época mais de 30 a 40 pessoas voluntárias, que a gente organizou por grupos. A gente tinha um TELECOVID com acesso 24 horas por dia, para fazer o atendimento, para dar esse suporte. E acho que os exames também, a gente ajudou o nosso laboratório de biologia molecular a acelerar o processo também de resultado de exames” (Entrevistado PGP3)

De modo geral, a percepção dos gestores de pessoas se mostrou positiva em relação às práticas direcionadas à saúde dos trabalhadores, ainda que reconhecessem a limitação na capacidade de atendimento e a percepção negativa por parte de alguns funcionários sobre os serviços disponibilizados:

“O funcionário era prioridade e a gente começou a ter a rota para o funcionário fazer a coleta e a gente começou a olhar de forma diferente para esse funcionário (...) uma outra coisa muito interessante teve a tele consulta, foi um pouco ponto também muito rápido que a Santa Casa se organizou. O pessoal reclamava que ficava na fila, que demorava, mas pensa na tranquilidade de tu acessar uma plataforma. Às vezes demora um pouco, mas é uma comodidade, tu ter aqui na mão uma plataforma que tu atende esse profissional, acho que esse foi um ganho” (Entrevistado GP2)

“Uma coisa que a gente inovou, que eu achei muito legal, é que a gente criou uma plataforma porque a gente não podia fazer atendimento presencial e com apoio da inovação e da universidade, que colocou todos os professores para atender na plataforma. O problema foi que era insuficiente para atender o volume, daí as pessoas ficavam na plataforma, em casa, doentes, esperando um atendimento para vir aqui coletar. Tinha a situação das vacinas que a gente tinha que organizar também para poder vacinar esse povo todo. Teve uma frente excelente. Até muito organizado, estruturado. Se me perguntar se foi mais positivo ou negativo, eu te diria que foi muito mais positivo. As coisas negativas eram porque o mundo inteiro enfrentava as coisas negativas, não só a Santa Casa” (Entrevistado GP3)

“A gente teve bastante dificuldade em relação a isso, com os funcionários. Eu mesmo fiz várias intervenções com a telemedicina, primeiro porque a plataforma era nova, então a gente estava num período de adaptação também na Casa e como toda ferramenta que a gente cria e foi muito rápido, ela tem as suas adaptações, tem seus ajustes, mas a gente fazia várias intervenções com a Medicina do Trabalho em relação aos funcionários na fila de espera para consulta, por horas na fila de espera para a consulta. Então teve uma demanda maior do que a Santa Casa estava estruturada para atender de funcionários” (Entrevistado GP5)

No que diz respeito à percepção dos trabalhadores de saúde, são identificadas predominantemente considerações negativas, em diferentes momentos da pandemia, ainda que compensadas em algumas vezes pelo posicionamento das lideranças em relação à situação:

“Isso eu acho que poderiam ter um suporte a mais, pois tive bastante dificuldade quando precisei do TELECOVID, sendo que em outras instituições, os funcionários são colocados na frente. Achei que faltou isso um pouco, devíamos ter de prontidão alguém destinado a atender nós mesmos, como se fosse uma unidade só para funcionários” (Pesquisa Engajamento 2020 – COV-E07)

"Tive COVID, fiquei cerca de 3 dias sem retorno da telemedicina para medicações, só recebi retorno médico pois liguei mais algumas vezes pedindo auxílio. Tive reação da vacina, mais de 1 mês de sintomas sem auxílio da instituição, trabalhando normalmente" (Pesquisa Engajamento 2021 – COR-E01)

"Não me sinto em nenhum momento amparada. Trabalhamos em uma das maiores Instituições do país, referência em saúde, porém não temos nenhuma prioridade nos atendimentos dentro do nosso próprio local de trabalho. Quando preciso, me sinto amparada somente porque pago convênio médico. Quero salientar também o péssimo atendimento no teleatendimento de COVID, uma vez que os médicos que estão ali não seguem as indicações quanto ao período de coleta e diagnóstico" (Pesquisa Engajamento 2022 – COV-E06)

"Se não tiver convênio você não é atendido. Quando fiquei com COVID tive que procurar atendimento fora da instituição. Estava com muita febre e passei mal na UPA onde busquei atendimento, para me deslocar tive que pegar um ônibus, podendo acontecer algo no trajeto. É falta de consideração uma instituição, deste tamanho não poder oferecer atendimento para seus funcionários" (Pesquisa Engajamento 2023 – COV-E15)

Ressalta-se que, apesar da predominância de comentários negativos por parte dos trabalhadores da saúde em relação às práticas de saúde disponibilizadas pela Santa Casa, também foram identificadas percepções positivas por parte dos mesmos, em diferentes fases da pandemia, e também aparentemente influenciadas pelo posicionamento das lideranças em relação à situação:

“Quando tive COVID a equipe médica me ligou 4 vezes perguntando como eu estava. Me senti muito bem acolhida. Minha liderança também frequentemente me perguntava como estava” (Pesquisa Engajamento 2020 – COV-E42)

"Peguei COVID e a empresa me deu o suporte necessário" (Pesquisa Engajamento 2021 – COV-E24)

"Quando peguei COVID, a enfermeira do trabalho e do setor sempre me ligava, perguntava como eu estava, em todo processo de recuperação... nota 10" (Pesquisa Engajamento 2022 – COV-E19)

"As duas vezes que peguei COVID, sempre me atenderam bem" (Pesquisa Engajamento 2023 – COV-E14)

Em relação à disponibilização de EPIs, observam-se percepções positivas, apesar das dificuldades iniciais de adaptação, tanto por parte dos gestores de pessoas, quanto dos profissionais de gestão de pessoas e trabalhadores da saúde:

"No início estava muito difícil porque a gente queria o EPI que era mais grosso, o EPI que era pesado e a gente tinha que cobrar. Mas a gente estava sempre olhando se não tinha um EPI mais leve, um avental com uma gramatura menor... porque tu botava o avental pesado e era muito calor em alguns momentos e aí aos poucos foi evoluindo, tudo pensando na segurança desse profissional" (Entrevistado GP2)

“Com a segurança do trabalho o que a gente precisava principalmente eram os EPIs, as questões de EPIs. Nem todo mundo se adapta ao mesmo EPI, daqui a pouco tinha gente que estava circulando sem, mas assim era difícil controlar, porque era muita demanda” (Entrevistado PGP2)

"Acho que durante a pandemia a instituição foi cuidadosa, fornecendo e orientando sobre o uso adequados dos EPIs” (Pesquisa Engajamento 2021 – PAN-E24)

Em relação à disponibilização de espaços de descanso, segundo o Relatório Anual de Balanço Social 2020, a Santa Casa realizou a inauguração de novos espaços de relaxamento e descanso para os trabalhadores, além de uma nova sala conforto e da criação do Jardim e do Recanto do Silêncio, espaços disponibilizados para uso exclusivo dos funcionários durante os intervalos de descanso.

Por parte dos gestores de pessoas foram identificadas percepções positivas em relação ao uso do espaço:

“Acho que uma questão que eles ficaram muito contentes e que realmente querem são as salas de repouso, os espaços de convivência da Santa Casa, todos eles gostam. Sempre tem um que não vai gostar, mas sempre tem um que vai gostar. E isso é importante para eles. Eles sentem ‘nossa, pensaram em nós’. Eu passo pelo jardim do silêncio e vejo que é muito utilizado” (Entrevistado GP1)

Todavia, por parte dos trabalhadores de saúde, observa-se uma percepção de insuficiência em relação ao uso destes espaços, especialmente nos dois primeiros anos de pandemia, quando havia maior delimitação em relação ao seu uso:

"As salas de descansos são pequenas e já eram difíceis para tirar o intervalo. Temos muitos funcionários e com a pandemia o número de pessoas foi reduzido nas salas, enfrentamos bastante dificuldade" (Pesquisa Engajamento 2020 – PAN-E54)

"Os espaços são pequenos, sendo que temos que nos adaptar a um número menor de pessoas devido à COVID" (Pesquisa Engajamento 2020 – COV-E20)

Em relação aos cuidados com a **saúde mental e qualidade de vida**, segundo o Relatório Anual de Balanço Social, no ano de 2020 foi elaborado um protocolo de atendimento em saúde mental direcionado aos trabalhadores, cujo serviço de TELESÁUDE MENTAL alcançou a marca de quase 900 atendimentos, além da realização de uma campanha interna de entrega de crachás humanizados com fotos dos funcionários. No ano de 2021, o Relatório Anual menciona a realização de campanhas alusivas ao Dia do Abraço, adaptada ao contexto de distanciamento social imposto pela pandemia e, gradualmente, com a ampliação da vacinação, é mencionada a retomada de atividades presenciais relacionadas à saúde e bem-estar dos profissionais, além da montagem de um “escutatório” na praça central. No ano de 2022, é mencionado no Relatório Anual o estabelecimento de parcerias para encaminhamentos relacionados à saúde mental e a retomada de eventos internos, incluindo a realização de eventos presenciais de relaxamento dirigido e a intensificação da campanha do Dia do Abraço.

Estas ações mencionadas no Relatório Anual foram ratificadas pelos profissionais da área de gestão de pessoas:

"A gente fez uma parceria inicial com a Universidade e o setor de psiquiatria deles. Fez um braço para atendimento com os estagiários, psicólogos e psiquiatras. Foi um programa deles e uma parceria nossa durante o auge da pandemia, mas depois, quando passou o pico, eles desativaram. Foi bem importante e diria fundamental, para muita gente que, com o fenômeno de crise, de risco, teve um amparo assim imediato no seu celular, no seu computador. Isso foi muito legal" (Entrevistado PGP2)

"A gente criou na época, junto com a TELECOVID, uma TELESÁUDE MENTAL. A gente não tinha braço e aí a gente usou a TELESÁUDE MENTAL, na mesma lógica da COVID, com parcerias. Então a gente tinha 12 horas de atendimento por dia. E a gente teve muita procura e foi a alternativa que a gente encontrou para poder dar suporte para as pessoas na hora que elas precisassem, porque não dava para fazer atendimento presencial, não tinha grupos, não tinha palestra, não tinha o que fazer. Era um negócio muito mais

individual mesmo. E aí a gente fez a tele, que tinha todos os registros. Se houvesse alguma necessidade de alguma coisa mais grave, aí a gente trabalhava caso a caso, com encaminhamentos e tudo mais” (Entrevistado PGP3)

Todavia, por parte dos gestores de pessoas, observa-se uma percepção de insuficiência em relação à disponibilização dos cuidados em saúde mental, ainda que ponderada pelo cenário da pandemia:

“Eu acho que a gente precisou muito mais de um suporte psicológico e que tiveram alguns movimentos, fizemos um convênio com uma clínica e tal, mandou para a clínica tal, mas acho que isso ainda falta na instituição, ainda hoje falta, e naquela época faltou bastante, mas eu acho que não faltou só na Santa Casa (...) acho que faltou geral, naquela época, se tivesse um psicólogo para cada cidadão, acho que eles estariam todos ocupados, né?” (Entrevistado GP1)

“A gente começou a buscar externamente apoio de clínicas para a gente poder referenciar, mas as pessoas tinham que pagar (...) aí eu posicionei uma das minhas psicólogas que eu gosto muito, que trabalha, trabalhou no serviço médico pessoal para fazer esse trabalho mais de suporte psicológico. Acho que o suporte do serviço médico, não dava conta de atender o volume de pessoas doentes e que procuravam o serviço” (Entrevistado GP2)

Em relação à **informatização de processos**, o Relatório Anual de Balanço Anual 2021 refere a implementação de uma plataforma informatizada, com o objetivo de simplificar e melhorar processos relacionados à gestão de pessoas, especialmente no que diz respeito aos módulos de gestão de recrutamento, admissão digital e quadro de vagas, que impactaram em uma redução de tempo de cerca de 70% na rotina da área.

Além deste processo, os gestores de pessoas e profissionais da área de gestão de pessoas, mencionam as melhorias decorrentes da disponibilização de ferramentas de *Business Intelligence* (BIs) relacionados aos indicadores de gestão de pessoas e às plataformas de teleatendimento de TELECOVID e TELESÁUDE MENTAL:

“A gente já tem processos que foram informatizados ao longo do tempo, então, se tu for ver hoje, eu encaminho minhas férias, eu assino a demissão do funcionário, hoje é o próprio gestor que fecha o ponto dos funcionários, hoje tudo é informatizado, se criou BI de afastamento e a gente teve que evoluir muito rapidamente nessas ferramentas” (Entrevistado GP2)

“A gente estava abandonando todo o sistema analógico e pastas, prontuário físico, para um sistema digitalizado. Então, essa era a minha missão. Era uma infinidade de formulários que iam virar softwares, de maior ou menor uso. Então eu tinha que preparar e desafiar a equipe para ela conseguir assimilar esses processos e foi algo que demorou uns dois anos (...) eu pensei ‘meu Deus, eu estou no meio da pandemia’, mas essa era a nossa missão: trocar o papelzinho por fluxo, em uma plataforma online. A gente conseguiu criar um

BI da COVID e foi muito desafiador, isso foi o pulo do gato na hora certa” (Entrevistado PGP2)

De acordo com Carnevale & Hatak (2020), o distanciamento social e a digitalização das atividades de trabalho alteraram o cenário, enfatizando a necessidade de iniciativas que fornecessem apoio emocional, instrumental e informativo para retenção de trabalhadores.

Adicionalmente, outra estratégia de gestão de pessoas que foi experimentada no período mais crítico da pandemia, foi o direcionamento de alguns trabalhadores para o formato de **trabalho remoto**, na modalidade *home office*, priorizando-se para este direcionamento os trabalhadores classificados como grupo de risco e/ou que exerciam atividades de apoio, não diretamente vinculadas ao atendimento assistencial.

Apesar de muitos estudos relacionarem o trabalho remoto como uma das principais tendências de gestão de pessoas decorrentes da pandemia (BERSIN, 2020; FIA; CIA DE TALENTOS; XTRATEGIE, 2020; PRESTI; MENDES, 2023), observa-se no presente estudo a predominância de relatos desfavoráveis em relação à adoção desta modalidade no ambiente hospitalar, especialmente por parte dos gestores de pessoas, o que também foi percebido por parte dos profissionais de gestão de pessoas na ocasião:

“Na semana que mandaram a gente ficar em casa, quem não era assistencial, eu não consegui e vim trabalhar. Foi uma coisa muito confusa assim, porque a gente não sabia o que estava acontecendo” (Entrevistado GP1)

“Eu e mais algumas lideranças não conseguimos ir para casa. Como é que eu digo para o funcionário ‘vem, fica tranquilo e vem’, mas eu estou na minha casa, bem resguardado” (Entrevistado GP2)

“Eu lembro do dia em que a gente começou a fazer um movimento dentro da própria Santa Casa: foi uma sexta feira e a gente definiu, então, que todo mundo, a partir de segunda feira, ficaria em casa. A gente tinha recebido o primeiro caso de COVID e foi onde a gente, como gestão de pessoas, puxou a frente das pessoas que pudessem ficar em casa, que ficassem, porque era um cenário completamente novo e ninguém sabia de fato o que ia acontecer assim. Foi um negócio muito louco, porque a gente ficou duas semanas em casa. A equipe ficou mais, mas os gestores ficaram só duas semanas. E aí a Santa Casa definiu que os gestores voltariam com toda a segurança, obviamente. E para mim foi um alívio” (Entrevistado PGP3)

“Alguns gestores assistenciais também tiveram que se afastar por serem de grupo de risco, o que gerou um desconforto muito grande, porque eles se sentiam muito mal e nos procuravam para falar isso: ‘eu estou me sentindo péssimo porque no momento que eu deveria estar com a minha equipe na linha de frente, eu não consigo estar. Eu tenho que dar esse apoio à distância, eu estou sendo, de certa forma, obrigado a me afastar’. E aí as pessoas se sentiam muito mal” (Entrevistado PGP1)

Todavia, também são relatadas por parte dos profissionais de gestão de pessoas algumas vantagens na adoção do trabalho remoto em determinadas atividades:

“Pensando assim, eu acho que talvez a gente tenha tido diferenças em públicos dentro da área hospitalar: para um público administrativo, por exemplo, eu acho que foi muito mais difícil o enfrentamento, a compreensão e se criou a necessidade, por exemplo, que hoje se fala muito do trabalho *home office*. Inclusive a gente acabou também perdendo muitos profissionais nas áreas administrativas e de apoio por esse cenário. (...) acho que seria uma possibilidade de trabalhar a distância, a gente aumentar a concorrência com outras instituições, não só da área da saúde, pelo menos para o time administrativo e de apoio, seria uma forma de retenção destes profissionais” (Entrevistado PGP1)

Esta percepção favorável ao trabalho remoto, também foi apontada em alguns relatos dos trabalhadores da saúde, entretanto, também foram identificados relatos desfavoráveis em relação aos critérios de adoção da modalidade, especialmente no primeiro ano de pandemia:

"Devido à pandemia preferia trabalhar em *home office*. Acredito que deveria ser opcional para os funcionários que quisessem trabalhar de forma remota e aderir ao isolamento. É prejudicial à saúde mental ter que vir trabalhar em meio a pandemia com medo de se contaminar e contaminar as pessoas que moram conosco" (Pesquisa Engajamento 2020 – PAN-E06)

"Acho que neste momento de pandemia a Santa Casa demonstrou que devemos dar o mesmo direito a todos, no início várias chefias do setor de enfermagem foram liberadas para *home office*, porém enfermeiros e técnicos não (...) precisamos dar os mesmos direitos e respeito para todos, para mim foi muito difícil ter que explicar estes privilégios para minha equipe" (Pesquisa Engajamento 2020 – PAN-E40)

"Existe clareza, honestidade, preocupação com todos e sempre existiu isso no nosso setor, porém estamos passando por um momento muito delicado. Muitas variáveis junto, mudança de pessoas, redução de custo, acúmulo de tarefas, pandemia, *home office*... as pessoas estão muito voltadas para si (...) há questionamentos por tudo: uns se comparando aos outros, ‘porque uns de *home office* e outros não’, ‘porque tem que voltar do *home office*’, ‘porque tenho que fazer isso e o outro não’, ‘porque tenho que ajudar e o outro não’. São discussões por coisas mínimas, bem difícil" (Pesquisa Engajamento 2020 – PAN-E47)

Quadro 9 - Síntese analítica: Categoria Estratégias e práticas de gestão de pessoas

Tópicos relacionados	Principais constatações analíticas	Correlação com referencial teórico
Recrutamento e seleção	Percepções positivas acerca da velocidade dos processos seletivos (realização de “mutirões”) no período mais crítico e à parceria estabelecida com a área de gestão de pessoas	Achados relacionados aos principais impactos da pandemia relacionados à gestão estratégica de recursos humanos, às condições de trabalho e às adequações decorrentes nas principais funções

<p>Treinamento</p>	<p>Flexibilização do formato e critérios de seleção</p> <p>Antecipação às necessidades de contratações</p> <p>Adaptações nas estratégias de treinamento, com percepção de maior efetividade nos treinamentos <i>in loco</i> e através da disseminação de vídeos pontuais</p> <p>Percepção de insuficiência por parte dos trabalhadores</p>	<p>da área, tais como seleção pessoal, gestão de desempenho, treinamento e desenvolvimento, gestão de remuneração, gestão de segurança e saúde e relações com os funcionários (HAMOUCHE, 2021)</p> <p>Pesquisas destacam as dificuldades apresentadas pela distância, em termos de seleção de funcionários, treinamento, suporte, saúde e segurança, bem como liderança e colaboração virtual (CALIGIURI et al., 2020)</p>
<p>Desenvolvimento de lideranças</p>	<p>Movimento de pausa no período mais crítico da pandemia</p> <p>Percepção positiva sobre a Escola de Líderes após atenuação da pandemia</p>	
<p>Saúde e segurança ocupacional</p>	<p>Percepção positiva em relação às práticas de saúde e segurança, mas reconhecimento da limitação na capacidade de atendimento nos períodos mais críticos</p> <p>Predominância de percepções negativas por parte dos trabalhadores em relação às práticas de saúde disponibilizadas, mas compensada por posicionamentos positivos por parte das lideranças</p> <p>Percepção positiva em relação à disponibilização de EPIs</p>	<p>Os profissionais de saúde constituem um grupo de risco para a COVID-19 por estarem expostos diretamente aos pacientes infectados (TEIXEIRA et al., 2020)</p>
<p>Saúde mental e qualidade de vida</p>	<p>Percepção de insuficiência em relação aos cuidados em saúde mental</p> <p>Percepção de insuficiência em relação aos espaços de descanso</p>	<p>A COVID-19 não é apenas um risco para a saúde física, pois também representa um risco significativo para a saúde mental dos indivíduos (HAMOUCHE, 2020).</p>
<p>Informatização de processos</p>	<p>Melhorias decorrentes da disponibilização de ferramentas informatizadas</p>	<p>O distanciamento social e a digitalização das atividades de trabalho alteraram o cenário, enfatizando a necessidade de iniciativas que fornecessem apoio emocional, instrumental e informativo para retenção de trabalhadores (CARNEVALE & HATAK, 2020)</p>

Trabalho remoto / <i>home office</i>	Predominância de relatos desfavoráveis em relação à adoção desta modalidade no ambiente hospitalar, especialmente por parte dos gestores de pessoas	Apesar de estudos relacionarem o trabalho remoto como uma das principais tendências de gestão de pessoas decorrentes da pandemia (BERSIN, 2020; FIA; CIA DE TALENTOS; XTRATEGIE, 2020; PRESTI; MENDES, 2023), as instituições de serviços hospitalares apresentam o menor percentual de pessoas trabalhando em <i>homeoffice</i> durante a pandemia (19%) e foram as empresas que enfrentaram as maiores dificuldades (86%) na adoção da prática (FIA; CIA DE TALENTOS; XTRATEGIE, 2020)
--------------------------------------	---	--

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

4.1.5 Desafios da gestão de pessoas em contextos extremos

“A gente tem um desafio grande, que é de promover saúde para quem trabalha com doença, o desafio de trabalhar 24 por sete, de ter pessoas em todos os turnos, de ter um volume grande de pessoas (...) para trabalhar na saúde eu acho que tem uma finalidade diferente, a nossa missão é outra, tem um negócio mais de coração” (Entrevistado PGP3)

Considerando que a COVID-19 pode ser responsabilizada pelas maiores transformações no ambiente de trabalho após 2020 e essas mudanças forçarão lentamente as organizações a fazer modificações em suas políticas e estratégia de gestão de pessoas (KOIRALA; ACHARYA, 2020), esta categoria de análise é composta por tópicos relacionados aos diferentes desafios da gestão de pessoas em contextos extremos, identificados ao longo da análise e sob a perspectiva dos diferentes atores que fazem parte deste contexto, tais como o entendimento da percepção dos trabalhadores em relação às práticas de gestão de pessoas, o sentimento de desvalorização profissional, a sobrecarga de trabalho característica das instituições hospitalares e o monitoramento efetivo de indicadores relacionados à gestão de pessoas.

No que diz respeito ao entendimento da **percepção dos trabalhadores em relação às práticas de gestão de pessoas**, os gestores de pessoas trazem diferentes relatos que podem contribuir em relação à compreensão deste movimento, muitas vezes também mesclando suas próprias percepções nos relatos:

“Sabe que eles têm até as mesmas frustrações que a gente tem às vezes, só que eles falam e a gente não. Eles trazem muito a preocupação essa que tem com o

funcionário que adoce: se tiver convênio, ótimo, mas se tu não tiver e tu adoce aqui dentro, tu não é atendido, tu tem que ir para um posto. Se cai no meio do pátio, rasga um braço, tu vai ter que ir para o pronto socorro para ser suturado. Isso é uma coisa que tinha que evoluir. Tinha que mudar, é uma coisa que todo mundo percebe” (Entrevistado GP1)

“Eu acho que a expectativa deles é muito individual. Quando tu conversa com um funcionário, ele tem uma expectativa e outros tem outra expectativa, em relação à mesma coisa” (Entrevistado GP5)

“Muitas vezes, o que a gente escuta da própria liderança ou do próprio enfermeiro da área é que eles acabam acolhendo o funcionário e eles resolvendo, porque a gestão de pessoas que deveria resolver o problema acaba não resolvendo, lhe demanda de volta. Então elas acabam resolvendo. Então esse resolver o problema do funcionário deveria estar como primeira opção, assim como na assistência, ela tem a obrigação de resolver o problema do paciente” (Entrevistado GP5)

Em relação a este tópico, os profissionais de gestão de pessoas também trazem reflexões em relação à própria evolução da área:

“Eu vou te dizer que eu acho que todo mundo compreendeu assim o cenário. Claro que sempre a gente tem aquelas pessoas mais críticas que não compreendem, mas de um modo geral (...) estava todo mundo no mesmo barco, no mesmo cenário. Então acho que é o momento que todo mundo vê, todo mundo acaba compreendendo, ficando mais aberto, compreendendo mais as situações que que aconteciam” (Entrevistado PGP1)

“Eu acho que a gente tem um discurso muito legal de que a gente faz isso, de que aquilo é importante, que tem que priorizar, mas a gente ainda precisa caminhar muito. Acho que a gente vem mudando desses dois anos para cá, bastante a nossa percepção como as pessoas nos enxergam. A gente abriu uma porta que estava um pouco fechada no passado, de uma gestão de pessoas como parceira e não a gestão de pessoas como alguém que esteja cobrando ou negando ou qualquer outra coisa. Ainda tem coisa, ainda tem janelas aí para abrir, mas eu acho que a gente vem mudando muito assim, com os nossos perfis mesmo” (Entrevistado PGP3)

No que diz respeito ao **sentimento de desvalorização profissional** são trazidas algumas percepções por parte dos gestores de pessoas e profissionais da área de gestão de pessoas:

“Eu acho que a enfermagem é sempre um desafio. Sempre. Não sei se um dia a gente vai dizer que o desafio vai se esgotar. É uma profissão de muita carga de trabalho, de muita desvalorização, de cada vez mais, menos competência e habilidade, porque as formações estão muito ruins. Os bons profissionais merecem ser valorizados. Merecem pelo trabalho que fazem, que é digno, mas eu acho que a categoria ainda é muito desvalorizada. Eu acho que na pandemia a gente ganhou, veio todo aquele boom dos heróis. Mas e agora, cadê os heróis?” (Entrevistado GP3)

“De forma geral eles têm bastante expectativas quanto às questões de remuneração. Durante a pandemia gerou uma questão muito da valorização da

enfermagem, em relação à visibilidade. Eles trazem essa expectativa de valorização em relação a recursos financeiros, ao plano de saúde. Eles trazem muito que eles estão esperando isso, que foi uma coisa que a pandemia trouxe” (Entrevistado GP5)

“Eles estavam na evidência, estavam lá, passando em todos os meios de comunicação. E daqui a pouco passou a COVID e agora eles voltam a ser ‘só’ trabalhadores. Acho que ‘só’ é muito pesado, mas voltam a ser de novo os profissionais: enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, profissional, assistencial, linha de frente, como uma outra atividade comum. Então não mais evidenciados, não mais como heróis, não mais ganhando reconhecimentos, não mais todas as empresas presentes. Então, acho que isso também deixa de estar no foco e as pessoas esquecem. Acho que entra naquela do esquecimento. Então foram heróis? Foram. Estavam em evidência naquele momento? Estavam. Mas depois volta como está e ficam esquecidos. Isso também pode estar refletindo aí na saúde e na questão psicológica dos funcionários” (Entrevistado PGP1)

Ainda sobre o sentimento de desvalorização profissional, são identificados diversos relatos por parte dos trabalhadores da saúde, nos diferentes momentos da pandemia:

"Espero que após a pandemia quando a casa se reestabelecer, tenhamos um aumento justo, principalmente para aqueles que vestiram a camiseta no auge da pandemia, dobrando seus turnos de trabalho, se isolando de familiares” (Pesquisa Engajamento 2020 – PAN-E07)

"A enfermagem e fisioterapia durante a COVID foram as profissões mais atuantes e incansáveis, muitos plantões não íamos ao banheiro ou tomar água, e recebemos um aumento vergonhoso, enquanto os médicos que estavam em maior quantitativo e muitas noites de plantão dormiam inclusive, enquanto nós estávamos ao lado do paciente 24hs, receberam dois aumentos. Nos sentimos desvalorizados" (Pesquisa Engajamento 2021 – COV-E06)

“Se comparada [a remuneração] à quantidade de tarefas que nos é atribuída, à responsabilidade que temos e a insalubridade, sem contar fatores adversos como exemplo a pandemia, na qual tivemos que nos readaptar e ficar expostos a uma doença desconhecida que estava levando várias pessoas a óbito, a resposta é ruim" (Pesquisa Engajamento 2022 – PAN-E06)

"Acho que deveríamos ter um salário digno! Fomos aplaudidos no ano da pandemia e hoje que temos um piso, não somos valorizados" (Pesquisa Engajamento 2023 – PAN-E16)

Os relatos relacionados à categoria de desvalorização profissional, corroboram com a afirmação de Hecker (2020) acerca do fardo enfrentado pelos trabalhadores da saúde e por outros trabalhadores considerados como essenciais, os quais foram celebrados como heróis, mas não tiveram esta celebração acompanhada de medidas para assegurar que não seriam colocados novamente nesta situação.

Importante ressaltar que o Relatório Anual de Balanço Social de 2020 refere que no âmbito da remuneração, todos os funcionários, de todas as categorias profissionais

tiveram aumento salarial, com reposição acima da inflação para os técnicos de enfermagem e médicos.

O Piso Salarial Nacional da Enfermagem (Lei 14.434 de agosto de 2022), passa a vigorar na rede privada de saúde no segundo semestre de 2023, mas tem sua implementação na íntegra – independente do repasse do recurso do Governo Federal – oficializada na Santa Casa a partir de janeiro de 2024.

No que diz respeito à **sobrecarga de trabalho**, que é característica das instituições hospitalares, observa-se uma convergência de percepções por parte tanto dos gestores de pessoas, quanto dos profissionais da área de gestão de pessoas, em relação à sua intensificação nos períodos mais críticos da pandemia, o que ratifica a afirmação de que profissionais da saúde imersos em contextos extremos têm de lidar não apenas com os riscos de exposição ao vírus, mas também com condições adversas de trabalho, como aumento de responsabilidades, falta de recursos e sobrecarga de trabalho (MOURA; FURTADO; SOBRAL, 2020).

“Foi uma época que a gente trabalhou muito, tanto aqui [na Matriz], quanto em Gravataí. Eu chegava lá e eles brincavam que o meu carrinho estava sempre ali, porque meu carro era o primeiro a chegar e o último a sair. Chegava às 06h da manhã e não tinha hora para ir embora” (Entrevistado GP2)

“É muito prejuízo quando a gente perde pessoas. É um prejuízo incalculável, porque quem fica, que fica desestimulado porque treinou, investiu e quer um retorno. Tu investe e quer o retorno. Em algum momento tem que respirar. Então o líder fica sobrecarregado porque está sempre começando. A pessoa que começa também fica sobrecarregada porque está começando. Não vejo isso como saudável, porque é pesado, é puxado” (Entrevistado GP3)

“Teve um volume de trabalho absurdo, a gente não tinha horário para iniciar e terminar o trabalho. Às vezes a gente chegava às 06h e saía daqui 22h, porque a gente tinha que entregar a unidade montada. Mas a gente sabia que era um período, não era para sempre. Depois tudo voltaria ao normal” (Entrevistado GP5)

“A equipe já estava sobrecarregada e acabou também sobrecarregando os novos que ingressaram, acabou também sobrecarregando essas equipes que já estavam aí mais cansadas. Num primeiro momento, até explicar e organizar com esses novos, desenvolver, treinar eles para que de fato eles estivessem já somando na equipe e não sobrecarregar mais os demais” (Entrevistado PGP1)

Em relação ao **monitoramento efetivo de indicadores relacionados à gestão de pessoas**, especialmente de absenteísmo e rotatividade de profissionais, observa-se uma preocupação predominante por parte tanto dos gestores de pessoas, quanto dos profissionais da área de gestão de pessoas:

No que diz respeito ao absenteísmo, nos relatos dos gestores de pessoas, o indicador aparece bastante vinculado à sobrecarga das equipes e à expectativa de maior apoio por parte da área de gestão de pessoas:

“O absenteísmo alto é um ponto importante, a gente tinha uma planilha de acompanhamento: quem é que está afastado, quanto tempo está afastado - ficava pintado de amarelinho -, quando vai voltar. Era uma mesma planilha para ficar controlando, quantos dias faltavam para a pessoa voltar. Eu não sei se eles [GP] abrem isso para estratificar, porque o dado a gente tem (...) tinha que se conseguir estratificar, que a gente pudesse entender qual é o programa que eu tenho hoje. Hoje a gente tem pessoas com absenteísmo elevadíssimo em pessoas. Bom, eu tenho que olhar para essas pessoas. Acho que o absenteísmo e o turnover são duas políticas fortes que a gente não consegue atuar e que talvez seja um desafio para o GP nos ajudar a atuar de forma mais ativa e efetiva” (Entrevistado GP2)

Essa expectativa de apoio em relação ao absenteísmo denota ser reconhecida também no relato de profissionais da área de gestão de pessoas:

“Eu acho que tiveram alguns problemas, algumas divergências de opinião com relação aos gestores. E aí talvez seja no sentido de que estavam perdendo muitas pessoas. Então com o absenteísmo muito alto, que estava prejudicando a assistência, obviamente. E aí alguns questionamentos vinham com relação a isso, principalmente do tempo de afastamento das pessoas. A gente foi muito questionado com relação a não reduzir esse tempo” (Entrevistado PGP3)

No que diz respeito à rotatividade, a preocupação dos gestores de pessoas com sua elevação se mostrou bastante relacionada à perda de conhecimentos e à sobrecarga dos gestores e das equipes, o que também foi corroborado no relato de profissionais da área de gestão de pessoas:

“Eu acho que tem premissas básicas em gestão de pessoas na área da saúde hospitalar, que são ligadas a negócios que geram desperdício e custo alto. Que é essa coisa da rotatividade, turnover. Quanto custa isso? Quanto custa o material que eu vejo que é destruído porque a pessoa não recolhe adequadamente? Porque ela não tem conhecimento, ela precisa de tempo para aprender e ela precisa de tempo para ter o afeto, o amor e o cuidado e essas relações serem saudáveis nesses ambientes para que ela produza melhor. Se ela não se fixa, a gente tem um custo elevado aí, né? Mensurar esse custo e, em contrapartida, ter um sistema de RH forte. Seria um baita de um desafio” (Entrevistado GP3)

“A capacitação treinamento não dava conta naquela velocidade do turnover que tinha, porque ele estava aqui hoje, mas no outro dia ele recebeu uma proposta melhor ou como é diferenciado, ele também saía, então tinha um turnover muito alto” (Entrevistado GP4)

“Cada vez que um funcionário sai, a gente reinicia o ciclo todo de novo. E o funcionário que está chegando agora, ele não tem a mesmas entregas que o

funcionário que está aqui há um ano, dois anos, três anos. E ele vai demorar seis meses para ter essa entrega (...) isso acaba sobrecarregando bastante a parte de qualidade assistencial e acaba sobrecarregando também bastante a gestão, justamente por essa rotatividade que a gente tem (...) é uma questão que a gente está sentindo bastante. O turnover é bem alto e tem vários processos se perdendo aí (...) então isso traz um ponto assim de atenção para nós aqui na Santa Casa” (Entrevistado GP5)

“A gente também continua tendo muita rotatividade (...) muitos profissionais acabaram saindo neste momento de pandemia ou também pela oferta de trabalho que ela gerou. Outras instituições privadas e públicas abriram também leitos de UTI. E aí, por questão salarial, por questão de concurso, [os profissionais] também acabaram saindo. Então a gente seguiu tendo uma rotatividade alta e com um superlotação [de pacientes] aqui dentro da instituição. Então, isso gerou, com certeza, um estresse muito grande” (Entrevistado PGP1)

Ainda sobre indicadores relacionados à gestão de pessoas, a questão do dimensionamento das equipes é mencionada pelos gestores de pessoas como um fator de impacto na geração de bancos de horas e horas extras, especialmente quando relacionada a elevados índices de absenteísmo e turnover:

“Eu tenho visto que estão encolhendo muito o dimensionamento, mas dizem ‘a hora extra está muito grande’, ‘o banco de horas está muito grande’, mas por que efetivamente está muito grande? Por que eu criei um banco de horas tão grande? Eu vejo que sempre se vê um marco, precisamos pensar por que eu tenho que ter um banco de horas e extras e que a gente pudesse, assim apoiado com o GP e a área, olhar para essa necessidade” (Entrevistado GP2)

“Todo mundo clama por um dimensionamento melhor, mas enquanto não tem, a gente vai adaptando as nossas rotinas, fluxos e tentando otimizar o que dá para fazer (...) hoje se faz o melhor com o que dá. Para poder fazer melhor teria que ter um número de pessoas muito superior, que não vai ser, não vai se concretizar em curto prazo” (Entrevistado GP4)

“A questão do dimensionamento, eu acho que está completamente atrelada [a participação dos funcionários nas ações de promoção à saúde]. A gente sabe que tem gaps e tudo mais, mas ele acaba sendo uma desculpa verdadeira para que a gente não possa fazer com que as pessoas sejam liberadas” (Entrevistado PGP3)

Além de um contexto em que historicamente condições de trabalho, baixa remuneração, insegurança, sobrecarga de trabalho, dificuldade de acesso aos equipamentos de proteção individual – EPIs, precarização no ensino e qualificação dos profissionais de saúde ainda constituem desafios a serem superados, diante da pandemia COVID-19, torna-se premente a necessidade da formulação de políticas que sejam sensíveis aos trabalhos de cuidado, realizados majoritariamente por mulheres, reconhecendo suas especificidades e condições de desigualdades na sociedade (GRANDA et al., 2021).

4.1.6 Lições aprendidas (ou a aprender)

“ O que me traz assim de experiência é que hoje a gente está muito mais preparado para passar por uma nova crise, por uma nova pandemia. Ninguém tinha conhecimento. Eu não tinha vivenciado uma pandemia em toda minha história, assim de assistência, de trabalhar na área da saúde, eu não tinha vivenciado. Então isso trouxe um aprendizado para nós, que a gente consegue passar por outras coisas assim mais preparado. Teve um preparo em relação a isso” (Entrevistado GP5)

A ameaça sem precedentes da COVID-19 causou sofrimento inimaginável em todo o mundo, mas embora a pandemia seja antes de tudo uma crise de saúde pública, não se deve perder de vista os desafios relacionados que são consequentes para conter essa ameaça e promover uma recuperação rápida e sustentável, considerando que, no longo prazo, como qualquer crise, a pandemia também possibilita um campo fértil para reflexões e aprendizados (ZOUÉV, 2020).

Segundo Presti; Mendes (2023) as organizações devem navegar em contextos adversos e suas contingências, levando ao aprendizado organizacional, arranjos de trabalho flexíveis e processos adaptáveis.

Esta categoria de análise é composta por tópicos relacionados às diferentes menções de aprendizado e sugestões por parte dos gestores de pessoas e profissionais de gestão de pessoas, que são compreendidas como relevantes para manutenção e preparo da organização em contextos extremos, tais como a expectativa de continuidade do Comitê de Crise, à vivência da comunicação efetiva em todos os níveis, à retomada dos mutirões de ajuda intersetoriais, à possibilidade de escuta mais próxima dos trabalhadores, à ampliação da informatização de processos e à construção de uma base histórica sobre a vivência da pandemia na organização, conforme exemplificado nos relatos a seguir:

“Eu não tenho uma crítica assim que poderíamos ter feito algo que não foi feito. Talvez tivesse que reavaliar hoje para uma próxima etapa. Uma questão importante é que talvez o **comitê de crise** pudesse continuar com as reuniões, para olhar para o mundo, o cenário mundial, o que está acontecendo hoje: ‘teremos uma nova pandemia?’, ‘não teremos?’, ‘como é que estamos?’. Seria importante ter uma visão mundial, do que está acontecendo fora nos outros países, porque a gente viu que a velocidade que chegou aqui foi impressionante” (Entrevistado GP1)

“Como a gente está agora num período mais tranquilo, a gente deixou e esqueceu essa prática como uma prática superimportante para Casa, de como é importante todas as áreas estarem unidas, se ajudando de fato e praticando a **comunicação efetiva em todos os níveis**. Desenhando e deixando bem especificado para todos: ‘qual é o processo?’, ‘qual é o protocolo?’, ‘quais são as ações que cada um tem que ter?’. Então, eu acho que essa foi uma grande

lição que eu pude participar, que eu presenciei assim que eu lembro que era muito mais fácil o fluir da comunicação, desde lá de cima da do início da estrutura hierárquica da Casa até o nível mais baixo da estrutura estavam cientes, sabiam e tinham algum conhecimento do que estava acontecendo e de qual era o seu papel naquele cenário. Assim, acho que foi um momento em que todo mundo sabia tudo, tu perguntava e as pessoas sabiam te dizer e sabiam quais eram os protocolos e te indicavam” (Entrevistado PGP1)

“Também achei muito importantes os **mutirões de ajuda entre áreas**, acho que isso foi um dos maiores aprendizados. Embora a gente saiba que trabalhar unido e trabalhar em equipe sempre, obviamente funciona melhor, mas foi um aprendizado que a gente acabou contando com pessoas que tu não fazia a mínima ideia de que podiam ser tão significativas assim e ter tanto impacto. A gente ganhou uma sensibilidade legal, uma parceria legal durante a pandemia e a gente não segue assim 100% com o movimento que a gente tinha. E isso eu sinto bastante falta, acho que a gente construiu uma história tão legal que podia todo mundo seguir na mesma lógica, ia dar muito mais certo” (Entrevistado PGP3)

“A gente não consegue agradar todo mundo, mas acho que todas às vezes que os técnicos são envolvidos no processo, que eles são escutados, eles se sentem muito valorizados (...) acho que **escutar as pessoas** um pouquinho mais (...) tem que dar espaço para as pessoas se pronunciarem, acolher isso verdadeiramente. Acho que todas as vezes que a casa acolheu verdadeiramente a ponta, ela teve sucesso” (Entrevistado GP1)

“Acho que a **informatização de processos** gerou uma expertise nossa, porque assim a gente está trabalhando com um nível digital aqui, que a gente jamais pensava na Santa Casa de mais de 200 anos. A gente tem um outro comportamento agora e a gente tem que buscar força de trabalho que se adapte a esse perfil” (Entrevistado PGP2)

“Seria importante a gente ter uma **base histórica** do que deu certo e o que deu errado na pandemia. Para ter o caminho se a gente precisar usar. Saber qual é o caminho do sucesso, de fracasso, qual caminho que a gente já trilhou” (Entrevistado PGP2)

É importante mencionar que as lições aprendidas apresentadas nesta seção e a proposição de construção de uma base histórica relacionada à vivência da pandemia se mostram relacionadas ao âmbito de aprendizagem interna da organização, o que coaduna com a proposição de Hannah et al. (2009) de que por meio de repetições frequentes de procedimentos e processos semelhantes, as organizações de trauma têm muitas oportunidades para aprendizado organizacional.

As lições aprendidas (ou a aprender, como se propõe a reflexão nesta categoria de análise) também abrangem algumas das prioridades apontadas na agenda proposta por Koirala; Acharya (2020), especialmente nos tópicos relacionados à coordenação e networking (relacionada à comunicação efetiva em todos os níveis) e à gestão do conhecimento (relacionada à construção de uma base histórica sobre a vivência da pandemia na organização).

4.1.7 Outros fatores contextuais

É importante ressaltar que as respostas organizacionais à pandemia devem ser analisadas considerando os contextos sociodemográfico, econômico, jurídico e cultural em que estão inseridas (CALIGIURI et al., 2020).

Ratificando a premissa de que as organizações são entidades peculiares, nas quais o contexto intraorganizacional interage com o extraorganizacional, influenciando sua capacidade de responder a ameaças (Hannah et al., 2009), nesta última categoria de análise são apresentados outros fatores contextuais que, em sua maioria, extrapolam o contexto organizacional, mas que representam forte influência na condução de organizações em contextos extremos, tais como o cenário político-governamental, a legislação trabalhista vigente e a disponibilidade de redes para o estabelecimento de parcerias extraorganizacionais.

Em relação ao **cenário político-governamental** brasileiro, é importante reconhecer que podem ser identificadas significantes divergências e especificidades regionais relacionadas às iniciativas de enfrentamento da pandemia, adotadas pelos representantes das esferas federal, estaduais e municipais.

Todavia, no que diz à perspectiva das instituições de saúde, esta pesquisa limita-se a observar um movimento de agravamento do cenário da pandemia, decorrente do posicionamento de representantes do governo e de parte da população – ao não respeitarem as medidas preventivas estipuladas pela Organização Mundial de Saúde em seu período mais crítico – o qual denota ter impactado diretamente na sobrecarga de recursos estruturais e humanos para o atendimento das pessoas contaminadas, na elevação do número de pacientes críticos com necessidade de internação e, conseqüentemente, no registro de mais de 700 mil de mortes relacionadas no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2024).

Importante observar que esta sobrecarga do sistema de saúde público e privado denota impacto não somente na perspectiva intraorganizacional, no sentido da disponibilidade de recursos estruturais e humanos dos pacientes que procuram a instituição, mas também na projeção de expectativas de absorção das demandas de saúde por parte dos trabalhadores adoecidos, cuja responsabilidade por vezes mostrou-se direcionada à instituição, em substituição ao papel do Estado, no que concerne à premissa de prevenção e cuidado da saúde da população, o que ratifica a proposição de Santos

(2020) de que a pandemia COVID-19 tem demandado da sociedade brasileira a realização de ações coletivas e individuais, de natureza pública e privada; bem como a reorganização de práticas nas instituições dos diversos setores que compõem a estrutura social.

No que diz respeito à **legislação trabalhista**, ao longo da pandemia, foram lançadas uma série de Medidas Provisórias (MPs) pelo governo brasileiro, as quais incidiram diretamente na adoção de práticas alternativas às previstas nas relações de trabalho tradicionais, tal como a MP nº 1.046/2021 – que dispunha sobre as medidas trabalhistas voltadas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus – e que incluía em seu teor a possibilidade de alteração do regime presencial para o teletrabalho independente da existência de acordo individual ou coletivo prévio; a possibilidade de antecipação de férias individuais; a flexibilidade de prazo para antecipação de férias individuais e para concessão de férias coletivas; a possibilidade de aproveitamento e antecipação de feriados; a ampliação de prazo para compensação de banco de horas até 18 meses; a suspensão de exigências administrativas em segurança e saúde no trabalho, bem como a possibilidade de diferimento (adiamento) do recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) por parte dos empregadores.

Também se destacaram neste período o estabelecimento de MPs que antecederam a MP nº 1.046/2021¹⁵, tais como a MP nº 1.045/2021¹⁶, a MP nº 936/2020¹⁷ e a MP nº 927/2020¹⁸, que tinham como objetivos afins o combate aos prejuízos socioeconômicos causados pela pandemia COVID-19.

Todavia, é importante ressaltar que muitas das práticas flexibilizadas pela legislação trabalhista no período de pandemia não se mostraram aplicáveis ao contexto das instituições hospitalares, as quais tiveram suas demandas de trabalho intensificadas neste período, ao contrário das organizações de muitos outros segmentos.

Por fim, observa-se que a disponibilidade de redes para o **estabelecimento de parcerias extraorganizacionais** – as quais puderam ser identificadas especialmente pelos relatos dos entrevistados e pelos Relatórios Anuais de Balanço Social da Santa Casa – contribuíram fortemente na condução das estratégias e práticas de gestão de pessoas,

¹⁵ Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.046-de-27-de-abril-de-2021-316265470>

¹⁶ Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.045-de-27-de-abril-de-2021-316257308>

¹⁷ Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/mpv/mpv936.htm

¹⁸ Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/mpv/mpv927.htm#art31

especialmente no que diz respeito ao estabelecimento de parcerias com instituições de ensino e ONGs.

A possibilidade de estabelecimento destas parcerias necessita ser contextualizada aos recursos de cada região, todavia mostra-se uma contrapartida importante e economicamente viável para a implementação e o fortalecimento de práticas de enfrentamento nas organizações em contextos extremos.

Finalizando a discussão desta categoria, ressalta-se a importância de as respostas organizacionais à pandemia considerarem os contextos sociodemográfico, econômico, jurídico e cultural em que estão inseridas, conforme proposto por Caligiuri et al. (2020).

No quadro 10 a seguir é apresentado um resumo das categorias de análise e os principais tópicos relacionados a cada categoria:

Quadro 10 - Resumo das categorias de análise e principais tópicos relacionados

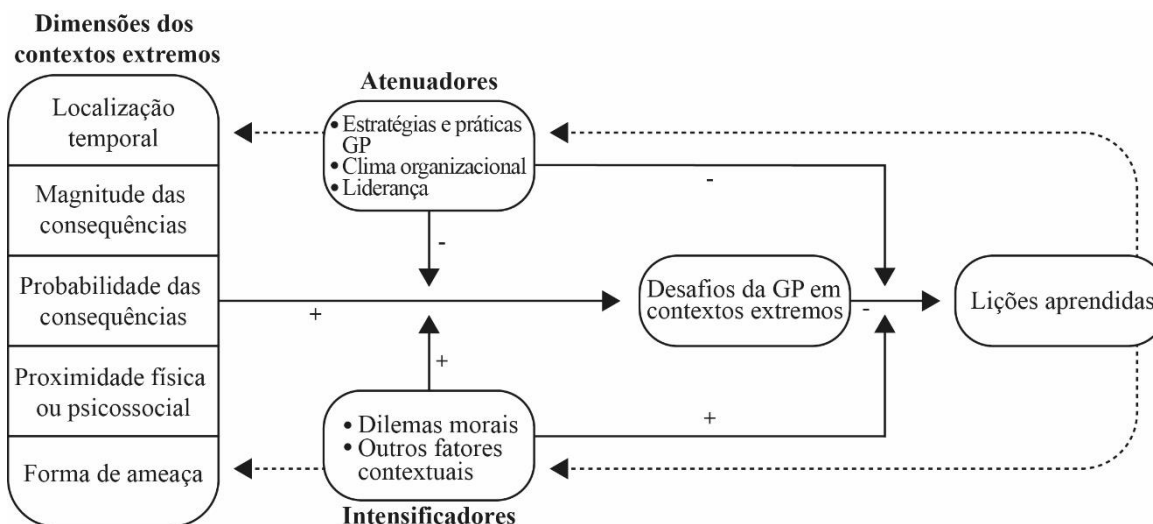
Categoria de análise	Principais tópicos relacionados
1) Clima organizacional	Comunicação organizacional Engajamento das equipes Imagem institucional Propósito
2) Liderança	Papel dos líderes Preocupação do líder com a saúde e segurança das equipes Percepção dos trabalhadores acerca da liderança Suporte recebido pela liderança por parte da alta direção Suporte recebido pela liderança por parte da área de gestão de pessoas
3) Dilemas morais	Impacto da pandemia na vida pessoal e familiar Medo de contaminação Vivência da perda de colegas Sentimento de culpa Repensar o trabalho em saúde Tomada de decisões
4) Estratégias e práticas de gestão de pessoas	Recrutamento e seleção Treinamento Desenvolvimento de lideranças Saúde e segurança ocupacional Saúde mental e qualidade de vida Informatização de processos Trabalho remoto / <i>home office</i>
5) Desafios da gestão de pessoas em contextos extremos	Percepção dos trabalhadores em relação às práticas de gestão de pessoas Sentimento de desvalorização profissional Sobrecarga de trabalho Monitoramento efetivo de indicadores relacionados à gestão de pessoas

6) Lições aprendidas (ou a aprender)	Continuidade do Comitê de Crise Comunicação efetiva em todos os níveis Mutirões de ajuda intersetoriais Escuta próxima dos trabalhadores Ampliação da informatização de processos Base histórica sobre a vivência da pandemia na organização
7) Outros fatores contextuais	Cenário político-governamental Legislação trabalhista Estabelecimento de parcerias extraorganizacionais

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Por fim, considerando que contextos extremos são multifacetados e generativos e que o nível de extremismo está relacionado à natureza da organização e à sua capacidade de resposta a eventos extremos (HANNAH et al., 2009) e inspirada na tipologia de contextos extremos proposta pelos autores, esta tese apresenta uma proposta de tipologia para estudo da gestão de pessoas em contextos extremos, representada pela Figura 5, que visa contribuir com o avanço das reflexões acerca do nível de compasso das estratégias e práticas de gestão de pessoas nas organizações de contextos extremos.

Figura 5 - Proposta de tipologia para estudo da gestão de pessoas em contextos extremos



Fonte: Elaborado pela autora (2024), adaptado de Hannah et al. (2009)

Partindo da afirmação de Hannah et al. (2009), de que a liderança não é apenas influenciada passivamente por contextos extremos, argumenta-se nesta tese que as

estratégias e práticas de gestão de pessoas também podem interagir com o contexto e servir para influenciar ou atenuar níveis de extremidades organizacional.

Para tanto, considera como fatores atenuadores do nível de extremidade percebidos pela organização e pelos diferentes atores que compõem este contexto, as estratégias e práticas de gestão de pessoas, o clima organizacional e o posicionamento da liderança.

Como fatores intensificadores do nível de extremidade são considerados os dilemas morais vivenciados e os outros fatores contextuais, tais como o cenário político-governamental, a legislação trabalhista vigente e o estabelecimento de parcerias extraorganizacionais, previamente elencados nas categorias de análise desta pesquisa.

É relevante retomar neste ponto a afirmação de Hannah et al. (2009) que um conjunto de fatores atenuadores pode reduzir a probabilidade ou a magnitude da extremidade de um evento e/ou aumentar a capacidade de resposta de uma organização, assim como um conjunto de fatores intensificadores pode aumentar o nível de extremidade experimentado e/ou reduzir a capacidade de resposta de uma organização.

Adicionalmente, na concepção de tipologia proposta nesta tese, considera-se que a interação dos fatores atenuadores e intensificadores não somente é impactada pelas cinco dimensões de contextos extremos propostas na tipologia proposta por Hannah et. Al (2009) – localização temporal, magnitude das consequências, probabilidade das consequências, proximidade física ou psicossocial e forma de ameaça – mas também interage com estas dimensões, impactando tanto na percepção do nível de extremidade vivenciada quanto no delineamento dos desafios da gestão de pessoas a serem priorizados nas organizações em contextos extremos e na concepção de novas lições aprendidas, as quais apresentam potencial para retroalimentar os fatores atenuadores e intensificadores relacionados a este contexto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese parte do pressuposto de que a gestão de pessoas em contextos extremos demanda uma atuação mais assertiva e alinhada às especificidades do campo e às expectativas dos trabalhadores e das instituições hospitalares e sua relevância é justificada pela potencial contribuição para ampliação do conhecimento teórico-empírico referente aos desafios da gestão de pessoas na área da saúde em contextos extremos, sob a perspectiva dos diferentes atores que compõem este contexto, bem como contribuir para a ampliação da pesquisa nacional em contextos extremos, considerando o potencial de desenvolvimento de novas publicações teórico-empíricas relacionadas ao contexto brasileiro.

Para tanto, o objetivo geral proposto foi compreender como contextos extremos implicam desafios específicos à gestão de pessoas na área da saúde, a partir da realização de uma pesquisa de natureza qualitativa, que utiliza como base o método de estudo de caso, realizado em uma instituição hospitalar de grande porte situada na região sul do Brasil, atravessada pelo cenário da pandemia COVID-19.

Quanto aos objetivos específicos de a) identificar as principais estratégias e práticas de gestão de pessoas na área da saúde sob o cenário da pandemia COVID-19, em suas diferentes fases; b) analisar o nível de alinhamento das estratégias e práticas de gestão de pessoas na área da saúde adotadas sob o cenário da pandemia COVID-19, em suas diferentes fases com as expectativas dos diferentes atores que compõem este contexto e; c) identificar desafios e lições aprendidas relacionadas à gestão de pessoas na área da saúde em contextos extremos, entende-se que foram atendidos a partir da realização do estudo de caso, delineado por entrevistas individuais e por análise documental que incluíram a perspectiva dos diferentes atores que compõem este contexto e que possibilitaram a apresentação e discussão teórico-empírica acerca de sete categorias analíticas, as quais fundamentam a proposição de uma tipologia para estudo da gestão de pessoas em contextos extremos – que visa contribuir com o avanço das reflexões acerca do nível de compasso das estratégias e práticas de gestão de pessoas nas organizações de contextos extremos – e embasam o **argumento de tese de que as estratégias e práticas de gestão de pessoas também podem interagir com o contexto e servir para influenciar ou atenuar os níveis de extremidades organizacional.**

Nesta seção também são apresentadas as principais contribuições, a originalidade e o ineditismo da tese, bem como suas limitações e possibilidades de investigações futuras.

5.1 CONTRIBUIÇÕES, ORIGINALIDADE E INEDITISMO DA TESE

Considerando que há um crescente reconhecimento de que contextos extremos proporcionam uma plataforma para o estudo de fenômenos organizacionais de difícil acesso (HÄLLGREN; ROULEAU; DE ROND, 2018), que a pandemia oferece várias oportunidades para pesquisa em contextos extremos (ROULEAU; HÄLLGREN; DE ROND, 2020) e a escassez de pesquisas abordando o posicionamento da gestão de pessoas quanto às relações de trabalho em perspectiva nacional, ou comparativa entre regiões, cujas vocações econômicas ensejam atuação distinta das organizações, nacionais ou internacionais, em seus variados ramos de atividades (AMORIM et al., 2023), argumenta-se nesta tese que as estratégias e práticas de gestão de pessoas também podem interagir com o contexto e servir para influenciar ou atenuar os níveis de extremidades organizacional.

Diante do exposto, entende-se que a tese apresentada traz contribuições que reforçam o seu ineditismo e originalidade, considerando que, por meio dela:

- a) apresenta-se uma proposta de tipologia para estudo da gestão de pessoas em contextos extremos, que visa contribuir com o avanço das reflexões acerca do nível de compasso das estratégias e práticas de gestão de pessoas nas organizações de contextos extremos;
- b) contribui-se para ampliação do conhecimento teórico-empírico referente aos desafios da gestão de pessoas na área da saúde em contextos extremos, apresentando sete categorias analíticas, alinhadas sob a perspectiva dos diferentes atores que compõem este contexto;
- c) contribui-se para a ampliação da pesquisa nacional em contextos extremos, considerando o potencial de desenvolvimento de novas publicações teórico-empíricas relacionadas ao contexto brasileiro.

5.2 LIMITAÇÕES E POSSIBILIDADES DE INVESTIGAÇÕES FUTURAS

Como limitações deste estudo, destacam-se os diferentes períodos e métodos de coletas de dados que, apesar de possibilitarem a captura de diferentes perspectivas, podem ter sua cronologia distorcida pela perspectiva temporal de cada um dos entrevistados.

Além disso, por tratar-se de um fenômeno ainda em movimento, é importante observar que as diferentes fases da pandemia COVID-19 e seus respectivos impactos nas organizações ainda seguem em desdobramento e atualmente são atravessados por um cenário político-governamental e econômico diferenciado em relação ao seu período mais crítico.

Destaca-se ainda que o estudo de caso realizado possui delimitações de porte e região, as quais precisam ser contextualizadas de acordo com sua finalidade de análise, no que diz respeito ao nível de preparo e aprendizado das organizações estudadas, assim como no que se refere à sua classificação na pesquisa em contextos extremos.

Todavia, os aspectos supramencionados, também podem sinalizar importantes pistas para a realização de novos estudos com aplicação teórico-empírica, que contribuam com a identificação de novos desafios e com a composição de estratégias diferenciadas e customizadas para a gestão de pessoas em contextos extremos, especialmente no que diz respeito à área da saúde.

Para tanto, apresentam-se como possibilidades de investigações futuras: o desdobramento do estudo à luz de marcadores sociais; a ampliação do estudo para organizações de outros portes e regiões brasileiras; a realização de estudos comparativos com outros países, considerando seu contexto político, econômico e social; a realização de pesquisas de correlação organização e Estado, no que diz respeito ao papel de ambos em contextos extremos; a realização de estudos acerca de contextos extremos à luz de teorias organizacionais específicas; e especialmente sugere-se a realização de estudos que aprofundem os aspectos relacionados aos dilemas morais e à saúde mental dos profissionais de gestão de pessoas, gestores de pessoas e trabalhadores em contextos extremos, haja vista que estes tópicos emergiram com grande potência nos achados desta pesquisa e podem ser correlacionados a outros temas de grande relevância para a pesquisa em contextos extremos, tal como a resiliência nos níveis individual e organizacional.

PÓS-FÁCIO: REFLEXÕES SOBRE PRÁTICAS DE GESTÃO DE PESSOAS NO CONTEXTO DAS CRISES CLIMÁTICAS DO RIO GRANDE DO SUL¹⁹

Condições meteorológicas extremas continuam a causar graves impactos socioeconômicos em todo o mundo, desafiando a manutenção do planeta e o bem-estar humano. No ano de 2023, 132 mortes associadas a eventos relacionados à chuva foram registradas no Brasil, sendo 56% do total apenas no Rio Grande do Sul, estado que teve o último ano marcado por diversos eventos extremos – como a enxurrada que atingiu o Vale do Taquari em setembro, o ciclone de junho e as chuvas de novembro. Todos esses episódios estiveram relacionados a volumes de chuva expressivos concentrados em poucas horas, ainda que precedidos de alertas por parte do Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais (CEMADEN) e da Defesa Civil.

Ainda se recuperando dos eventos de maio de 2024, o estado do Rio Grande do Sul novamente foi impactado pelo que se considerou o maior desastre climático de sua história, que afetou milhares de pessoas e as forçou a deixarem suas casas.

Considerando que perturbações ambientais podem afetar significativamente o mercado de trabalho e o desempenho organizacional e que a crescente frequência e gravidade desses eventos exigem que os estudiosos de gestão de pessoas desenvolvam e repensem práticas que apoiem os trabalhadores e as organizações, propõe-se a reflexão acerca das possibilidades de contribuição das práticas de gestão de pessoas no suporte a organizações e trabalhadores que vivenciam esse contexto.

É inevitável considerarmos que, em meio à ocorrência de perturbações ambientais, trabalhadores tendem a intensificar seu sofrimento, sua vulnerabilidade e os receios em relação à sua situação de trabalho. Nesse sentido, a gestão de pessoas tem o papel de auxiliar na manutenção do bem-estar emocional e da segurança desse trabalhador, assim como pode contribuir diretamente para o fortalecimento da resiliência organizacional.

Essa preocupação se intensifica ainda mais quando direcionada aos trabalhadores e às instituições relacionadas ao fornecimento de atividades classificadas como essenciais, as quais são demandadas de modo prioritário, ainda quando impactadas pelas

¹⁹ Artigo derivado de algumas das reflexões da Tese e de suas relações com as crises climáticas que impactaram o Rio Grande do Sul nos anos de 2023 e 2024. Publicado em 11 de julho de 2024, na coluna Cidades do Jornal da Universidade da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em <https://www.ufrgs.br/jornal/reflexoes-sobre-praticas-de-gestao-de-pessoas-no-contexto-das-crises-climaticas-do-rio-grande-do-sul/>

consequências das crises climáticas, tais como os serviços médicos e hospitalares, de resgate a atingidos, a defesa civil, a assistência social, a segurança pública e privada, a limpeza urbana e a desobstrução de vias, o fornecimento de água, energia, telecomunicação e alimentos, dentre outras.

O acesso e a preservação de oportunidades de trabalho e a disponibilização de benefícios básicos – mas muitas vezes escassos em episódios de crise climática –, como alimentação, transporte, disponibilização de atendimento clínico de saúde, acolhimento psicológico, acesso a doações e orientações sociais em relação aos seus direitos e benefícios governamentais, além da comunicação transparente e efetiva, são alguns dos exemplos de práticas de gestão de pessoas que se mostram essenciais no suporte aos trabalhadores. Nesse contexto, essas medidas podem fortalecer sua percepção de segurança, bem-estar e estabilidade, de modo a contribuir para a mitigação dos impactos negativos de estressores externos e para a promoção de um ambiente de apoio e resiliência organizacional.

Ainda que muitas organizações tenham sido diretamente afetadas pelos eventos climáticos e demandem um prazo significativo para recuperação das perdas de recursos econômicos, materiais e humanos decorrentes desse contexto, o estabelecimento de parcerias em diferentes esferas da sociedade – a partir da integração de esforços entre empresas, governo, ONGs e a comunidade em geral – se mostra essencial para a construção de um sistema de apoio robusto e resiliente. Essa união de esforços pode desvelar um relevante caminho para o estabelecimento e/ou resgate de práticas de gestão de pessoas que contribuam para o fortalecimento e a sustentabilidade dos trabalhadores e das organizações para além dos muros organizacionais.

REFERÊNCIAS

AMORIM, W. A. C. et al. As intrincadas relações sistêmicas entre mercado de trabalho, relações de trabalho e gestão de recursos humanos em contexto pandêmico. **Revista de Administração de Empresas**, v. 63, n. 1, p. 1-19, 2023. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020230103>

ARCHAMBAULT, É.; CAMPBELL, D.; GINGRAS, Y.; LARIVIÈRE, V. Comparing Bibliometric Statistics Obtained from the Web of Science and Scopus. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, v. 60, n. 7, p. 1320-1326, 2009. <https://doi.org/10.1002/asi.21062>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BAVEL, J.J.V.; BAICKER, K.; BOGGIO, P.S. et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. **Nature Human Behaviour**, v. 4, p. 460–471, 2020. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>

BERSIN, J. COVID-19: The Pulse of HR – What is HR doing now? **Josh Bersin Blog**, 2020. Disponível em: <https://joshbersin.com/2020/04/covid-19-the-pulse-of-hr-what-is-hr-doing-now/>. Acesso em 08 jan. 2022.

BIANCONI, G. et al. Pesquisa Sem parar: o trabalho e a vida de mulheres na pandemia. **Gênero e Número e SOF Sempre Viva Organização Feminista**, p. 1-54, 2020. Disponível em: <http://mulheresnapanademia.sof.org.br/efeitos-pandemia-mulheres-trabalhadoras/>. Acesso em 15 fev. 2021.

BRAGA, B. M.; KUBO, E. K. M.; OLIVA, E. Dilemas Éticos Enfrentados por Profissionais de Recursos Humanos: explorando cursos de ação. **Revista de Administração Contemporânea** [online], v. 21, n. 6, art. 5, pp. 832-850, 2017. <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2017160368>

CALIGIURI, P.; DE CIERI, H.; MINBAEVA, D.; VERBEKE, A.; ZIMMERMANN, A. International HRM insights for navigating the COVID-19 pandemic: Implications for future research and practice. **Journal of International Business Studies**, vol. 51, p. 697-713, 2020. <https://doi.org/10.1057/s41267-020-00335-9>

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>

CARNEVALE, J. B; HATAK, I. Employee adjustment and well-being in the era of COVID-19: Implications for human resource management. **Journal of Business Research**, v. 116, p. 183-187, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.05.037>

CHOE, K.; KANG, Y.; PARK, Y. R. Moral distress in critical care nurses: a phenomenological study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 71, n. 7, p. 1684- 1693, 2015. <https://doi.org/10.1111/jan.12638>

COOKE, F.L.; BARTRAM, T. Guest editors' introduction: Human Resource Management in health care and elderly care: Current challenges and toward a research agenda. **Human Resource Management**, v. 54, n. 5, p. 711-735, 2015. <https://doi.org/10.1002/hrm.21742>

COPELAND, D. Moral Ecology in Nursing: A Pluralistic Approach. **SAGE Open Nursing**, 2019. <https://doi.org/10.1177/2377960819833899>

DEAN, W.; TALBOT, S. G.; CAPLAN, A. Clarifying the language of clinician distress. **JAMA**, v. 323, n. 10, p. 923–924, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.21576>

DUNHAM, A. M.; RIEDER, T. N.; HUMBYRD, C. J. A Bioethical Perspective for Navigating Moral Dilemmas Amidst the CworkplaceCOVID-19 Pandemic. **The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons**, v. 28, n. 11, p. 471-476, 2020. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-20-00371>

ELLIOTT, B. Military nurses' experiences returning from war. **Journal of Advanced Nursing**, v.71, n. 5, p. 1066-1075, 2015. <https://doi.org/10.1111/jan.12588>

FIA; CIA DE TALENTOS; XTRATEGIE. **Pesquisa Gestão de Pessoas na Crise da COVID-19: Relatório final**. 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/2020/11/Pesquisa-Gest%C3%A3o-de-Pessoas-na-Crise-de-Covid-19-ITA.pdf>. Acesso em 08 jan. 2022.

GANDRA, E. C. et al. Enfermagem brasileira e a pandemia de COVID-19: desigualdades em evidência. **Escola Anna Nery** [online], v. 25, n. spe, p. 1-7, 2021. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0058>.

GANZ, F. D.; WAGNER, N.; TOREN, O. Nurse middle manager ethical dilemmas and moral distress. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 1, p. 43-51, 2015. <https://doi.org/10.1177/0969733013515490>

GEMELLI, C. E.; MENDONÇA FRAGA, A.; AMARAL PRESTES, V. Produção Científica em Relações de Trabalho e Gestão de Pessoas (2000/2017). **Contextus – Revista Contemporânea de Economia e Gestão**, v. 17, n. 2, p. 222-248, 16 ago. 2019. <https://doi.org/10.19094/contextus.v17i2.41214>

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

GONI-FUSTE, B. et al. Experiences and needs of nursing students during pandemic outbreaks: A systematic overview of the literature. **Journal of Professional Nursing**, v. 37, n. 1, p. 53-64, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.12.004>

- HAAHR, A.; NORLYK, A.; MARTINSEN, B.; DREYER, P. Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. **Nursing Ethics**, v. 27, n. 1, p. 258-272, 2020. <https://doi.org/10.1177/0969733019832941>
- HAALAND, G. H.; OLSEN, E; MIKKELSEN, A. The association between supervisor support and ethical dilemmas on Nurses' intention to leave: The mediating role of the meaning of work. **Journal of Nursing Management**, v. 29, n. 2, p. 286-293, 2020. <https://doi.org/10.1111/jonm.13153>
- HÄLLGREN, M.; ROULEAU, L.; DE ROND, M. A. Matter of Life or Death: How Extreme Context Research Matters for Management and Organization Studies. **Academy of Management Annals**, v. 12, n. 1, p. 111–153, 2018. <https://doi.org/10.5465/annals.2016.0017>
- HAMOUCHE, S. COVID-19 and employees' mental health: Stressors, moderators and agenda for organizational actions. **Emerald Open Research**, v. 2, n. 15, 2020. <https://doi.org/10.35241/emeraldopenres.13550.1>
- HAMOUCHE, S. Human Resource Management and the COVID-19 crisis: implications, challenges, opportunities, and future organizational directions. **Journal of Management & Organization**, p. 1-16, 2021. <https://doi.org/10.1017/jmo.2021.15>
- HANNAH, S.T.; UHL-BIEN, M.; AVOLIO, B.; CAVARRETTA, F.L. A framework for examining leadership in extreme contexts. **The Leadership Quarterly**, v. 20, 897–919, 2009. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2009.09.006>
- HAYS, K. E.; PREPAS, R. The Professionalization of International Disaster Response: It Is Time for Midwives to Get Ready. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 60, n. 4, p. 348–359, 2015. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12339>
- HECKER, S. Hazard pay for COVID-19? Yes, but it's not a substitute for a living wage and enforceable worker protections. **New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy**, v. 30, n. 2, p. 95–101, 2020. <https://doi.org/10.1177/1048291120933814>
- HOPIA, H.; LOTTES, I.; KANNE, M. Ethical concerns and dilemmas of Finnish and Dutch health professionals. **Nursing Ethics**, v. 23, n. 6, p. 659-673, 2016. <https://doi.org/10.1177/0969733015579311>
- ITO, C.; NATSUME, M. Ethical dilemmas facing chief nurses in Japan: A Pilot study. **Nursing Ethics**, v. 23, n. 4, p. 432-441, 2016. <https://doi.org/10.1177/0969733015574923>
- JONES, T. M. Ethical decision-making by individuals in organizations: An issue-contingent model. **Academy of Management Review**, v. 16, n. 2. P. 366–395, 1991. <https://doi.org/10.2307/258867>
- KIDDER, R. M. **Como tomar decisões difíceis: muitas vezes na vida você precisa escolher entre o certo e o certo**. São Paulo: Editora Gente, 2007.

KIM, K.; HAN, Y.; KIM, J. Korean nurses' ethical dilemmas, professional values and professional quality of life. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 4, p. 467-478, 2015. <https://doi.org/10.1177/0969733014538892>

KOIRALA, J.; ACHARYA, S. Dimensions of Human Resource Management Evolved with the Outbreak of COVID-19. **SSRN**, 2020. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3584092>

LANCASTER, R. J.; SCHMITT, C.; DEBISH, M. A qualitative examination of graduating nurses' response to the COVID-19 pandemic. **Nursing Ethics**, v. 28, n. 7-8, p. 1337-1347, 2021. <https://doi.org/10.1177/0969733021999772>

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (orgs.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina: Eduel, 2003. p.11-25.

MAZZA, M. et al. Moral Decision-Making, Stress, and Social Cognition in Frontline Workers vs. Population Groups during the COVID-19 Pandemic: An Explorative Study. **Frontiers in Psychology**, v. 11, p. 1-17, 2020. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.588159>

MCCARTHY, J.; DEADY, R. Moral Distress Reconsidered. **Nursing Ethics**, v. 15, n. 2, p. 254–262, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0969733007086023>

MILJETEIG, I. et al. Priority-setting dilemmas, moral distress and support experienced by nurses and physicians in the early phase of the COVID-19 pandemic in Norway. **Nursing Ethics**, v. 28, n. 1, p. 66-81, 2021. <https://doi.org/10.1177/0969733020981748>

MILLIKEN, A. Nurse ethical sensitivity: An integrative review. **Nursing Ethics**, v. 25, n. 3, p. 278-303, 2018. <https://doi.org/10.1177/0969733016646155>

MINAYO, M. C. S. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Painel Coronavírus**. 2024. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 01 out. 2024.

MOGHADDAM-TABRIZI, F.; SODEIFY, R. Lived Experiences of Nurses in the Care of Patients with COVID-19: A Study of Hermeneutic Phenomenology. **Iranian journal of nursing and midwifery research**, v. 26, n. 6, p. 537-543, 2021. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_319_20

MOHER, D. et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, p. 1-6, 2009. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

MOURA, E. C.; FURTADO, L.; SOBRAL, F. The burnout epidemic during the COVID-19 pandemic: the role of LMX in alleviating physicians' burnout. **Revista de Administração de Empresas** [online], v. 60, n. 6, p. 426-436, 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-759020200606>

OH, Y.; GASTMANS, C. Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 1, p. 15–31, 2015. <https://doi.org/10.1177/0969733013502803>

OLSEN, E.; BJAALID, G.; MIKKELSEN, A. Work climate and the mediating role of workplace bullying related to job performance, job satisfaction, and work ability: A study among hospital nurses. **Journal of Advanced Nursing**, v. 73, n. 11, p. 2709-2719, 2017. <https://doi.org/10.1111/jan.13337>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Histórico da pandemia de COVID-19**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 17 nov. 2021.

PAJAKOSKI, E.; RANNIKKO, S.; LEINO-KILPI, H.; NUMMINEN, O. Moral courage in nursing – An integrative literature review. **Nursing & Health Sciences**, v. 23, n. 3, p. 570-585, 2021. <https://doi.org/10.1111/nhs.12805>

PALMIOTTI, G. P. et al. Framing the outcome of moral dilemmas: effects of emotional information. **Ethics & Behaviour**, v. 30, p. 213–229, 2019. <https://doi.org/10.1080/10508422.2019.1607348>

PANT, J.; PANT; M. K.; NAITHANI, M. Contribution and dilemmas of medical undergraduate students in combating disease outbreaks: COVID 19 and previous outbreaks. **Advances in medical education and practice**, v. 11, p. 661–667, 2020. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S265558>

PEDUZZI, Marina. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p.75-91, 2003. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462003000100007>

PRESTI, M. J.; MENDES, D. C. What was the COVID-19 pandemic's impact on Human Resource Management and work? an integrative literature review. **Revista de Administração de Empresas**, v. 63, n. 6, p. e2022–0483, 2023. <https://doi.org/10.1590/S0034-759020230604x>

RASMUSSEN, A.; DAMBRINO, K. Is There an Ethical Mandate to Practice Without Proper Personal Protective Equipment? **Journal of hospice and palliative nursing**, v. 23, n. 2, p. 114–119, 2021. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000723>

RATHERT, C.; MAY, D. R.; CHUNG, H. S. Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. **International Journal of Nursing Studies**, v. 53, p. 39-49, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.007>

ROULEAU, L.; HÄLLGREN, M.; DE ROND, M. COVID-19 and our understanding of Risk, Emergencies, and Crises. **Journal of Management Studies**, v. 58, n. 1, p. 245-248, 2020. <https://doi.org/10.1111/joms.12649>

SACCOL, A. Z. Um retorno ao básico: compreendendo os paradigmas de pesquisa e sua aplicação na pesquisa em administração. **Revista de Administração da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 250–269, 2009. <https://doi.org/10.5902/198346591555>

SANTOS, L. S. **A ética da gestão pública à luz da abordagem da racionalidade: os dilemas morais vivenciados na gestão de riscos e desastres em Santa Catarina**. (Tese de Doutorado). Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2019.

SANTOS, L. S. Dilemas morais da gestão pública brasileira no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 909-922, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200219>

SANTOS L. S.; LEAL, F.; BÚRIGO, C. C. D. Dilemas morais e decisões éticas em tempos de pandemia da COVID-19: Desafios da área de desenvolvimento e gestão de pessoas de uma universidade pública brasileira. **Teoria e Prática em Administração**, v. 12, n. 1, 2021. <http://dx.doi.org/10.22478/ufpb.2238-104X.2022v12n1.61402>

SASTRE, C. F. S. **Flexibilização e reforma trabalhista: histórias de vida de trabalhadores da enfermagem**. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil, 2019.

SCOTT, M.; BOVE, L. A. Nursing Leadership Role Development: Preparing to Lead Through Ethical Conundrums. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, v. 52, n. 1, 2020. <https://doi.org/10.3928/00220124-20201215-04>

SINNOTT-ARMSTRONG, W. Moral realisms and moral dilemmas. **The Journal of Philosophy**, v. 84, n. 5, p. 263–276, 1987. <https://doi.org/10.2307/2026753>

SPERLING, D. Ethical dilemmas, perceived risk, and motivation among nurses during the COVID-19 pandemic. **Nursing Ethics**, v. 28, n. 1, p. 9-22, 2021a. <https://doi.org/10.1177/0969733020956376>

SPERLING, D. Nurses' challenges, concerns, and unfair requirements during the COVID-19 outbreak. **Nursing Ethics**, v. 28, n. 7–8, p. 1096-1110, 2021b. <https://doi.org/10.1177/09697330211005175>

TASSO, A.; SARLO, M.; LOTTO, L. Emotions associated with counterfactual comparisons drive decision-making in Footbridge-type moral dilemmas. **Motivation and Emotion**, v. 41, n. 3, p. 410–418, 2017. <https://doi.org/10.1007/s11031-017-9607-9>

TEIXEIRA, C. F. S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**. [online], v. 25, n. 9 p. 3465-3474, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em 17 nov. 2021.

THE ECONOMIST. **The coronavirus crisis thrusts corporate HR chiefs into the spotlight.** Mar 24th 2020. Disponível em: <https://www.economist.com/business/2020/03/24/the-coronavirus-crisis-thrusts-corporate-hr-chiefs-into-the-spotlight>. Acesso em 18 dez. 2021.

TOMÉ, T. L. **Os Dilemas Éticos dos Profissionais de Recursos Humanos.** (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal, Portugal, 2013.

UNAFISCO SAÚDE. **Isolamento x distanciamento social: entenda a diferença.** 2020. Disponível em: <https://unafiscosaude.org.br/site/isolamento-x-distanciamento-social-entenda-a-diferenca/>. Acesso em: 17 nov. 2021.

VAN RENSBURG, A. J.; VAN RENSBURG, D. J. Nurses, industrial action, and ethics: Considerations from the 2010 South African public-sector strike. **Nursing Ethics**, v. 20, n. 7, p. 819-837, 2013. <https://doi.org/10.1177/0969733012473771>

WLODARCZYK, D.; LAZAREWICZ, M. Frequency and burden with ethical conflicts and burnout in nurses. **Nursing Ethics**, v. 18, n. 6, p. 847-861, 2011. <https://doi.org/10.1177/0969733011408053>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Critical preparedness, readiness, and response actions for COVID-19: Interim guidance.** 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>. Acesso em 18 dez. 2021.

YILDIZ, E. Ethics in nursing: A systematic review of the framework of evidence perspective. **Nursing Ethics**, v. 26, n. 4, p. 1128-1148, 2019. <https://doi.org/10.1177/0969733017734412>

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 5ª ed. Porto Alegre, Bookman, 2015.

ZHU, J.; STONE, T.; PETRINI, M. The ethics of refusing to care for patients during the coronavirus pandemic: A Chinese perspective. **Nursing Inquiry**, v. 28, n. 1, 2020. <https://doi.org/10.1111/nin.12380>

ZOUEV, A. COVID-19 Responses, COVID and the Rule of Law: A dangerous Balancing Act. **United Nations.** 2020. Disponível em: <https://www.un.org/en/coronavirus/covid-and-rule-law-dangerous-balancing-act>. Acesso em 17 nov. 2021.

APÊNDICE A - CARTA-CONVITE

Prezado(a) Sr.(a),

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo intitulado GESTÃO DE PESSOAS NA ÁREA DA SAÚDE EM CONTEXTOS EXTREMOS: NOVOS DESAFIOS SOB O CENÁRIO DA PANDEMIA COVID-19, o qual integra a pesquisa de Tese desenvolvida pela acadêmica Cristiane Fraga da Silveira Sastre, doutoranda em Administração na linha de pesquisa de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho, no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS), sob orientação da professora Dra. Andrea Poletto Oltramari.

O objetivo deste estudo é compreender em que medida contextos extremos implicam novos desafios à gestão de pessoas na área da saúde, sob a perspectiva de diferentes atores que compõem este contexto (profissionais da área de gestão de pessoas, gestores de pessoas e trabalhadores da saúde). Para tanto, propõe a realização de uma pesquisa de natureza qualitativa que utiliza como delineamento o método de estudo de caso na instituição IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, através da realização de entrevistas individuais semiestruturadas e da análise de documentos institucionais.

A entrevista com cada participante será realizada em um encontro único com duração estimada de uma a duas horas, mas poderá ser complementada com um encontro adicional, caso haja necessidade e comum acordo entre a pesquisadora e o respectivo participante.

Visando assegurar a fidedignidade de seu conteúdo a entrevista será gravada em áudio e posteriormente transcrita, garantindo-se a preservação da identidade de cada participante e todos os aspectos éticos relacionados à sua participação.

É importante ressaltar que o presente estudo foi submetido previamente à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE e ratifica-se neste documento o compromisso da pesquisadora com o caráter ético e confidencial da pesquisa. Ressalta-se também que a participação na pesquisa é voluntária e que não haverá custos relacionados à sua participação da pesquisa, assim como também não haverá compensação financeira por sua participação.

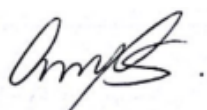
Caso aceite o convite para participação voluntária no estudo, sua ciência e concordância deverá ser formalizada por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, o qual deverá ser previamente lido e assinado por cada participante.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição para sua participação e que lhe é garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

Os resultados globais da pesquisa serão publicados posteriormente na Tese de Doutorado da referida acadêmica, assim como em outros trabalhos científicos, derivados desta pesquisa, mediante o compromisso de não identificação pessoal dos participantes em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

Agradecemos vossa compreensão e colaboração no processo de desenvolvimento do conhecimento científico relacionado ao campo de estudo da Gestão de Pessoas na área da saúde.

Atenciosamente,



Me. Cristiane Fraga da Silveira Sastre



Profa. Dra. Andrea Poletto Oltramari

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: GESTÃO DE PESSOAS NA ÁREA DA SAÚDE EM CONTEXTOS EXTREMOS: NOVOS DESAFIOS SOB O CENÁRIO DA PANDEMIA COVID-19

Versão 1 TCLE: 20 de março de 2023

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo intitulado “GESTÃO DE PESSOAS NA ÁREA DA SAÚDE EM CONTEXTOS EXTREMOS: NOVOS DESAFIOS SOB O CENÁRIO DA PANDEMIA COVID-19”, que tem por objetivo compreender em que medida contextos extremos implicam novos desafios à gestão de pessoas na área da saúde.

A relevância deste estudo consiste em sua potencial contribuição para ampliação do conhecimento teórico-empírico referente aos desafios da gestão de pessoas na área da saúde em contextos extremos, sob a perspectiva dos diferentes atores que compõem este contexto, bem como contribuir para a ampliação da pesquisa nacional em contextos extremos, considerando o potencial de desenvolvimento de novas publicações teórico-empíricas relacionadas ao contexto brasileiro.

O estudo é desenvolvido pela pesquisadora Cristiane Fraga da Silveira Sastre, acadêmica do curso de Doutorado em Administração, na área de concentração Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho, do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, sob orientação da Prof. Dra. Andrea Poletto Oltramari

Este documento, chamado Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explica tudo sobre o estudo e solicita a sua permissão para que as informações sejam publicadas em meios científicos. Sua participação é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Você tem plena liberdade para recusar a sua participação no estudo ou para retirar o seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

O estudo consiste na realização de uma pesquisa de natureza qualitativa, que utiliza como base o método do estudo de caso. Se você aceitar participar do estudo, os procedimentos envolvidos em sua participação são o fornecimento de respostas durante a realização de entrevista individual semiestruturada, em formato presencial, preferencialmente nas dependências da ISCMPA, em local reservado e sem interferência institucional. A entrevista será realizada em um encontro único com duração estimada de uma a duas horas, mas poderá ser complementada com um encontro adicional, caso haja necessidade e comum acordo entre você e a pesquisadora. Cada entrevista será gravada em áudio e posteriormente transcrita, a fim de assegurar a análise fidedigna de seu conteúdo.

Nesse estudo, você será convidado a conversar sobre algumas questões apresentadas pela pesquisadora referentes ao tema do estudo, tendo liberdade para expressar suas opiniões e a destacar fatos que não tenham sido expressamente questionados pela pesquisadora. É possível, deste modo, que haja desconforto ou risco à ideia de exposição de sua vida pessoal e profissional, contudo, a pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais e acadêmicos de absoluto sigilo e lhe garante assistência imediata, integral e sem ônus de qualquer espécie, em qualquer situação de suporte que você necessite ao responder à entrevista e também a qualquer tempo, após a sua realização.

Não há custos relacionados à sua participação da pesquisa, assim como também não haverá compensação financeira por sua participação. Todavia, caso venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no TCLE, lhe é garantido o direito à indenização, sob responsabilidade da pesquisadora.

Embora esta pesquisa possa não lhe trazer nenhum benefício direto, sua colaboração poderá contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico relacionado ao campo de estudo da Gestão de Pessoas na área da saúde e beneficiar perspectivas de intervenções futuras.

Os resultados globais da pesquisa serão publicados posteriormente como uma Tese de Doutorado e em outras publicações científicas, ressaltando-se que seu anonimato está assegurado

em todas as etapas da pesquisa. Os resultados apresentados nas publicações científicas não revelarão, sob nenhuma hipótese, seu nome ou qualquer informação relacionada à sua privacidade e dos demais participantes.

Todos os procedimentos deste estudo serão conduzidos de forma a garantir o seu direito à privacidade e a proteção da confidencialidade dos seus dados. Para proteger a sua identidade e as informações relacionadas às suas respostas, se manterá o caráter confidencial das informações registradas, sendo que as informações obtidas através das entrevistas serão arquivadas sem identificação pessoal junto ao banco de dados da pesquisadora responsável e de sua professora orientadora pelo período de cinco anos e depois deste prazo serão destruídas, sob o compromisso ético-científico das mesmas.

Se você tiver dúvidas sobre este estudo, pode entrar em contato com a pesquisadora responsável Cristiane Fraga da Silveira Sastre, através do telefone (51) 99758-4163 ou e-mail cris.fsilveirasastre@gmail.com.

Caso haja alguma dúvida sobre seus direitos como participante de pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, localizado na Av. Osvaldo Aranha, nº 80, sala 17 - Centro Administrativo da Santa Casa, 2º andar - Bairro Centro Histórico, Porto Alegre/RS, (51) 3214 8571, cep@santacasa.tche.br, de segunda a sexta das 9h às 12h e das 13:30h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias de igual teor e forma, sendo uma via sua e outra via da pesquisadora responsável.

Declaração de Consentimento

Eu _____ declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo em participar voluntariamente do estudo intitulado GESTÃO DE PESSOAS NA ÁREA DA SAÚDE EM CONTEXTOS EXTREMOS: NOVOS DESAFIOS SOB O CENÁRIO DA PANDEMIA COVID-19, rubrico em todas as páginas e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma delas em minha posse.

Nome do participante de pesquisa: _____

Assinatura do participante de pesquisa: _____

Data: ____/____/____

Eu, Cristiane Fraga da Silveira Sastre, declaro que expliquei os objetivos do estudo e os procedimentos ao participante de pesquisa indicado acima, respondi todas as perguntas realizadas e obtive o seu consentimento voluntário de participação. Confirmando e declaro que cumprirei as exigências contidas Resolução nº 466 de 2012 MS.

Pesquisadora responsável: Cristiane Fraga da Silveira Sastre

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Código do respondente: _____ **Tempo de atuação na instituição:** _____ anos

Escopo de atuação: _____

() Profissional da área de gestão de pessoas () Gestor de pessoas

Data: ____/____/____ **Horário de início:** ____:____ **Horário de término:** ____:____

Questões básicas	Pontos de atenção
Como vivenciou e tem vivenciado a pandemia COVID-19 em seu trabalho?	Esfera pessoal; Esfera profissional; Âmbito individual; Âmbito coletivo; Saúde física; Saúde mental; Sentimentos relacionados.
Como percebe que a organização vivenciou e tem vivenciado a pandemia COVID-19?	Principais movimentos relacionados; Pontos positivos; Pontos críticos;
Como percebe a gestão de pessoas no cenário pré e trans pandemia?	Acompanhou movimentos do cenário interno e externo? Observou mudanças? Nível de atendimento às expectativas; Exemplos.
Quais foram as tomadas de decisão relacionadas à gestão de pessoas mais importantes que vivenciou em decorrência da pandemia, relacionadas ao seu trabalho?	Por que considerou importante a tomada de decisão nesta situação? Qual é o impacto desta decisão em seu contexto atual? E em qual esfera percebeu o impacto? Exemplos.
O que considera como maior(es) desafio(s) da gestão de pessoas neste contexto?	Em qual esfera? Prioridades; Nível de atendimento às expectativas e necessidades; Contribuições; Exemplos.
Considerações gerais relacionadas à gestão de pessoas na área da saúde e na organização	