

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

**PARTICIPAÇÃO E CULTURA: UM OLHAR
SOBRE O HOSPITAL INFANTIL
JOANA DE GUSMÃO**

MARLENE MOREIRA MACHADO

*Defendida em:
29/04/02*


Prof.^ª Krystyna Matys Costa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS

2002

MARLENE MOREIRA MACHADO

**PARTICIPAÇÃO E CULTURA: UM OLHAR
SOBRE O HOSPITAL INFANTIL
JOANA DE GUSMÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Rosana Carvalho Martinelli Freitas.

Florianópolis, abril de 2002.

BANCA EXAMINADORA

Rosana Freitas de Carvalho Martinelli
Presidente da Banca

Dr José Humberto Barbato Filho
1º Examinador

Dirce Maria Martinello
2º Examinador

Data de Aprovação: 29/04/2002.

Aluna: Marlene Moreira Machado

AGRADECIMENTOS

Neste momento quero manifestar o sentimento de gratidão a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma, para que este trabalho pudesse ser concretizado.

A Jesus que me fez perceber que era capaz de conquistar sonhos.

Ao meu esposo Sonimar, pelo incentivo nas horas difíceis e compreensão durante as ausências.

À minha amada filha Victória que tantas vezes ficou sem o meu colo, mas que mesmo assim sempre me concedeu o seu lindo sorriso.

Aos meus pais Jovelino e Zaida pela confiança e carinho que sempre me dedicaram.

À professora Rosana Martinelli pela orientação e compreensão a cada encontro.

À Assistente Dirce Maria Martinello do HIJG, pela colaboração e orientação no decorrer deste trabalho, mestra no ensino e na prática diária.

Ao diretor do HIJG pela contribuição na pesquisa.

Aos meus professores pela transmissão dos seus saberes, que embasaram os conteúdos necessários a este tema.

Às minhas colegas Carla, Cristiane, Giovana e Graziela, pelo apoio e companheirismo nesta jornada.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	iv
LISTA DE SIGLAS.....	v
1 INTRODUÇÃO.....	06
2 O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	09
2.1 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	09
2.2 A INSERÇÃO DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE	12
2.3 A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR.....	21
2.4 POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO HIJG.....	29
3 A CULTURA.....	36
3.1 ORIGEM E CONCEITO DE CULTURA.....	36
3.2 A CULTURA NAS ORGANIZAÇÕES.....	43
3.3 COMPONENTES DA CULTURA ORGANIZACIONAL DO HIJG.....	48
4 A PARTICIPAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DO HIJG NOS PROJETOS SOCIAIS.....	57
4.1 METODOLOGIA DE PESQUISA.....	57
4.2 A PARTICIPAÇÃO.....	59
4.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES.....	80
FONTES BIBLIOGRÁFICAS.....	84
BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA.....	87
ANEXOS.....	88

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Grau de escolaridade dos pesquisados

TABELA 2 – Data de ingresso no HIJG

TABELA 3 – Valores dos funcionários

TABELA 4 – Valorização do trabalho.

TABELA 5 – Valores da qualidade de vida e de trabalho.

TABELA 6 – Atividades de interesse.

TABELA 7 – Motivos da não participação Projeto Preventivo de Câncer Ginecológico

TABELA 8 – Motivos da não participação Projeto de Lazer

TABELA 9 – Motivos da não participação Projeto de Capacitação

TABELA 10 – Motivos da não participação – Projeto Funcionário Destaque.

TABELA 11 – *Percepção sobre os Projetos.*

TABELA 12 – Participação nos Projetos – Motivação

TABELA 13 – Sentimentos em relação à participação.

TABELA 14 – Sentimentos em relação à não participação

LISTA DE SIGLAS

- Cepon – Centro de Pesquisas Oncológicas.
- CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas.
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.
- HIJG – Hospital Infantil Joana de Gusmão
- HIV- vírus ,AIDS- Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
- INCA – Instituto do Câncer.
- LOAS – Lei orgânica de Assistência Social.
- NOB- Norma Operacional Básica.
- RFCC – Rede Feminina de Combate ao Câncer.
- SES – Secretaria Estadual de Saúde
- SGAPOS – Sub Gerência de Assuntos Comunitários e Preventivos.
- SUS – Sistema Único de Saúde.
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

1 INTRODUÇÃO

Esta monografia foi elaborada a partir da experiência de estágio no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), na área de Recursos Humanos mais especificamente na SGAPOS (Sub-Gerência de Apoio e Orientação ao Servidor). O HIJG é um órgão da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina, vinculado ao SUS (Sistema Único de saúde). Em seu quadro funcional o HIJG conta com um total de 800 funcionários, sendo alguns concursados, outros celetistas (contratados conforme a CLT) e ainda existem os funcionários terceirizados aqueles que pertencem a empresas contratadas pelo hospital.

Durante o estágio foram desenvolvidos projetos relativos a saúde do trabalhador, mais especificamente com relação à prevenção de câncer ginecológico (útero e mamas).

No decorrer da realização deste Projeto constatou-se que a participação dos funcionários nas atividades desenvolvidas não era significativa, considerando o número de funcionários que o Hospital possui.

Tendo em vista os objetivos do Projeto de Prevenção ao Câncer Ginecológico (útero e mamas) inicialmente, foi realizada uma pesquisa e para tal fez-se uso do questionário visando saber as necessidades das funcionárias com relação a sua saúde. Num total de 471 questionários respondidos, 161 mulheres manifestaram interesse em realizar consultas para fazer o exame preventivo e 270 manifestaram desejo de obter mais informações com relação à prevenção do câncer de mamas.

Após vários contatos e ações, firmou-se parceria com o Posto de Saúde do bairro Saco dos Limões para que fossem feitas as consultas para a realização do exame preventivo. Salientamos que todo o processo como marcação, transporte, busca de resultados foi feita através do hospital e estagiárias de Serviço Social.

Entre as atividades previstas no Projeto estava a realização de palestra a respeito da prevenção de câncer ginecológico e quando esta foi realizada constatou-se que apenas 10% das funcionárias que inicialmente manifestaram necessidade de informações sobre o assunto participaram do evento, identificamos ainda que o número de beneficiadas com este projeto

foi pouco significativo se considerarmos a participação destas funcionárias em outros Projetos tendo como exemplo o de lazer.

Assim sentiu-se a necessidade de fazer um estudo que abrangesse a problemática em questão e, assim, traçar alternativas de estratégias que pudessem possibilitar uma maior participação nos projetos desenvolvidos pelo Hospital.

O tema central deste trabalho é a questão da participação dos funcionários nos projetos sociais (saúde, lazer, capacitação e funcionário destaque) desenvolvidos pelo Hospital no segundo semestre de 2000 até o primeiro semestre de 2001, mais especificamente abordar o que leva a participação ou não participação nas atividades propostas tomando como parâmetros os projetos citados acima. Para realizar esta análise foi necessário a construção dos relatórios destes Projetos. Assim foram feitos contatos com os responsáveis pelos projetos e também pesquisado material existente a respeito destes. Este trabalho foi desenvolvido no período de agosto de 2001 a abril de 2002.

A pesquisa foi realizada junto aos funcionários do HIJG, sendo que obtivemos a participação de funcionários dos setores e procurou abordar todas as categorias de funcionários que o hospital possui. Assim foram realizadas entrevistas com o mesmo número de funcionários estatutários, celetistas, terceirizados e também aqueles que possuem duplo emprego, perfazendo um total de 20 entrevistas, sendo 4 delas com cada grupo de trabalhador citado acima.

O presente trabalho contém três capítulos: o primeiro apresenta uma explanação sobre a política de saúde pública do Brasil, a inserção do HIJG nesta política e a questão da saúde do trabalhador no âmbito estadual até a política de saúde do trabalhador do HIJG. Neste capítulo foi primordial entender a política de saúde pública hoje existente, pois esta fornece subsídios para uma compreensão mais clara do atual quadro dos Hospitais e por conseguinte dos trabalhadores destes Hospitais.

O segundo capítulo aborda a cultura, a cultura organizacional, e seus componentes, percebendo sua importância na análise da participação, procurando assim subsidiar a discussão para o terceiro capítulo; que aborda o tema central, ou seja, a participação nos projetos desenvolvidos.

No terceiro capítulo primeiramente aborda-se a metodologia de pesquisa utilizada, a questão da participação enquanto categoria teórica, a participação dos funcionários nos projetos, ou seja, como se manifestam com relação a participação e também como a direção percebe este fato. Também de essencial importância a questão dos valores e crenças

segundo dados da pesquisa. Nesta etapa a realização das entrevistas foi fundamental para a análise da percepção dos sujeitos no processo.

Neste capítulo foi realizada a análise do tema central, ou seja, a participação sob o olhar da cultura, neste enfoque as entrevistas foram fundamentais para se perceber a questão da participação, suas implicações, suas manifestações e a sua relação com a questão cultural. A fala dos sujeitos forneceu subsídios para um aprofundamento da questão aliado a experiência de estágio na instituição e contando também com o embasamento teórico para a análise através de autores que abordam o tema, de forma a permitir um estudo que acreditamos estar trazendo contribuições para estudantes e profissionais que se interessam pela prática.

Ao final são realizadas algumas considerações e sugestões.

2 O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA

2.1 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

No final do período de 1946 a 1964 aumenta o debate sobre o papel do Estado na implantação de um efetivo sistema de saúde, que tem como expressão a III Conferência Nacional de Saúde no Brasil (Noronha,92,75). Esta conferência tem como proposta a municipalização da assistência à saúde no Brasil. Com o advento do Regime Militar a centralização torna-se obrigatório e impõe reformas de cunho institucional que afetam o modelo de saúde pública e medicina previdenciária. Estas mudanças orientaram um crescimento de atos médicos com construção de hospitais, serviços privados com aumento no número de egressos nas faculdades de medicina e odontologia. Este modelo de assistência médica é impulsionado com recursos públicos.

No entanto como já foi abordado anteriormente, como decorrência da centralização e concentração de poder, neste período houve a destruição da autonomia dos governos subnacionais levando a desmunicipalização dos serviços públicos, tanto na área da saúde como em outros setores. Assim os Estados passaram a atuar como agentes complementares sem nenhuma capacidade de iniciativa. Conforme Noronha (92, p.77): “A centralização e a concentração de poder institucional deram a tônica dessa síntese, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização sem precedentes na história do país”.

Na análise das políticas de saúde no Brasil as primeiras manifestações de centralização ocorre nas campanhas sanitárias, que eram organizadas para limpar as áreas urbanas das epidemias existentes. O ensino de saúde pública no Brasil vai estar subordinado a esta lógica até o início da década de 70. Nas políticas de assistência médica, o processo centralizador se manifesta na criação dos IAP's(Institutos de Aposentadoria e Pensões)

destinados aos grupos mais organizados de trabalhadores urbanos. Aos pobres e indigentes surge as Santas Casas, de cunho caritativo e filantrópico. Esta lógica expande-se pelo País e vai atuar como agente de resistência à descentralização dos anos 80.

Assim com a perda de sustentabilidade política do Regime Militar é que se inicia um projeto de saúde de cunho modernizante e ao mesmo tempo autoritário. Nesta ótica é que surge em 1978 o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), que consolida uma rede de representação administrativa em todos os Estados, centralizando suas ações. Conforme Noronha (1992) este processo aliado a emenda constitucional de 1969, ao clientelismo e corporativismo existente no Brasil, destruiu a capacidade de condução descentralizada das políticas sociais.

A década de 80 produziu transformações profundas no sistema de saúde brasileiro relacionadas à evolução político institucional do País que neste curto período vivenciou a crise e o fim do regime militar, a elaboração da constituição cidadã e as primeiras eleições para presidência da república em 30 anos.

As políticas de saúde traduziram durante toda a década esta dinâmica de evolução. Conforme colocado a seguir:

No primeiro quinquênio a consolidação dos processos institucionais e expansão da cobertura assistencial. No segundo quinquênio as políticas de saúde inauguram movimentos de descentralização política administrativa e universalização dos direitos de acesso aos serviços de saúde. (Noronha, 1992, p.65)

Os anos 80 inauguram sob a marca da crise financeira da Previdência Social, caracterizada pelo déficit operacional crescente em decorrência da adoção de políticas econômicas fortemente recessivas. Esta situação demonstra uma das principais contradições do sistema de saúde brasileiro, ao ampliar a cobertura de beneficiários de forma contínua, sem a criação de novas formas de financiamentos que assegurem o suporte financeiro para tal. Paralelo a isto intensificam-se os movimentos de críticas ao sistema de saúde vigente por parte dos movimentos populares emergentes.

Com o advento da Nova República, as estratégias das AIS (Ações Integradas de Saúde) ganham expressão no sentido de implementar um programa que se caracteriza pela universalização do acesso aos serviços, integralidade das ações e unificação dos serviços.

Em síntese a agenda democratizante do setor saúde sofreu longo processo de amadurecimento até explicitar-se na Constituição Federal de 1988 com as propostas universalizadas de seguridade social. O principal legado do movimento político administrativo da década de 80 para as políticas de saúde no Brasil é a consagração do direito

á saúde, dotando o SUS (Sistema Único de Saúde) de contornos institucionais nitidos principalmente no que diz respeito a cada nível do governo.

Conforme Noronha (1992) os anos 90 percorrem uma trajetória de agravamento da crise econômica e fiscal no País. Nas situações de crise perde os grupos com menor integração nos setores formalizados da economia. Cresce a oferta da chamada medicina alternativa de natureza privada e privadamente contratada por empregados e empregadores.

Até a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde era entendida enquanto ausência de doenças. Esta compreensão contribuiu para que o sistema fosse organizado para atender em primeiro lugar, a demanda das pessoas que estavam a procura de assistência médica curativa. A CF/88 formulou um novo conceito de saúde, conforme artigo 186:

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

Este novo significado de saúde, passa a exigir novas práticas dos serviços de saúde, porque ao ser ampliado, torna-se necessário uma mudança no modelo de gestão e nas formas de prestação de serviços, priorizando as ações orientadas à melhoria da qualidade de vida do cidadão e da sociedade.

Contudo a doutrina neoliberal ao impor-se como lógica do capitalismo contemporâneo reafirma a dissociação entre mercado e direitos, aprofunda a separação entre o econômico e o social, instaura as desregulamentações públicas e reitera a desigualdade e a diversificação total. Ao mesmo tempo busca eliminar o acesso universal a direitos através de práticas igualitárias, construindo uma forma despolitizada de lidar com o social. A lógica neoliberal em relação ao Estado é de redução do seu papel no que tange a questão social e ampliação da responsabilidade da sociedade civil. Conforme Yasbek:

As propostas neoliberais em relação ao papel do Estado no âmbito da questão social, são reducionistas, esvaziam e descaracterizam os mecanismos institucionalizados de proteção. Assim sendo, desestruturaram-se as políticas públicas e ganha força a defesa por alternativas privatistas... (Yasbek, 2001, p.14).

Os investimentos em políticas sociais vêm sendo drasticamente reduzidos na visão de Yasbek (2001). A política do banco Mundial reforça este pressuposto favorecendo o desmanche das políticas públicas como necessidade para o ajuste da dívida externa. O que se

percebe nos diferentes países neste processo é a privatização dos serviços públicos, o afastamento do Estado e o retorno à filantropia. O crescimento do voluntariado, as ações cidadãs, que chamam à população a encaixar-se na área social constituem-se em práticas isoladas, compensatórias que desvinculam o acesso aos serviços como direito e os caracterizam na lógica do favoritismo, perde-se assim o caráter universal. Estas políticas são seletivas e reducionistas.

Estas alternativas privatistas conforme Yasbek (2001) colocam em pauta a desuniversalização de serviços sociais e desmantela direitos já conquistados, colocando estes direitos no campo da solidariedade. O discurso hoje já não é tão presente em termos de direito e cidadania e sim em termos da filantropia e da responsabilidade cidadã, ou seja, a primeira evoca a ajuda sem observar os padrões de universalidade, é seletiva e restritiva ao atender apenas uma parcela muito ínfima da sociedade além de se constituir em ajuda e não em direitos; já a segunda convoca os cidadãos a colocarem seus talentos, habilidades em prol da sociedade realizando ações de solidariedade com determinados grupos. Enquanto o Estado se reduz ainda mais de sua responsabilidade social no investimento e implementação de políticas públicas que realmente atenda a necessidade da população de forma mais universal e igualitária.

Neste contexto onde a política pública de saúde hoje sofre com a recessão, com a contenção de investimentos de cunho social, padecendo ainda de características da administração pública conforme Campos (1997) que são o clientelismo, baixa produtividade, falta de iniciativa, e centralização de poder. O HI se insere no sistema de saúde pública em meio a esse quadro ora vivendo as conseqüências ora tentando supera-las.

2.2 A INSERÇÃO DO HIJG NA POLÍTICA DE SAÚDE

O Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), administrado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Santa Catarina, vinculado ao SUS, é referência no País para atendimento e tratamento de crianças de 0 a 15 anos em várias especialidades- cirurgia

pediátrica, pneumologia, gastrologia, genética e metabolismo, ortopedia, oncologia entre outras.

O HIJG possui uma missão “Ser um Centro de Referência Estadual na Assistência integral à saúde da criança e ao adolescente”, através de desenvolvimento de programas nas áreas preventiva, curativa e social, bem como ser um centro de referência na formação e capacitação de recursos humanos especializados na assistência à criança e adolescente em diferentes níveis de atuação, (conforme dados do Plano de Trabalho do Serviço Social Anexo 1). Assim apóia-se em alguns princípios básicos como:

- O respeito aos direitos humanos, com ênfase aos direitos da criança e do adolescente estabelecidos no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente);

- Atendimento ao cliente como uma unidade bio-psico-social, ou seja, abrangendo a pessoa enquanto ser com necessidades físicas, psicológicas e sociais;

- O reconhecimento profissional através de programas de valorização profissional;

- A manutenção da ética na conduta pessoal e profissional;

- A habilitação e capacitação na área técnica e humana;

Como Hospital de referência no Estado atende a clientela vinda da grande Florianópolis, do interior do Estado, utilizando os princípios do SUS que garante a assistência gratuita à saúde, atende também os usuários de outros convênios ou tratamento particular.

O HIJG possui 800 funcionários compostos por Médicos, Enfermeiras, Assistentes Sociais, Psicólogos, Técnicos de Enfermagem e Atendentes, Pedagogos, Odontólogos, Fonoaudiólogos, Técnicos Administrativos, auxiliar de serviços gerais etc.

Na sua estrutura física o HIJG conta com uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Geral e uma UTI neonatal, Centro Cirúrgico, Ambulatório Oncológico, Serviços de Emergência e Unidades de Internação. Além dos setores médicos existem os setores de apoio, que são: lavanderia, nutrição, administração, higienização, etc.

O HIJG conta com uma série de serviços que são oferecidos aos pacientes e familiares, atendendo assim ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Assim existe o setor de Pedagogia, Psicologia, Serviço Social e a Sub Gerência de Assuntos Comunitários e Preventivos.

O setor de Psicologia conforme contato com a supervisora do setor Karla Patitucci¹, procura oferecer compreensão psicológica do que acontece nas unidades onde atua e intervenção psicológica junto aos pacientes e acompanhantes. Estes problemas psicológicos

¹ Entrevista em outubro de 2001 no HIJG, com objetivo de obter dados com relação ao setor de psicologia. do HIJG.

atendidos são decorrentes da doença ou da hospitalização, considerando assim a história anterior e o contexto onde a pessoa vive. Os pacientes chegam ao setor de psicologia através das equipes nas unidades que indicam ou as estagiárias que estão presentes nos setores identificam. Os setores atendidos atualmente são Oncologia, a Quimioterapia, Hospital Dia, Isolamento, Queimados, UTI Geral e Neonatal. No setor de Ortopedia começou-se um trabalho recente e na unidade E, o atendimento acontece quando são solicitados pela equipe do setor. O trabalho não atinge todas as unidades e setores do Hospital, pois o número de profissionais é considerado inferior a demanda dos pacientes, conforme informação da psicóloga responsável. O setor de psicologia conta com 4 estagiárias curriculares sendo 2 bolsistas, 4 estagiárias extra- curriculares e uma psicóloga. Sendo que na unidade C existe uma psicóloga voluntária.

O setor de Serviço Social do HIJG (conforme plano de trabalho do Serviço Social Anexo 1), tem como objetivo intervir na relação entre comunidade, Instituição e Estado, respeitando os interesses e direitos dos usuários apoiando-se na questão saúde/doença.

A ação profissional se concretiza no planejamento e execução de políticas sociais específicas, através dos programas e projetos dirigidos à população atendida, norteados pelos princípios do Código de Ética do Serviço Social e tendo também por base o ECA.

Assim as atribuições do Serviço Social se concretizam ao nível da Assistência, Pesquisa e Ensino. A Assistência destina-se ao usuário através de ações educativas, assistenciais e de apoio emocional, através do atendimento no Serviço de Plantão, nas Unidades de Internação, no Ambulatório e em Projetos Especiais da Instituição. Para viabilizar o tratamento do paciente o Serviço Social concede benefícios concretos como:

- Alimentação, alojamento, medicamentos, transporte, passagens, roupas, doações diversas oriundas dos recursos do próprio hospital, do serviço público do Estado ou do voluntariado;

- Orienta e encaminha o usuário para os recursos e serviços sociais a que tem direito;

- Acompanha e realiza atendimento e orientação à família que apresenta problemas emocionais que estejam interferindo no processo de tratamento e recuperação da saúde do paciente.

Com relação a Pesquisa, o Serviço Social tem como objetivo participar de pesquisas na área de saúde que servem como embasamento para sua prática e intervenção na realidade social, e para o planejamento do serviço. Tem como proposta:

-Desenvolver em conjunto com outros profissionais, pesquisas que venham esclarecer aspectos sociais, econômicos, emocionais, da relação saúde/doença dos usuários;

-Contribuir para o desenvolvimento teórico do Serviço Social através da participação em encontros científicos, estudo em grupo e assessoria a outros profissionais;

-Organizar e manter documentação do atendimento realizado junto à clientela.

Na área de Ensino tem como meta contribuir diretamente na formação científica de estudantes de Serviço Social, através da supervisão de estágio, promover cursos, treinamentos destinados ao pessoal da área, visando a melhoria da capacitação profissional.

O setor de Serviço Social destinado a atender as crianças e adolescentes internados e familiares conta com 2 Assistentes Sociais, 2 auxiliares administrativas, e uma estagiária de Serviço Social. E se estrutura a partir das Unidades de Internação, Ambulatório, Serviço de Plantão e Projetos.

O Plantão atende toda a demanda espontânea e/ou encaminhada por outros profissionais e instituições, onde são encaminhados e orientados aos recursos apropriados. Este serviço conta com uma auxiliar administrativo e técnico orientados pela Assistente Social e tem como objetivo viabilizar o direito do paciente e acompanhante ao acesso a bens e serviços. Este serviço atende também a demanda encaminhada pela Emergência Externa, dando vazão às providências necessárias aos casos de alta hospitalar, na mobilização de recursos para transporte e outros auxílios.

No Ambulatório o Serviço Social atende a demanda dos usuários inseridos nos programas de Imuno Deficiência Adquirida (AIDS), Grupo Atendimento Multidisciplinar ao Mielodisplásico (GAMM), Oncologia e Alto Risco.

O programa atua numa equipe multidisciplinar numa perspectiva educativa, prestando apoio psico/social. Com objetivo de diminuir a ansiedade e garantir a continuidade do tratamento este programa trabalha individual e em grupo realizando também visitas domiciliares.

No ambulatório funciona ainda o Hospital Dia em HIV, cujo objetivo é realizar medicação no paciente, evitando internação prolongada. Este setor possui uma estrutura própria de funcionamento e requer ação conjunta da equipe multiprofissional composta de Médicos, Enfermeiros, Assistente Social, e Psicólogos. Nesta intervenção o Serviço Social desenvolve sua ação realizando a entrevista inicial do paciente, com o objetivo de interpretar para a equipe a problemática psico-social e acompanhar cada caso prestando apoio e concedendo benefícios sempre que necessário.

Nas Unidades de Internação devido a complexidade da demanda e do número reduzido de Assistentes Sociais (01) para este trabalho, as atividades foram priorizadas para as unidades C, Queimados, UTI, Oncologia e Berçário. Nestas unidades inicialmente é feito um levantamento da problemática social, interpretando os aspectos psicossociais e econômicos que estejam interferindo no tratamento e subsequente acompanhamento dos casos ou encaminha para outros profissionais da equipe. O Serviço Social nestas unidades realiza também atividades individuais ou em grupo com os pacientes procurando trabalhar as angústias e ansiedades da família, realiza esclarecimentos quanto a rotina do hospital, procedimentos específicos e direitos dos usuários, providencia encaminhamentos aos recursos comunitários e concede benefícios.

O Serviço Social participa de vários Projetos desenvolvidos pela Gerência psicossocial, tais como: Projeto de Imuno Deficiência Adquirida (AIDS), Projeto de Humanização e Projeto Família Acompanhante.

O Projeto do HIV surgiu em função da demanda e complexidade social acarretada pela doença e da necessidade de tratamento e cuidados com o paciente. Os preconceitos, a estigma, as interferências na relação familiar, requerem atuação multiprofissional que é realizado através do atendimento ambulatorial - Hospital Dia e nas unidades de internação com ações próprias do Serviço Social, conforme anteriormente mencionado.

O Projeto de Humanização foi criado com a perspectiva de oferecer maior bem ao usuário através da recreação, programações culturais, festivas e orientações educativas, amenizando angustias e medos causados pela internação e afastamento do lar.

O Projeto da Família Acompanhante tem por finalidade normatizar a presença do acompanhante, oportunizando sua participação mais ativa no processo de hospitalização através da discussão de direitos, deveres e da rotina hospitalar. O Serviço social junto com outros profissionais organiza e realiza intervenções grupais junto aos usuários participantes do projeto.

Assim o Serviço Social dentro de suas atribuições

1-Realiza diagnóstico sócio-econômico-cultural das famílias atendidas e informa este diagnóstico à equipe médica, a fim de favorecer uma visão ampla da realidade do usuário;

2-Realiza orientação a respeito do funcionamento das rotinas do HIJG oportunizando o acesso aos serviços oferecidos pela instituição;

3-Articula recursos, participa com equipe multidisciplinar em projetos e serviços com propostas preventivas, educativas e de pesquisa:

4-Articula recursos e encaminha o usuário aos recursos comunitários disponíveis, a fim de garantir a continuidade do tratamento;

5-Realiza o Serviço de Busca Ativa àqueles pacientes que abandonam o tratamento e que estão inseridos em Programas do Serviço Social;

6-Interage com o usuário e equipe de saúde facilitando a compreensão a respeito do diagnóstico, prognóstico e tratamento.

7-Realiza parcerias com o voluntariado angariando recursos financeiros para a prestação de serviços concretos aos usuários, bem como promover atividades festivas;

8-Organiza e presta treinamento as voluntárias do HIJG;

9-Orienta aos usuários de seus direitos, realiza pareceres, relatórios, palestras e outros eventos, desenvolve pesquisa e ensino através da supervisão de estágio.

10-Assessora a Direção Geral do HIJG em projetos na área social.

Ressaltamos que todas estas ações estão pautadas na LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social) e no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) e tendo como princípio o Código de Ética do Assistente Social.

O setor de Pedagogia do HIJG (conforme Relatório Anual ano 2000)², tem como programas a Classe Hospitalar, Ambulatório, Unidades de Internação, Recreação, Brinquedo Teça e o Violetário. A classe hospitalar é um trabalho educacional, com o objetivo de dar continuidade à escolaridade regular, enquanto a criança e/ou adolescente permanece hospitalizado, conforme está previsto no artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente. A classe hospitalar é um espaço reservado para o trabalho educacional, onde crianças encontram um ambiente ideal e todo o material adequado à realização das atividades, inclusive com o uso de computadores que possibilitam uma prática inovadora para muitas crianças o que motiva a continuar aprendendo, além de assessorar os professores em projetos que proporcionem a criança internada a elaboração de seus próprios conhecimentos. Na impossibilidade da criança se deslocar à classe hospitalar, o atendimento ocorre no leito. As atividades são planejadas para que o aluno possa se desenvolver, evitando desta forma o seu completo afastamento do espaço escolar e até mesmo reprovações. Este programa de Classe Escolar está vinculado a Secretaria de Educação, funciona há 2 anos com a implantação de classes para as crianças internadas e serve de modelo para o restante do Estado por ser pioneiro nesta área. O funcionamento abrange no período da manhã crianças de 03 a 06 anos,

² Este relatório contém os programas desenvolvidos pelo setor de pedagogia, bem como ações, dificuldades e facilidades dos referidos programas, bem como as metas para o próximo ano. Este relatório encontra-se no HIJG no setor de Pedagogia.

ou seja, idade pré-escolar, pois há variações na faixa etária conforme as características do ensino onde a criança reside, a tarde atende as crianças de 1º a 4º série e o atendimento de 5 a 8 ocorre no leito, mas já há projetos para que haja uma sala específica para estas crianças e adolescentes

O Programa de Ambulatório, segundo a psicopedagoga Berenice³, destina-se preferencialmente à crianças que passaram por internações no Hospital e que estejam passando por sintomas de dificuldade de aprendizagem. Estas crianças e ou adolescente são encaminhadas por médicos que atendem estas crianças no ambulatório e percebe esta dificuldade ou são encaminhadas pelas escolas onde estas crianças freqüentam, mas não dispõem de estrutura para um tratamento adequado. Assim são realizadas 8 sessões com a família e a criança em questão onde investiga-se as causas dessas dificuldades. A psicopedagoga salienta que a dificuldade de aprendizagem é um sintoma e que precisa ser investigado antes ou durante a intervenção. Este programa atende também filho de funcionários, que apresentam sintoma de dificuldade de aprendizagem, o encaminhamento se dá através dos próprios funcionários.

O programa Unidades de Internação realiza trabalho na unidade A com adolescentes, a questão é procurar orientar quanto a acontecimentos que tenham ocorrido na escola e que causaram algum tipo de dificuldade para o adolescente. Na unidade C o acompanhamento da criança ocorre com a estimulação precoce³, orientando á família quanto aos brinquedos adequados a estimular a criatividade da criança considerando a sua faixa etária e também orientando a importância do papel da mãe na estimulação precoce.

A recreação ocorre em 2 salas de recreação nas unidades A e D, sendo que o trabalho é executado por 2 recreacionistas. As atividades são comemorativas, onde as escolas fazem apresentações no HIJG, sendo que algumas escolas já são tradicionais nesta atividade. Junto a esta atividade geralmente as escolas que comparecem trazem kits de materiais escolares para serem doados às crianças carentes internadas bem como roupas.

A Brinquedo Teca atualmente está desativada por falta de espaço físico adequado.

O Violetário consiste em canteiros onde as crianças acompanhadas dos pais praticam o cuidado de violetas sob a supervisão das pedagogas, quando a criança recebe a alta hospitalar leva consigo a planta. Esta atividade produz uma identificação das crianças e pais numa atividade ao ar livre.

³ Entrevista realizada em setembro de 2001, no HIJG, com objetivo de obter informações a cerca das atividades do setor de pedagogia, devido ao fato do Relatório Anual ano 2000, relatar as atividades de forma muito sintetizadas.

Assim o setor de Pedagogia do HIJG executa suas ações de forma ampla e objetiva, valorizando a prática pedagógica nesta instituição hospitalar. Tendo como missão o comprometimento com o paciente o setor de Pedagogia busca alternativas que possibilitem *oferecer as crianças internadas um atendimento de qualidade, com isso conseguiu-se a aquisição de computadores, vídeo cassete e televisão que trouxeram enriquecimento ao trabalho.*

A gerência de Assuntos Comunitários e Preventivos, conforme contato com Dr^o Leonice⁴, executa em parcerias com outras Sub Gerências o Projeto Multidisciplinar de Humanização para Acompanhantes do HIJG. Este projeto surge devido a necessidade de orientar a família acompanhante neste período de internação, que na maioria dos casos é conturbado para estas famílias o que acaba dificultando o trabalho da equipe de trabalho do hospital. Esta dificuldade é de ordem variada deste desconhecimento legal, aspectos emocionais, dificuldade de acomodação física e principalmente devido a funções e deveres que os pais precisam assumir.

Este Projeto visa levar o entendimento dos pais da condição médica e do tratamento da criança, ao mesmo tempo em que oportuniza discutir sentimentos relativos à hospitalização. Sabendo que a presença dos pais é fator importante para à qualidade da assistência à criança, além de ser um direito garantido pelo ECA. É objetivo deste projeto o cumprimento dos direitos da criança e do adolescente hospitalizado, bem como definir os deveres para pais acompanhantes, dentro dos padrões de humanização hospitalar, ou seja, a adaptação a essa nova condição dentro de um ambiente hospitalar onde existem regras e condutas específicas.

A intervenção é realizada por equipe multidisciplinar composta de médicos, enfermeiros, estagiários de psicologia, assistentes sociais, e Associação de Voluntários do HIJG (AVOS). Esta intervenção consiste em reuniões e atividades para acompanhantes e funcionários do hospital. O conteúdo a ser desenvolvido é relacionado a deveres e direitos , educação e saúde dos pais acompanhantes.

Sabe-se, no entanto que a política de saúde pública hoje existente não atende as necessidades das unidades hospitalares e a falta de profissionais , recursos financeiros e materiais também é uma realidade do HIJG.

Reflexos da ausência de recursos podem ser percebidos no dia a dia do HIJG, onde os pacientes necessitam ficar na fila de espera para conseguirem realizar cirurgias

⁴ Entrevista realizada em setembro de 2001 no HIJG, com o objetivo de colher dados com relação as ações que esta Gerência coordena, no que diz respeito aos pacientes e projetos aos funcionários.

eletivas, ou seja, que não são urgentes. A falta de leitos hospitalares também é uma realidade no HIJG, pois não há investimentos em infra-estrutura frente a crescente demanda dos serviços. Conforme Campos (1997) a crise financeira do Sistema de Saúde está provocando uma parcial e desordenada desativação de leitos hospitalares em todas as especialidades. Mas além dessa crise de ordem financeira impera ainda no sistema de saúde pública outros empecilhos para sua plena eficiência que Costa mesmo assinala como sendo as disciplinas ordenadoras do campo da saúde que são a Clínica, o Planejamento, a Epidemiologia, e a Saúde Pública.

Estas disciplinas tanto servem de base para a construção de novos serviços como também elas normatizam os procedimentos. Ao normatizar determinadas condutas acabam criando regras e procedimentos que não podem se obedecidos nos complexos espaços dos sistemas públicos. Haveria necessidade de uma readequação destas técnicas às instituições públicas e a um novo modelo de cuidado. Este novo modelo de cuidado recolocaria a discussão sobre o processo de cura e cuidado em saúde. Campos (1997) coloca que todo tratamento terapêutico tem como objetivo ampliar a capacidade de autonomia do sujeito. E esta autonomia do doente depende de toda uma técnica de apoio individual como farmacêutica, atenção clínica, acesso às informações, reabilitação física, referência em crises, etc. Interessante ressaltar que muitos destes fatores foram citados no processo de cura e cuidado com as crianças e acompanhantes do HIJG.

No entanto é necessário saber trabalhar outros aspectos que têm dificultado o trabalho como a falta de profissional qualificado para as atividades, pois não há concursos e conseqüentemente as atividades a serem desenvolvidas sofrem restrições. Os funcionários assim se sobrecarregam nas atividades a serem desenvolvidas o que gera estresse, cansaço físico e mental. Assim com o sucateamento da saúde em termos de cortes de verbas para a manutenção do sistema acarreta inúmeros entraves ao processo de trabalho e conseqüentemente à saúde do trabalhador. Citando ainda Campos:

Os trabalhadores da área da Saúde estão frustrados, descontentes, trabalhando pela sobrevivência e para garantir um certo nível de consumo... a maioria lavra um descontentamento com o status quo, uma vez que não favorece a realização profissional e pessoal. (Campos, 1997, p.72).

Esta constatação nos mostra que há bases concretas de superação deste atual quadro e que aponte para um projeto reformista que atenda os interesses dos usuários do Sistema de Saúde Pública.

Portanto na saúde é possível transformar este descontentamento que hoje é vigente entre a maioria dos profissionais (as greves tantos dos funcionários dos hospitais como médicos residentes é uma prova disto) em capacidade dirigente, de transformar. Campos nos indica que na Saúde a reforma do cotidiano passa pela reforma dos modos de fazer a Clínica, a Saúde Pública, pelos modos de gerir e distribuir poder nas instituições, pela delegação de responsabilidades e autonomia aos sujeitos.

Contudo para que este processo avance é necessário um maior cuidado com quem cuida da saúde, no caso os trabalhadores da saúde, que vivem o reflexo deste atual Sistema de Saúde Pública, por isto a importância de um Programa de Saúde do Trabalhador que enfoque os vários aspectos desta categoria, ou seja, não apenas em relação ao aspecto curativo, mas com ações de prevenção e de promoção ligadas à saúde do trabalhador e abordando também a saúde no seu aspecto bio-psico-social, pois todos são integrantes do trabalhador e não devem ser desconsideradas.

2.3 A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

A lei que define o conceito de saúde do trabalhador é a lei 8080/90 em seu artigo 6º e 3º, que aborda como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. A saúde do trabalhador abrange a assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional, participação no âmbito da competência do SUS, de ações com relação a pesquisa e avaliação de riscos potenciais a saúde do trabalhador existentes no processo de trabalho, além da normatização, controle e fiscalização das condições de produção, transporte e manuseio de produtos, máquinas e equipamentos que se considerem em risco à sua saúde, avaliação dos impactos que as tecnologias oferecem de risco à saúde desta classe, o repasse de informação ao trabalhador e ao sindicato, os acidentes e doenças de trabalho, bem como o resultado de avaliações ambientais e de exames periódicos, admissionais ou demissionais referentes a saúde do trabalhador.

Para uma melhor compreensão da política de saúde faz-se necessário uma abordagem do conceito de saúde adotado pela Secretaria de Saúde do Estado e que fundamenta suas ações.

Como já abordamos anteriormente até a promulgação da constituição de 1988, a saúde era entendida como ausência de doenças. Esta compreensão contribui para que todo o sistema de saúde fosse organizado para atender de forma curativa, ou seja, atendendo prioritariamente os que estavam doentes. A predominância era e ainda persiste no atendimento médico individual e hospitalar, conforme Programa de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde do Estado de Santa Catarina (98).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, formulou um novo conceito de saúde, entendendo a saúde como um estado de bem estar social, assim as ações do Estado em relação a saúde é de priorizar a melhoria da qualidade de vida da sociedade como um todo. A legislação complementar que garantiu um novo conceito de saúde (lei 8080 de 19/09/1990), atribui ao Estado a responsabilidade de oferecer serviços públicos e de recuperação da saúde priorizando os 3 níveis de gestão do SUS (Sistema Único de Saúde) Federal, Estadual e Municipal. A competência do Estado é de desenvolver ações que visem a promoção da saúde através de um processo de capacitação de atenção a saúde do cidadão, da família e do ambiente de trabalho, garantindo a sociedade condições de bem estar físico, mental e social.

A Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, com o pressuposto de reorganizar a Saúde dos trabalhadores, reconhece no ambiente de trabalho o local de fundamental importância para o desenvolvimento de ações que contribuam para reduzir ou eliminar riscos das doenças e agravos preveníveis. (Programa de Saúde do Trabalhador do Estado de Santa Catarina).

O reconhecimento do ambiente de trabalho, não apenas como espaço de ocorrência de doenças ocupacionais, mas também um local onde o estilo de vida, a alimentação, as relações de trabalho, as condições ambientais e o histórico genético familiar, são fatores de agravo a saúde que ultrapassam a questão doença/ ambiente de trabalho, exige novos modelos de gestão.

A concepção de saúde que embasa o Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina baseia-se no termo, com uma concepção integral, ou seja, com ações preventivas voltadas para a redução dos agravos à saúde contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida, das relações de trabalho e do desenvolvimento do ser humano tanto em nível social como econômico.

A segurança e a higiene como instrumentos de gestão atuam na prevenção e controle dos riscos de operação e acidente no ambiente de trabalho, enquanto a higiene ocupacional está relacionada à prevenção de riscos ambientais e doenças ocupacionais.

Conforme dados do Programa de Saúde do Trabalhador (SC), a medicina do trabalho e a Segurança e a Higiene Ocupacional tem atuado com técnicas preventiva, visto a problemática dos riscos ocupacionais e das patologias específicas do trabalho. Ambas possuem um objetivo comum: “Prevenir danos à saúde e integridade física do trabalhador, decorrentes de condições de trabalho”. (Fonte: Programa de Saúde do Trabalhador do Estado de Santa Catarina).

O conceito de promover saúde no ambiente de trabalho vai além dos princípios referentes à prevenção de riscos ocupacionais e doenças ocupacionais, decorrentes de atos ou condições inseguras, avança no sentido de acrescentar também aquelas atitudes relacionadas com o estilo de vida do trabalhador, como hábitos, comportamentos, atitudes e a natureza biológica.

Neste conceito de saúde todos os determinantes de vida do indivíduo são colocados como fatores de gerenciamento como qualidade do ambiente, qualidade dos processos de trabalho, saúde mental, estilo de vida, acesso à informação básica para o auto cuidado, hábitos, entre outros.

Conforme Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOB-SUS 01/96) as ações de saúde do trabalhador devem nortear-se pelos seguintes princípios básicos:

- a) Universalidade e equidade onde todos os trabalhadores devem ter acesso garantido a todos os níveis de atenção à saúde;
- b) Integralidade das ações, tanto em termos de planejamento como de execução, considerando a atenção integral à saúde, articulando ações individuais e curativas com ações coletivas com vigilância da saúde;
- c) Direito à informação sobre saúde, adotando uma prática cotidiana de repasse das informações aos trabalhadores, por meio de uma rede de serviços do SUS;
- d) Controle social, reconhecendo o direito do trabalhador em participar das atividades ligadas desde o planejamento até a execução e avaliação das ações realizadas;
- e) Regionalização e hierarquização das ações de saúde do trabalhador, executadas por todos os níveis da rede de serviços;

f) Configuração da ação de saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando a promoção, à proteção, à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores;

O Programa de Saúde do Trabalhador a nível Estadual tem as seguintes competências conforme Diário Oficial de Santa Catarina de 14/05/1993, vide Anexo 2:

-Programar, coordenar e avaliar as ações relacionadas à saúde do trabalhador.

-Elaborar normas técnicas fixando diretrizes e estabelecimento de padrões de qualidade para a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde do trabalhador.

-Promover a articulação interinstitucional, visando a integração de atividades desenvolvidas pelos diferentes organismos.

-Implantar um registro de informações e fluxograma de ações referentes a saúde do trabalhador na rede de serviços do SUS.

-Integrar as ações de vigilância epidemiológica e sanitária ao sistema de registro de informações viabilizando a análise de dados obtidos a partir de notificações de doenças ocupacionais.

-Diagnosticar, através de pesquisa operacional os problemas relacionados com a saúde do trabalhador.

-Promover, organizar e participar de ações educativas relacionadas a saúde do trabalhador.

-Promover e / ou participar em estudos, pesquisas e avaliações de riscos de agravo a saúde do trabalhador existentes no seu processo de trabalho.

-Formalizar através de convênios a integração das ações de vigilância epidemiológica do SUS e com outros organismos ou empresas.

-Promover ação conjunta com os sindicatos de trabalhadores a fiscalização de locais e condições de trabalho que representem exposição ao risco eminente e comprovado para a vida.

-Participar de atividades de controle e avaliação de ações referentes as condições de trabalho.

Enfim estes são os objetivos do Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria Estadual de Saúde, sendo que consideramos importante neste momento tendo em vista o tema deste trabalho, verificarmos como vem sendo operacionalizado.

Conforme contatos realizados em 2001 com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) a operacionalização deste Programa ocorre de acordo com o interesse de cada unidade hospitalar, ou seja, o hospital através de seu diretor ou representante decide aderir ao

programa e o executa. No entanto a SES não tem nenhum controle e orientação sobre a operacionalização deste programa, não sabendo informar quais hospitais colocam o programa em prática.

Percebe-se assim a fragilidade destas propostas, que ao não se elaborar uma estratégia eficaz de atuação, ficam como ideal que podem ou não se concretizar nas unidades hospitalares.

Contudo em agosto de 2001 ao pesquisar junto a Secretaria de Administração através de entrevista realizada com a Assistente Social Ana de Campos Lalani⁵, recebi informações que está em andamento um Ante Projeto sobre a saúde do trabalhador público do Estado, mas como está em fase inicial e ainda não aprovado por consultoria este não pode ser divulgado.

Para uma análise mais aprofundada no que se refere à saúde do trabalhador é necessário considera-la dentro do contexto das relações produtivas, na forma como este sujeito se situa neste universo, abordando mais especificamente a organização do trabalho enquanto o lócus onde se concentra o prazer ou o sofrimento e conseqüentemente as doenças. Entendendo primeiramente que a organização do trabalho vai além das condições objetivas deste. Para Dejours: (1994, p.27) “A organização do trabalho recorta de uma só vez o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho e esta negociação é a resultante de embates entre os sujeitos envolvidos no processo, através da comunicação entre estes”.

Neste sentido Freire (1995) coloca que nas relações de trabalho a reprodução da força de trabalho se distancia do processo de produção devido a menor dependência direta do empregado pelo trabalhador. E esta relação acontece devido a flexibilização das relações de trabalho. Em face disto emerge uma insegurança inclusive pela internacionalização da economia que pode deslocar mercados para países periféricos, e também pela segmentação do processo de trabalho pela via da terceirização. Assim recria-se antigas formas de exploração e estimula-se novas formas de intensificação do trabalho, que não alteram o princípio básico do capitalismo conforme Freire (1995) que é a produção em função do lucro.

Desta forma o trabalho ocorre por meio de múltiplas reações subjetivas e objetivas. No contexto das relações subjetivas situam-se os sistemas de controle e poder, que de certa forma não permitem a ampliação desta capacidade de negociação posto que colocam regras e procedimentos que devem ser seguidos. Conforme Fleury (1996):

⁵ Entrevista em agosto de 2001, na Secretaria de Administração, Perícia Médica, setor de Serviço Social.

As organizações ao determinar estas regras procuram apresentá-las como uma necessidade, como ordem das coisas acima de sua vontade, procurando desta forma harmonizar as relações contraditórias entre os grupos sociais existente em seu interior. A regulamentação é um elemento eficaz de poder posto que define a normalidade em termos de comportamento. (Fleury, 1996, p.101)

No sentido das reações objetivas identifica-se regras e princípios que regem as relações no interior do HIJG. Estas regras começam a ser definidas no setor de Recursos Humanos (setor pessoal) através de um manual⁶ destinado ao servidor do hospital. Neste estão contidos: deveres, direitos, punições, regras, entre outras orientações.

Entre os deveres do Servidor consta a assiduidade, a pontualidade, discricção, obediência às ordens superiores, observância às normas legais, levar ao conhecimento da autoridade superior, irregularidades que tiver ciência através de seu cargo, ter consciência de que seu trabalho é regido por princípios éticos, guardar sigilo sobre fatos e documentos que tenha conhecimento em razão de seu cargo ou função, etc.

Com relação aos direitos figuram as licenças para tratamento de saúde, licença prêmio, licença maternidade, insalubridade, que consiste em pagamento aos funcionários que se expõem direta e permanentemente a agentes físicos, químicos ou biológicos nocivos à saúde acima dos limites tolerados e também consta o direito a movimentação interna que é o *deslocamento do funcionário dentro do HIJG de um setor para o outro, esta movimentação ocorre por interesse do serviço, por oportunidade ao funcionário, readaptação de função.*

Com relação ao HUJG prevalece os deveres, ou sejam o funcionário se sente comprometido com o processo de trabalho, desmistificando assim a idéia propagada pela sociedade de que *funcionário público é alguém descompromissado com o seu trabalho.*

No que se refere às punições e regras, existe a exoneração ou remoção que pode ser a pedido do funcionário ou por processo disciplinar, que ocorre em decorrência do descumprimento do Estatuto dos Servidores Públicos, a remoção consiste no deslocamento para outra unidade da Secretaria Estadual de Administração da Saúde. Entre as regras estabelecidas consta a forma de acesso ao hospital, o uso do crachá para movimentar-se no interior do Hospital bem como obter acesso ao refeitório, o cumprimento do horário de serviço, o aviso quando ausenta-se do trabalho, etc.

No almoxarifado os pedidos são feitos em horários e dias específicos em formulário próprio. Ao receber os pedidos de materiais o almoxarifado procede a análise destes pedidos considerando se o número não excede ao de funcionários do setor requisitante

⁶ No manual do Servidor do Servidor estão contidas informações sobre regras, condutas, punições e também direitos dos funcionários como férias, licenças em geral, entre outras orientações. Este manual encontra-se disponível no setor de Recursos Humanos do HIJG.

e também levando-se em conta o estoque de material existente, ou seja, se no setor existem 10 funcionários, não pode-se aceitar um pedido de 15 canetas por exemplo. Considerando também que se no estoque exista um número de pelo menos 20 canetas na data deste pedido, para que o estoque não fique com número muito pequeno no caso de surgir um pedido de urgência.

Ainda abordando os sistemas de controle e poder é importante salientar que na portaria de serviço existe um sistema de câmeras que monitora vários espaços do hospital, este sistema surgiu com a necessidade de oferecer maior segurança ao hospital, mas acaba controlando a movimentação das pessoas no interior do HIJG. Isto de início trouxe uma certa dificuldade de adaptação aos funcionários, contudo pela necessidade de segurança é necessário, pois o HIJG trabalha com crianças e adolescentes e é responsável por estes durante a internação ..

Neste sentido percebe-se que o trabalhador tem limitada sua capacidade de negociação, pois existem regras rígidas a serem seguidas. Conforme Fleury (1996) a organização constitui-se em um instrumento de poder na medida que define o que é normal em termos de comportamento e assim homogeneiza a todos permitindo a classificação e hierarquização das relações.

Nesta linha de pensamento Dejours (1994) enfatiza que quando o trabalhador tem bloqueada sua capacidade de negociação a cerca da relação de trabalho começa o domínio do sofrimento e as doenças desencadeadas por este. Esta negociação é a capacidade do trabalhador de interferir na organização do trabalho e adapta-la às suas necessidades.

Neste sentido de atender as demandas referentes a organização do trabalho, Dejours (1994), analisa o sofrimento do trabalho e as suas conseqüências. Este autor aborda a questão do sofrimento no trabalho, e que este ocorre quando o funcionário não consegue negociar para que a organização do trabalho se adapte às suas necessidades. Conforme Dejours (1994, p.15) "Quando a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada começa o domínio do sofrimento no trabalho e da luta contra este sofrimento".

O trabalhador desenvolve mecanismos de defesa contra o sofrimento no trabalho, conforme este autor estas defesas podem ser o desvincular-se de responsabilidades, fechar-se em autonomia máxima, ou seja, querer resolver e assumir todo o processo de trabalho, passar por cima de seu superior imediato, enfrentar o sofrimento em silêncio, ou ainda recusar-se a manter uma relação amistosa com os colegas de trabalho.

Todos estes mecanismos de defesa interferem na organização do trabalho e se não forem tratados pode-se levar ao desenvolvimento de patologias. Conforme Dejours (1994) a

capacidade de mudança passa pela mobilização da capacidade de análise dos sujeitos sobre suas relações com a organização do trabalho, ou seja, quando o sujeito adquire consciência do sofrimento e adquire autonomia para poder superar este sofrimento. Para que estes sujeitos estejam ativos na negociação sobre a organização do trabalho é necessário que antes de tudo eles recebam um reconhecimento a respeito das relações de trabalho, o que é feito para superar as dificuldades advindas do trabalho e que acarreta o sofrimento.

Assim para que esta negociação possa prosseguir é necessário a construção de um espaço público, onde o trabalhador se perceba como sujeito do processo, agente da organização do trabalho e obtenha o reconhecimento a cerca de seu trabalho.

Além da própria organização do trabalho, o fato de estar num ambiente hospitalar confere características ao trabalho que acrescentam a este um caráter próprio. As relações de trabalho no interior de um hospital assumem significados e especificidades que tornam este trabalho difícil. Pois no interior de um hospital constrói-se histórica e socialmente um processo de trabalho onde o poder e a técnica se encarregam de diminuir o impacto e o sentimento de impotência diante da morte. A autora Ana Pitta (1994) salienta que a atitude atual dos homens diante da dor, sofrimento e morte é de negação como fim inegável da vida humana, prolongando-a através de todas os dispositivos disponíveis nos hospitais, afastando assim do convívio social e a ocultando. Para Pitta (1994, p.19) “A atividade de lidar com a doença e morte tem sido identificada como insalubre, penosa e difícil para todos”.

Ainda conforme Pitta:

A morte não é mais vista como limite natural para o sofrimento humano; morte e sofrimento são construídos paralelamente, causando juntos, perplexidade, até porque são concebidos separadamente pelo próprio homem...mas é fundamentalmente porque pode morrer que o homem adoce (PITTA,1994.,p.28).

Assim a morte que antigamente estava nas salas de visitas, e era percebida espontaneamente, hoje esconde-se nos hospitais, onde na maioria das vezes é velada, pois há a recusa de falar ao doente um estado terminal por parte da família, médicos. A morte passa a ser circunscrita a um local e não mais compartilhada por toda a sociedade. Aos trabalhadores que se inserem neste contexto cabe atuar neste campo divergente entre vida e morte, saúde e doença, parafraseando Pitta 1994, transcendendo suas impossibilidades pessoais e administrando este conflito.

Estes trabalhadores vivem numa rede de relações subjetivas vivendo os diferentes papéis neste ambiente complexo, que é o hospital, passando por dificuldade de percepção das evidências, sinais e sintomas de dor e sofrimento que eles mesmos enfrentam, pois o foco de

sua atenção está no paciente. É necessário um olhar voltado a este funcionário visando recuperar e prevenir a sua saúde.

Neste contexto saúde do trabalhador é algo bem mais amplo que a ausência de doenças, envolve a organização do trabalho, as condições do ambiente onde este trabalhador está inserido e as características próprias de cada trabalhador, como sua predisposição genética a doenças, seu estilo de vida, suas crenças, enfim compreende o ser como um todo, onde se englobam todas as áreas de sua vida.

Nesta linha Sato (2000) coloca que saúde implica em ter controle sobre as condições de trabalho e sobre os contextos a ela relacionados respeitando as necessidades e ritmos do ser humano conforme Sato especifica a seguir: “Saúde é poder respeitar as necessidades, ritmos e desejos do organismo, quando elas se apresentam, e não o forçando a comportar-se segundo normas e prescrições”. E este contexto não envolve somente o aspecto relacionado ao trabalho, mas também pela historia destas fora deste ambiente. Pois o trabalho envolve uma dimensão técnica ligada aos processos de trabalho, técnica, e também considerando a dimensão das pessoas, ou seja, dada as suas peculiaridades dentro e fora do contexto do trabalho.

Neste sentido Costa (1994) coloca a necessidade da integração de outras políticas setoriais, como habitação, saneamento, meio ambiente, etc. Além é claro de políticas econômicas que são responsabilidade de diferentes órgãos de distintos ministérios, exigindo assim uma ação do setor saúde junto a estes no sentido de inferir uma política de saúde do trabalhador no seu sentido mais amplo. A seguir abordaremos este enfoque no HIJG.

2.4 A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO HIJG

Conforme abordamos anteriormente a legislação complementar que regulamentou o novo conceito de saúde (lei 8080 de 19 de setembro de 1990) atribuiu ao Estado a responsabilidade de oferecer serviços de recuperação da saúde e priorizou aos 3 níveis de gestão do SUS (Federal, Estadual e Municipal) a responsabilidade de desenvolver igualmente a formulação de políticas econômicas e sociais que visem a promoção da saúde através do

processo de atenção a saúde do cidadão, da família e do ambiente de trabalho, garantindo as pessoas e a sociedade condições de bem estar físico, mental e social.

Pertencente ao Estado e integrado no SUS o HIJG, também busca uma atuação na saúde do trabalhador voltada a sua integralidade, ou seja, ao bem estar físico e psico emocional. Entretanto, o quadro que os funcionários vivem hoje é o reflexo da falta de investimentos sistemáticos na área da saúde, que deteriora o sistema de saúde pública no Brasil, onde um dos fatores é a não ampliação do quadro funcional e, por conseguinte aumenta a carga de trabalho aos funcionários que estão na ativa. Com sobrecarga de trabalho, a falta de reajuste salarial da categoria, a dupla jornada de trabalho, ainda há alguns trabalhadores que precisam aumentar a renda, neste contexto de contradições e incoerências, os funcionários ficam mais propensos ao estresse, doenças, desgaste físico e emocional.

Além disto os reflexos da política neoliberal que diminui a atuação do Estado na área social é visível através da não manutenção e do não investimento na área da saúde pública. Isto pode ser percebido no cotidiano do HIJG, com a falta de materiais sejam de ordem administrativa como os de expediente, como também aqueles necessários à procedimentos cirúrgicos. A diminuição de leitos hospitalares e de salas cirúrgicas com o agravante da insuficiência do número de funcionários como: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais. No caso do HIJG, por exemplo, a área de Recursos Humanos dispõe de uma assistente social, sendo que o número de funcionários é de 800.

Um outro condicionante da política neoliberal é a terceirização, que ocasiona a perda de direitos trabalhistas com trabalhos temporários e baixos salários, no HIJG para suprir a necessidade de pessoal devido a falta de concurso público inexistente há 5 anos, alguns setores optaram pela terceirização da mão de obra como é o caso da portaria, da lavanderia e a Higienização. Em outros setores onde o trabalho é mais especializado existem 117 funcionários contratados, pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Mesmo adotando este novo modo de gestão a dificuldade de pessoal não é suprida, pois alguns setores enfrentam excesso de carga de trabalho como no caso da Sub Gerência de Orientação e Apoio ao Servidor (RH) conforme descrito anteriormente e também outros setores como lavanderia, nutrição, entre outros.

A filosofia de trabalho de Recursos Humanos do HIJG é de conhecimento do processo de trabalho dos funcionários do Hospital percebendo como os funcionários lidam com as questões do ambiente externo e as redes de relações que estes constroem. A relação de trabalho mantida com os funcionários exige sensibilidade e compromisso. Os funcionários na

visão da assistente social Dirce Martinello⁷, são receptivos ao novo, demonstram expectativas de serem cuidados, em receberem maior atenção. Entretanto possuem uma certa resistência a fazer algum movimento em prol de mudança que indicam como sendo necessária. Possuem uma consciência acerca do trabalho numa instituição pública, embora não possuem muitas informações sobre as influências que o hospital sofre a nível Macro da Política de Saúde Pública existente. Os funcionários possuem extremo compromisso com o seu trabalho e empenham todos os recursos disponíveis para o bem estar das crianças atendidas.

A relação de trabalho que a SGAPOS construiu com os funcionários foi de aproximação e cuidado, num primeiro nível a preocupação foi com a prevenção, devido ao alto número de atestados e a falta de uma política de saúde relacionada ao afastamento por doenças ou por acidente de trabalho, caracterizando que a preocupação com os atestados não apenas vinculado a questão da produção, mas pelo compromisso de viver destas pessoas, pois havia uma preocupação com o estar doente e não poder tratar dignamente esta doença. Esta filosofia não tem a ver com o processo de produção na sua essência, embora haja uma demanda que precisa ser atendida como no caso da nutrição, lavanderia e higienização.

O cerne da atuação da sub gerência de Orientação e Apoio ao Servidor é conhecer como as pessoas se sentem enquanto doentes, ou seja, como se sentem quando estavam na condição de doentes e, por conseguinte como eram tratadas nesta fase. Sabendo que o trabalho no Hospital é construído mediante uma relação de ajuda com os pacientes e também pelo vínculo afetivo mantido com a instituição, no entanto quando estes funcionários ficavam doentes, se sentiam excluídos do processo conforme relato das observações feitas nas visitas domiciliares pela Assistente Social.

Neste sentido a prevenção contou com um estudo ergonômico realizado em setembro de 2000, pela Fundacentro (Fundação Jorge Duprat Figueiredo), que é uma fundação do Ministério do Trabalho e que atende a demandas de órgãos públicos. Esta intervenção ocorreu primeiramente no setor de nutrição, devido a importância de seu trabalho na alimentação das crianças e dos servidores, além de ter sua qualidade reconhecida em todo o Hospital conforme dados da Fundacentro, e também o local onde o trabalho requer esforço físico e leva a constantes mudanças de temperatura. O que ocasiona um elevado número de doenças em comparação com outros setores. Esta intervenção resultou em um programa de Atividade Física Laboral que está em funcionamento.

⁷ Entrevista em agosto de 2001 no HIJG, com objetivo de obter informações acerca do processo de trabalho da SGAPOS, onde a Assistente Social atua.

Por outro lado o objeto saúde do trabalhador não é visto somente no aspecto físico, mas também psico-emocional. Esta contextualização ocorre através de estagiárias da psicologia, e é acompanhado pela Assistente Social Dirce Martinello, e também por um Psicólogo e Sociólogo, que exercem um trabalho voltado para a relação dos funcionários com pacientes e acompanhantes destes. Este trabalho visa conscientizar os funcionários sobre o estado psicológico dos pacientes quando internados. Esta compreensão passa por uma percepção dos pais e visa uma relação harmônica entre os funcionários e pais acompanhantes das crianças internadas e colabora no sentido de esclarecer qual é o papel dos pais e ou acompanhantes dentro do hospital.

Além do aspecto físico, psíquico, há também as doenças decorrentes de hábitos e atitudes individuais. Assim surge o tabagismo, a dependência química. O setor de Recursos Humanos possibilita aos funcionários uma superação destes vícios, seja fornecendo medicamentos, acompanhamento médico, psicológico, ou internação. Assim é necessário um amplo conhecimento da rede de saúde pública e onde estão disponibilizados estes serviços.

Neste sentido a área de Recursos Humanos e mais especificamente os projetos relativos a saúde do trabalhador atende as diretrizes da Secretaria de Saúde ao desenvolver ações preventivas, voltadas para a redução dos fatores de agravos a saúde, contribuindo para melhoria da qualidade de vida de uma forma integral. Promover saúde no ambiente de trabalho vai além da prevenção de riscos e doenças ocupacionais, avança no sentido de perceber as doenças relacionadas a hábitos, comportamentos e atitudes do trabalhador. Neste contexto todos os determinantes de saúde são abordados como qualidade dos processos de trabalho, informação básica para o autocuidado, saúde mental⁸. Neste processo de atendimento integral a saúde do trabalhador percebe-se a importância do desenvolvimento de ações de saúde por equipes multiprofissionais, assim no caso do HIJG quando não há a disponibilidade dos profissionais necessários a este atendimento integral como médicos especialistas, psicólogos, etc, há o encaminhamento para unidades de saúde conveniadas.

Com relação a promoção da saúde do trabalhador no que se refere ao aspecto curativo, são realizadas ações de apoio, encaminhando para psicólogos da Secretaria de Saúde. Quando os funcionários se encontram com problemas que estejam afetando seu desenvolvimento pessoal e profissional, o encaminhamento destes é realizado pela Assistente

⁸ Saúde mental: interferência do trabalho monótono ou repetitivo e dos trabalhos em atividades de risco na ocorrência de problemas psíquicos; alcoolismo e trabalho; trabalho e medo; desemprego e ansiedade, etc. (COSTA, 1994, p.16).

Social ou através do encaminhamento das chefias. Estes encaminhamentos são necessários devido às situações de risco psicossociais enfrentadas pelos funcionários da instituição.

Ainda com relação ao aspecto curativo e de promoção são realizadas visitas domiciliares a servidores afastados do trabalho por problema de saúde ou acidente de trabalho. Estas visitas são sempre realizadas com o prévio conhecimento do funcionário e objetivam dar o suporte e orientações necessárias a este para que supere este estágio de sua vivência. A visita domiciliar visa em determinados momentos suprir uma carência material do funcionário, no caso do fornecimento de cestas básicas, no entanto busca-se uma objetivação social, o profissional de Serviço Social não trabalha só com coisas materiais, tem efeitos na sociedade enquanto trabalhador que incide no campo do conhecimento, dos valores e isto influencia na vida dos sujeitos envolvidos. Assim se percebe o papel do Assistente Social no processo de reprodução material e social da força de trabalho. Vale ressaltar que a visita domiciliar foi utilizada sempre em concordância dos sujeitos envolvidos. A visita domiciliar conforme Miotto é:

A realização do processo de entrevista e observação na residência dos sujeitos sociais, visando conhecer os sujeitos e a realidade social destes, realizar análises e/ou estabelecer diagnósticos da realidade social e de situações particulares, intervir na realidade e em situações singulares.(Miotto,1999,04)

No sentido de possibilitar aos funcionários que enfrentam problemas de adaptação aos seus setores por problemas de saúde, o HIJG após tomar todas as medidas de integração e adaptação necessárias encaminha este trabalhador ao setor que seja mais adequado ao seu estado psico-emocional ou físico este procedimento é utilizado quando um funcionário por questões de saúde seja física, psíquica ou emocional não está se adaptando a determinado setor. Sendo utilizado com concordância da chefia do setor, Direção, avaliação e prescrição anterior do setor de Perícia Médica que faz as recomendações cabíveis e necessárias que justifiquem a adaptação em outro setor.

No que se refere às atividades preventivas a Sub Gerência de Orientação e Apoio ao Servidor (SGAPOS), realiza anualmente o Projeto Preventivo de Câncer de Colo Uterino e Mamas, que é voltado às funcionárias do hospital e possibilita a estas, exames preventivos em unidades de saúde. As consultas são pré - agendadas pela SGAPOS, de acordo com horários mais adequados para as funcionárias e disponibilizados pela unidade de saúde, com transporte próprio do hospital. Este projeto é necessário, pois o número de mulheres trabalhadoras, presente no HIJG é significativo (em torno de 500), e algumas possuem duplo emprego, aliado ao fato de que muitas cumprem também o papel de mãe, dona de casa, esposa, o que

leva a não disponibilizarem um cuidado maior com sua saúde, no que se refere a prevenção. O referido projeto no ano de 2001 contou também com a realização de palestras educativas com relação à prevenção de câncer ginecológico (útero e mamas), que teve como parceria a Rede Feminina de Combate ao Câncer (RFCC).

Ainda considerando o aspecto preventivo o HIJG através da SGAPOS em parceria com a Fundacentro disponibiliza no setor de nutrição um sistema de informações, este sistema surgiu após a intervenção da Fundacentro na elaboração de um estudo ergonômico neste setor do hospital como descrito anteriormente, onde se verificou a carência de informações sobre as características dos servidores e seu estado de saúde.

Assim foi elaborada pela Fundacentro uma proposta de sistema de informações em Recursos Humanos. Esta proposta tem como objetivo possibilitar ao Recursos Humanos do HIJG a organização informatizada dos dados dos funcionários do setor de Nutrição, e que assegurem o sigilo das informações. Estas informações são em relação a dados profissionais e pessoais dos funcionários como saúde, acidentes de trabalho, ano de aposentadoria, absenteísmo, entre outras. Possibilitando assim o planejamento dos serviços como: planejamento das aposentadorias, organização de escala a partir do estado de saúde do servidor, definição de novas contratações.

O Programa de Atividade Física para os servidores do setor de Nutrição do HIJG, surge em setembro de 2000 em decorrência da intervenção da Fundacentro com estudo ergonômico neste setor, onde se verificou que a maioria destes trabalhadores possui idade avançada (50% das servidoras da copa possuem entre 45 e 54 anos), apresentando uma grande incidência de doenças crônicas degenerativas, como as osteoarticulares, neuropsíquicas e cardiovasculares. Este Programa de Atividades Físicas além de proporcionar conforme o próprio nome diz, atividade física aos servidores, possibilita conhecer os trabalhadores, suas necessidades e características, identificar as motivações e atividades afins do grupo. As ações constaram de avaliações de dados e de um questionário onde se verificou o perfil das condições de vida e de trabalho dos funcionários, ações educativas que se relacionam à hábitos de vida e atividade física destes, realização de testes e avaliações do aspecto físico. As atividades foram desenvolvidas direcionadas a um grupo com características semelhantes e foram feitas avaliações dos benefícios do programa com os participantes, além de reuniões com a supervisão do programa.

Abordando ainda o aspecto preventivo está em implantação no HIJG um projeto voltado à Prevenção do Tabagismo. Primeiramente foi realizada uma pesquisa no interior do

HIJG, coletando dados relativos à saúde dos funcionários em relação a fatores de risco de câncer como tabagismo, exposição solar, álcool e saúde da mulher.

Este trabalho foi realizado pela Lupi e Associados que é empresa credenciada pelo Instituto Nacional do Câncer, INCA em parceria com o Ministério da Saúde a realizar pesquisas para os Programas Unidades de Saúde Livres do Cigarro. Esta pesquisa coletou dados que servirão de base para a formatação do Programa e que identificarão os conhecimentos do grupo para a partir deles trabalhar a mudança de comportamentos e atitudes frente aos fatores de risco estudados.

Ainda consta também um trabalho com os servidores do setor de Nutrição onde estes trocaram experiências indo a restaurantes com a finalidade de conhecer outras realidades, possibilitando um novo olhar sobre o próprio trabalho e procurando um maior entrosamento do grupo. Assim as visitas foram agendadas pela estagiária Karine Boklin da Fundacentro, e o HIJG disponibilizou as verbas necessárias ao transporte e almoço no local. Após esta etapa foi realizado um seminário onde foram relatadas as várias experiências. Neste seminário alguns alimentos foram preparados pelos próprios participantes o que possibilitou uma integração entre o grupo e também a realização de atividades físicas com profissional da área. O resultado deste trabalho foi que o funcionário pode dialogar, discutir a respeito do seu processo de trabalho buscar alternativas frente a dificuldades existentes.

Conforme Costa (1994), a amplitude da população trabalhadora e sua diversidade, incluindo mulheres, homens com condições diversas e a concepção de que saúde do trabalhador é determinada também por suas condições de vida, além das condições de trabalho, exigem que as ações de saúde do trabalhador sejam desenvolvidas de forma integrada aos demais programas existentes no SUS. E neste sentido a participação da população no processo é um fator fundamental. Conforme este mesmo autor (COSTA, 1994,18) “As ações educativas voltadas aos trabalhadores no sentido de capacitá-los para a participação nos Programas de Saúde do Trabalhador, não podem ser meramente teóricas; ao contrário, devem estruturar-se na prática cotidiana dos próprios programas”.

Entretanto para se compreender esta questão da participação é necessário focar o aspecto cultural da população analisada, a fim de determinar os entraves e ou possibilidades de participação, assim passaremos a uma análise sobre este aspecto no caso do HIJG.

3 A CULTURA

3.1 CONCEITO E ORIGEM DE CULTURA

A idéia de cultura vem inicialmente de concepções antropológicas que proporcionam o conceito mais utilizado por considerar os tipos de comportamentos existentes. A cultura tem origem essencialmente como descrição de tipos de atividade humana estudada pelos antropólogos culturais. Esta concepção se reporta diretamente ao homem, sem considerar o reino animal ou qualquer outro do ambiente natural.

O aspecto natural se contrapõe ao aspecto cultural que aparece como algo criado pelo homem. Na literatura brasileira conforme Ferreira (1999) a palavra cultura vem do latim e significa ato ou efeito de cultivar. Representa assim o complexo mundo dos padrões de comportamentos, crenças, das instituições e valores adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade. Cultura também deriva da palavra latina *colere* que significa cultivar, cuidar opondo-se a natureza de natureza como curso natural das coisas, enquanto cultura passa a ser conhecimento adquirido com participação direta do homem.

Conforme Marconi e Presotto (1985) os antropólogos culturais ainda não chegaram a um significado exato do termo cultura. Estes mesmo autores apresentam uma conceituação por ordem cronológica que nos permite um esclarecimento a respeito de cultura. Edward B. Tylor (1871 apud MARCONI e PRESOTTO, 1985, p.42) foi o primeiro a formular um conceito de cultura, segundo ele “cultura é aquele complexo que inclui conhecimento, as crenças, a arte, a moral, a lei, os costumes e todos os outros hábitos e aptidões adquiridos pelo homem como membro da sociedade”. Para Ralph Linton (1936 apud MARCONI E PRESOTTO, 1985, p.42) a cultura: “consiste na soma total de idéias, reações emocionais, condicionada a padrões de comportamento habitual que seus membros

adquiriram por meio da instrução ou imitação e de que todos em menor ou maior grau, participam”. Para G.M. Foster a cultura passa a ser:

A forma comum e aprendida da vida, compartilhada pelos membros de uma sociedade, constante da totalidade dos instrumentos, técnicas, instituições, atitude, crenças, motivações e sistemas de valores conhecidos pelo grupo (G.M. FOSTER, 1962 apud MARCONI e PRESOTTO, 1985, p.43).

Por esse retrospecto de conceitos Marconi e Presotto (1985) colocam que a cultura pode ser aprendida sob vários enfoques, das idéias (conhecimento e filosofia); crenças (religião e superstição); valores (ideologia e moral); normas (costumes e leis); atitudes (preconceito e respeito ao próximo); padrões de conduta (monogamia, tabu); abstração do comportamento (símbolos e compromissos); instituições, técnicas e artefatos. Em essência a cultura para os antropólogos consiste em **idéias, abstrações e comportamento**.

Para Alain Finkielkraut (apud MARCONI e PRESOTTO, 1985, p.43), o termo cultura tem dois significados, o primeiro afirma a eminência da vida com o pensamento; o segundo a recusa: dos gestos elementares às grandes criações do espírito, tudo não é cultural. Então porque privilegiarmos estas em detrimento daqueles, preferir a vida com o pensamento à arte do tricô, enfim a atos tidos como menos importantes. Este mesmo autor citando Strauss e Mommsen coloca que o homem é impregnado de história, sua fala, sociedade, a tradição precede e ultrapassa sua existência, enfim tudo é cultura.

A cultura é formada de traços culturais selecionados, mas integrados, formando um todo. E estes traços conforme Marconi e Pressotto (1985) possuem forma e função. A forma seria a maneira como se manifestam e função o tipo de ação na inter-relação de traços da cultura, a maneira como um elemento se relaciona com outros contribui para o modo de vida global. Estas autoras Marconi e Pressotto (1985) citam o exemplo do anel que pode ter várias formas e assumir diversas funções como status, compromisso, enfeite. E estes traços inter-relacionados é que leva a estrutura da cultura.

Nos níveis de estrutura da cultura é presente o uso do termo “subcultura”. Para Ralph Linton (apud MARCONI e PRESOTTO 1985) a cultura é um agregado de subculturas, podendo subcultura ser considerado como um meio peculiar de vida de um grupo menor dentro de uma sociedade maior. Os padrões da subcultura embora apresentem divergências em relação à cultura central ou à outra subcultura mantêm-se coesos entre si. Ainda para estes autores esta não tem conotação valorativa, ou seja, não é superior ou inferior a outra, apenas

são subculturas diferentes, enquanto organização e estrutura de seus elementos. Subcultura também pode estar ligada a certos grupos regionais, étnicos, e classes sociais.

Para Denys Cuche (1999), o termo subcultura surge pelo reconhecimento da diversidade da sociedade, cada grupo social faz parte de uma cultura particular. Os sociólogos distinguem as subculturas segundo as classes sociais, mas também segundo os grupos étnicos. Subcultura na visão deste autor surge, pois:

Nas sociedades complexas os diferentes grupos podem ter modos de pensar e agir característicos, partilhando a cultura global da sociedade que de qualquer maneira por causa de sua heterogeneidade, impõe aos indivíduos modelos mais flexíveis e menos limitadores que os modelos das sociedades primitivas. (CUCHE, 1999, 101).

O estudo da cultura tem-se desenvolvido conforme Geertz (1978), sob o prisma da complexidade, onde a ascensão de uma concepção científica de cultura significava a derrubada da visão da natureza humana presente no iluminismo. A partir de então toda a concepção que vise explicar o homem tem permeado o pensamento científico até então. Para entendermos esta concepção faz-se necessário um esclarecimento sobre a perspectiva iluminista. Esta perspectiva concebia o homem como constituído em uma só peça com a natureza, colocava que a natureza humana era perfeitamente organizada, regular e invariável. Esta perspectiva impunha que os homens são homens sob quaisquer disfarces e contra qualquer pano de fundo.

No entanto o problema desta perspectiva conforme Geertz (1978) é que a imagem de uma natureza humana constante independente do tempo, lugar e circunstância, de estudos e profissões, modas passageiras e opiniões temporárias pode ser uma ilusão sobre o que o homem é, pode estar envolvido com onde ele está, quem e ele e no que acredita, que é inseparável dele. Ao levar em conta este tipo de perspectiva é que surge o conceito de cultura e ao declínio da perspectiva uniforme do homem.

A antropologia moderna tem a convicção de que não existem homens não modificados pelos costumes de lugares particulares, com hábitos, costumes crenças e valores próprios. Essa circunstância faz com que seja difícil traçar uma linha do que é convencional, local e variável. A diversidade de costumes no tempo e no espaço não é simplesmente uma questão de indumentária ou aparência, é perceber que a humanidade é tão variada em sua essência como em sua expressão.

Geertz (1978) nos coloca que a tentativa de colocar o homem no conjunto de seus costumes assumiu diversas direções, adotaram diversas táticas, mas todas agiram em termos

de uma única estratégia intelectual ampla. Esta estratégia é definida como concepção estratigráfica das relações entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais na vida humana. Esta concepção coloca o homem como composto de níveis, cada camada ou nível seria completo em si mesmo. Assim existiriam as variadas formas de culturas, os fatores biológicos em outra camada, os psicológicos em outra e assim sucessivamente. Esta espécie de conceituação possibilitou a independência e autonomia das disciplinas acadêmicas.

Ao nível da pesquisa passou-se a buscar universais presentes na cultura, ou seja, traços que fossem encontrados em alguns povos apesar da diversidade de culturas e pudessem ser relacionadas as constantes das disciplinas como biologia, psicologia e organização social humana. O que se desejava era identificar traços culturais que fossem essenciais à existência humana e quais aqueles traços que seriam periféricos.

A tentativa era de buscar um “consensus gentium” que é o consenso de toda a humanidade sobre algumas coisas que se admite como corretas, justas e que de fato essas coisas passam a ser corretas e justas. Geertz (1978) enfatiza que essa abordagem de um consenso comum de toda a humanidade é falha, primeiro porque propõe que os universais propostos sejam essenciais e não categorias vazias, segundo que eles sejam fundamentados em processos particulares biológicos, psicológicos ou sociológicos e em terceiro que eles sejam defendidos como elementos numa definição da humanidade em comparação com a qual as muito mais numerosas particularidades culturais são de importância secundária. A razão pela qual o primeiro destes pressupostos sejam substanciais e não categorias vazias, é como afirmar que casamento, religião são universais empíricos em termos de conteúdo e isto não é verdade.

Este mesmo autor revela que a noção de que a essência, do que significa o ser humano, é revelada mais claramente nesses aspectos da cultura, que são considerados universais do que naqueles típicos de um povo, é um preconceito presente. Este autor atribui este fato a idéia de que definir o homem através de universais é um caminho menos difícil do que se perder na diversidade de comportamentos humanos existentes.

Na tentativa de alcançar uma imagem mais exata do homem Geertz (1978) propõe duas idéias. A primeira é de que a cultura é mais bem vista não como complexo de padrões concretos de comportamentos, costumes, usos, regras, mas como um conjunto de mecanismos de controle, planos, receitas e instruções para governar o comportamento. A segunda idéia é de que o homem é dependente de tais mecanismos de controle para ordenar o seu comportamento.

A partir de tais reformulações do conceito de cultura e do papel a cultura na vida humana surge uma definição do homem que enfatiza não tanto as especificidades de seu comportamento que Geertz (1978) define como as “banalidades empíricas”, a cada lugar e a cada tempo, mas ao contrário os mecanismos que agenciam as especificidades dessas realizações.

A perspectiva da cultura como mecanismo de controle inicia-se com o pressuposto de que o pensamento humano é basicamente tanto social como público, que seu ambiente natural é o pátio, a praça o mercado. O indivíduo para se auto – orientar usa de símbolos significantes como gestos, palavras, artificios mecânicos como relógios ou naturais como jóias.

Demo (1996), enfatiza três faces do conceito de cultura:

- A primeira diz respeito ao processo de identificação comunitária, ou seja, de grupos. Todo grupo e/ou comunidade possui um processo histórico, onde estão traços típicos que o diferencia de outros, cristaliza-se assim uma forma de pertencimento ao grupo com determinadas características, valores e normas comuns. A partir destes referenciais é que o grupo se sente organizado e institucionalizado, estes traços de identificação fornecem a consciência histórica de pertencimento a determinado grupo ou comunidade. O autor salienta que neste processo de identificação de uma cultura é importante não confundirmos cultura dominada com pretensa falta de cultura, pois cada grupo apresenta características ligadas a seu universo simbólico valorativo.

- A segunda face da Cultura corresponde aos modos de sobreviver e produzir, nesta análise Demo (1996), liga cultura com a potencialidade e criatividade de um grupo humano, e assim manifestada na forma como sobrevive e se reproduz. Contudo este autor salienta que esta consideração não deve ser deturpada pela superestimação da capacidade de sobreviver de comunidades pobres, colocando-as como inventivas, criativas e mascarando assim a face da pobreza presente.

- A terceira face do conceito de cultura diz respeito aos modos de ser e de querer, busca caracterizar as formas de organização da comunidade e os traços participativos dela. Ao lado da dimensão simbólica da necessidade de sobrevivência há também a distribuição do poder. Toda comunidade cristaliza historicamente maneiras próprias de realizar o pertencimento e

organização num grupo, através de elementos de autodefinição, autodesenvolvimento e autopromoção. Estes elementos podem estar expostos implícita ou explicitamente.

Contudo conforme Demo (1996) revela que neste sentido a discussão em torno da cultura pode ser uma estratégia alternativa para repor a questão da participação, ao mesmo tempo em que desmascara o conceito colocando faces negativas. As faces negativas estariam ligadas a formas históricas de exploração, de manipulação, enquanto as faces positivas que são a potencialidade, consciência histórica, a criatividade são necessárias para o grupo ou comunidade construir o seu projeto de ser, ele necessita destas referências valorativas. Neste eixo Demo (1996) afirma que a participação sem base cultural é inventada, esconde-se sob um projeto impositivo e não próprio do grupo.

Nesta visão, a cultura é pluralista e não centralizadora. Identificando-se com o conceito de comunidade, que é uma condição dos processos participativos, sentir-se membro de uma comunidade/grupo, reconhecendo as diferenças das minorias e não confundindo com inexistência, é entender a expressão democrática.

Chauí (1980) ao abordar o tema cultura ressalta a diferenciação entre cultura popular e “cultura do povo”, pois segundo ela esta última expressão reconhece a existência da diferença, da oposição e da luta no interior da sociedade percebida enquanto manifestação da diferença, da oposição e da luta de classes. Pois cultura do povo pressupõe a existência de uma cultura de elite e, portanto formas diferenciadas de interpretar as relações na sociedade. Popular é uma expressão ambígua, pois pode levar a suposição de que normas e valores encontrados presentes classes dominadas, são destas. O adjetivo quanto ruma para o popular encobre a contradição, a luta e então conforme Chauí (1980) ressalta aparece “o adjetivo nacional que desloca a luta interna para um ponto externo à sociedade que permite a esta imaginar-se unificada. Em oposição a esta cultura dita popular há uma cultura de resistência que é a cultura do povo.

A cultura pode ser classificada de diversas maneiras conforme Marconi e Presotto (1985) pode-se classifica-la em material ou imaterial, real ou ideal.

-Cultura material: consiste em bens tangíveis, instrumentos, artefatos e outros objetos materiais, aquilo que é fruto da criação humana. Abrange também as técnicas, normas e costumes que regularizam o uso destes objetos. Já a cultura imaterial abrange os elementos intangíveis da cultura, que se encontram nas crenças, conhecimentos, aptidões, hábitos, significados, valores.

-Cultura imaterial: Segundo Hoebel apud Marconi e Presotto (1985) a cultura imaterial abrange tanto o comportamento manifesto (expresso em ações) como também o comportamento não manifesto, aquele que está no íntimo das pessoas.

-Cultura real: é aquela em que concretamente todos os membros de uma sociedade praticam ou pensam em suas atividades cotidianas. Esta cultura real não pode ser percebida na sua totalidade, pois sempre o real é apresentado como as pessoas o percebem. Já a cultura ideal para Marconi e Presotto (1985), consiste em um conjunto de comportamentos, que embora expressos verbalmente como bons, perfeitos, nem sempre são os freqüentemente praticados.

Quando nos reportamos aos componentes da cultura, de um modo geral, estes são constituídos de elementos como conhecimentos, crenças, valores, normas e símbolos. Para Marconi e Presotto (1985) ao nível de conhecimentos, todas as culturas possuem grande quantidade de conhecimentos que são transmitidos de geração em geração, e na maioria dos casos estes conhecimentos são práticos, englobando aspectos relativos à organização social, à estrutura de parentesco, aos usos e costumes, às crenças, às técnicas de trabalho, etc.

No que se refere às crenças, estas constituem-se de uma atitude mental do indivíduo em aceitar algo como verdadeiro, sendo ou não comprovado cientificamente.

Os valores de um modo geral estão relacionados a objetos e situações consideradas boas, desejáveis, importantes que servem para indicar prestígio, crenças, instituições, etc. Além de expressar sentimentos, o valor incentiva e orienta o comportamento humano.

As normas referem-se a regras que indicam modos de agir dos indivíduos em determinadas situações, consistem em um conjunto de idéias, de convenções referentes aquilo que é próprio de pensar, sentir e agir em data situação.

No nível dos símbolos conforme Marconi e Presotto (1985) estes são realidades físicas ou sensoriais nos quais os indivíduos que utilizam lhes atribuem valores e significados específicos. Os símbolos são constituídos de pessoas, gestos, palavras, ordens, cerimônias, etc, que adquirem um significado específico por meio de atos, atitudes e sentimentos. Conforme estes autores:

A simbolização permite ao homem transmitir seus conhecimentos aprendidos e acumulados durante as diferentes gerações. Eles resguardam os valores considerados básicos para a perpetuação da cultura e da sociedade. A criação deles consiste basicamente, na associação de significados daquilo que se pode perceber pelos sentidos. (Marconi e Presotto, 1985, p.51)

Assim os símbolos que são manifestos por atitudes, cerimônias são perpetuados pela sociedade e se revelam em todos os níveis, como família, escola e no trabalho. Como o enfoque deste estudo é com relação ao trabalho a análise enfocará o aspecto da cultura nas organizações. Beniamino (1992) coloca esta idéia de que como as sociedades possuem costumes, usos estes se refletem nas organizações como veremos a seguir.

3.2 A CULTURA NAS ORGANIZAÇÕES

O interesse pela cultura no contexto organizacional segundo Morgan (1996 apud CRUBELLATE E MENDES, 2000) começou na década de 80, devido aos avanços de empresas oriundas de países orientais principalmente do Japão que passaram a competir com empresas ocidentais, muitas vezes superando-as. Na investigação de saber o porque dessa vantagem competitiva, as pesquisas se voltaram para a análise de elementos simbólicos presentes nestas organizações como valores sociais e religiosos e que aparentemente distinguem a vida nestas organizações.

Desde então várias abordagens passaram a investigar o simbólico nas organizações. Conforme Fleury (1996) as propostas mais simplistas, são as do gênero diagnóstico de clima, estas propostas pretendem aprender os padrões culturais de uma organização através da somatória de opiniões e percepções dos membros desta organização. Conforme Fleury (1996, p.19) estes “assumem uma postura impiricista, de fotógrafos da realidade social, descomplexando-a e chapando-a numa única dimensão”.

Uma outra postura, no entanto age questionando-se a respeito do significado do universo simbólico nas organizações, partem do conceito de cultura como uma rede de concepções, normas e valores, que são tomadas como certas que permanecem submersas à vida organizacional. Para esta proposta para manter ou criar a cultura as normas e valores devem ser expressos aos membros de uma organização de forma tangível, que constitui os ritos, mitos, estórias, gestos. Entre estes ritos estão os ritos de passagem, que consiste no treinamento, os ritos de degradação que tem como exemplo o processo de despedir e substituir

um alto executivo, o rito de confirmação que consiste em seminários para reforçar a identidade social e o poder de coesão, rito de reprodução, atividades de desenvolvimento organizacional, ritos para redução de conflitos, que consiste em processos de negociação coletiva e ainda os ritos de integração que como exemplo pode-se citar as festas de final de natal nas organizações. Esta proposta considera os ritos como algo fácil de identificar, no entanto, difíceis de serem interpretados, o que dificulta a administração da cultura organizacional.

Para Fleury (1996) o autor que apresenta a melhor proposta para a questão da cultura é Edgar Schein, para este autor a cultura organizacional:

É o conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionaram bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas. (SCHEIN apud FLEURY, 1996,p.10)

Segundo este autor a cultura de uma organização pode ser aprendida em vários níveis que são:

-O nível dos artefatos visíveis que corresponde ao ambiente da organização, a forma como as pessoas se vestem, se comportam, e também a estrutura da organização, este corresponde a um nível fácil de identificar, mas difícil de compreender a lógica que move estes comportamentos.

- O nível dos valores que governam o comportamento, como os valores são difíceis de serem identificados, por isto devem ser analisados através de pessoas chaves na organização ou através de documentos formais da organização. No entanto este nível representa os valores manifestos da cultura, isto é, aqueles valores que as pessoas evocam como sendo a razão de seus comportamentos, e que na maioria das vezes são idealizações e não a razão que está por detrás desse comportamento.

-O nível dos pressupostos inconscientes abrange os pressupostos que determinam como cada membro sente, pensa e percebe, na medida em que valores compartilhados pelo grupo levam a determinados comportamentos e como estes comportamentos se mostram eficazes para solucionar problemas. Que é assumido como um pressuposto inconsciente de como realmente as coisas são.

Schein (apud FLEURY, 1996) atribui papel fundamental aos fundadores da instituição no sentido de moldar comportamentos, pois estes imprimem sua visão de mundo aos outros membros, bem como a visão de papel que a organização deve desempenhar. Para a investigação do universo cultural de uma organização, Schein propõe como categoria de análise:

Analisar o teor e o processo de socialização de novos membros, analisar as respostas a incidentes críticos da história da organização, analisar as crenças valores e convicções dos criadores ou portadores da cultura, explorar e analisar junto a pessoas de dentro das organizações as respostas obtidas nas entrevistas (SCHEIN apud FLEURY, 1996, p.21).

Para Alves (1997), a cultura de uma organização é representada por um sistema complexo de crenças, valores, símbolos, artefatos, conhecimentos e significados que traduz as preferências que foram desenvolvidas pela liderança e que são compartilhados pelos demais membros.

Assim a cultura iria se moldando a partir dos problemas, questionamentos e demandas que a organização fosse enfrentando, e a partir das respostas e soluções que coletivamente fosse sendo assimiladas. Neste sentido Alves (1997) coloca a hipótese da empresa ser ou ter uma cultura. Se a empresa é uma cultura para ele não faz sentido falar em cultura organizacional. A segunda hipótese diz respeito ao fato da cultura ser uma variável interna ou um dos elementos componentes do sistema empresa. Ao que parece a segunda hipótese é a mais provável. Ainda segundo este autor existem 3 paradigmas culturais: o da **integração**, **diferenciação**, e da **ambigüidade**.

-No paradigma da integração a cultura é corporativa e monolítica e permeia toda a organização. Os valores e crenças são transmitidos pela liderança empresarial e obtém o consenso dos demais. Sob esta ótica a cultura muda a partir da ação de seus líderes.

-O paradigma da diferenciação aborda a organização como multicultural com várias subculturas sem hegemonia de nenhuma delas. A cultura da organização é vista como uma coleção de subculturas, sem consenso firmado. A mudança cultural nesta ótica tende a ter um impacto localizado, irradiando seus efeitos para a empresa como um todo.

-O paradigma da ambigüidade: neste a cultura aparece como manifestação complexa e difusa. Os componentes culturais não são a priori aceitos como compartilhados pelo grupo.

Nesta ótica a empresa para modificar a cultura precisa usar símbolos comuns em grande intensidade para transmitir mensagens e símbolos unificadores, reduzindo contradições.

Para desvendar a cultura de uma organização Fleury (1996) aponta alguns caminhos abordando os seguintes temas; **O histórico das organizações**, que seria o momento de criação de uma organização sua inserção no contexto político e econômico da época em que fora criada, estas análises propiciariam a estrutura necessária para se compreender a natureza desta organização, seus objetivos, metas; um outro tema a ser investigado seria o **Processo de Socialização de Novos Membros**, que segundo esta autora é através destas estratégias de integração do indivíduo à organização que os valores e comportamentos vão sendo transmitidos e incorporados aos novos membros.

Neste sentido de desvendar a cultura de uma organização Fleury (1996) aponta também as políticas de Recursos Humanos, pois estas ao mediar a relação entre capital e trabalho desempenham um papel importante na construção da identidade, estas políticas devem ser analisadas não só no sentido de agregação e desenvolvimento dos membros, mas também como é política de carreira, de salário.

Neste sentido o processo de comunicação, constitui um elemento essencial a construção, criação, reprodução e cristalização desse universo simbólico, este sistema de comunicação através de opiniões de sugestões ou reivindicações procura reforçar ou até modificar padrões culturais.

A análise da organização do processo de trabalho, tanto em relação as tecnologias utilizadas como em relação ao seu componente social fornece subsídios para se perceber as categorias presentes na relação de trabalho, ou seja, as relações de poder.

Nas técnicas de investigação, tem-se os estudos do tipo diagnóstico que se apóiam em técnicas de levantamento de opiniões, outras privilegiam o enfoque qualitativo, utilizam-se da coleta de dados do tipo secundário através de documentos da organização como de dados primários através de entrevistas e observações, existe ainda a técnica através de métodos quantitativos, entretanto são poucos os autores que se utilizam deste meio de investigação.

Quando a proposta é de mudança dos padrões culturais há resistências dos vários segmentos da organização. Por isto esta é difundida nos momentos de crise, onde então é mais bem aceita, visto o momento de mudança ser percebido como de ruptura, de transformação, de criação e que envolve risco, portanto em momentos estáveis a resistência é muito maior.

A formação de uma cultura organizacional conforme Bertero (1996) é um processo onde entram diferentes variáveis, na medida em que cultura é vista como uma série

de valores, mitos, crenças, é um processo longo de adaptação externa e de integração interna da organização. Neste processo o poder do fundador, diretor ou aquele que rege a organização se faz sentir desde o início através de recrutamento e seleção de membros, além dos processos internos de punir e recompensar, promover, rebaixar ou excluir da organização. Neste sentido este autor afirma que o fundador molda a cultura da organização, ao colocar seus valores, sua visão de mundo, do negócio.

A socialização organizacional conforme Maanem (1996) refere-se à maneira pela qual as experiências de aprendizagem de pessoas que assumem novos cargos, status, ou papéis na organização são estruturadas por outras pessoas dentro da organização. Qualquer modelo de socialização representa um conjunto identificável de eventos que trarão conseqüências de comportamentos e de atitudes mais prováveis que outras.

O autor coloca vários métodos de socialização que denomina de processamento de pessoas. **A primeira pressuposição** traz a noção de que pessoas em processo de transição estão muito ansiosas e são, portanto motivadas a diminuir a ansiedade a aprender o mais cedo possível o novo papel. **A segunda pressuposição** enfatiza que pessoas em processos de aprendizagem precisa de indícios de como proceder. Assim colegas, superiores, clientes estariam a indicar o caminho, seja orientando, pressionam, impedem, o indivíduo que está numa nova função. **A terceira pressuposição** indica que a estabilidade e produtividade de uma organização dependem basicamente de como os novos membros vão executar suas tarefas, assim quando os cargos são passados de geração a geração a sobrevivência da organização, pelo menos em curto prazo, permanece inalterada.

A modificação em uma nova situação de trabalho seja mudança de emprego, setor ou cargo, segundo Maanen (1996), pode resultar para as pessoas em identidade organizacional dramaticamente alterada, em outras situações a mudança pode ser menor, entretanto em qualquer situação pode ocorrer um choque de realidade, onde a pessoa precisa modificar seus conhecimentos anteriores de seu papel de forma sutil ou dramática.

Segundo ainda este autor (1996), as estratégias formais de socialização de novos membros em uma organização passam pela segregação do ambiente de trabalho onde este está inserido, quando mais formal for o processo, maior será a tensão e isto influencia diretamente os valores e atitudes do novo membro. A estratégia formal de socialização prepara os novos membros para assumirem um status na organização, enquanto as estratégias informais os preparam para desempenhar um papel específico dentro da organização. Nos processos informais de socialização o novo membro deve negociar por si próprio dentro da organização o que Maanen considera como um fator que leva a ansiedade. Conforme este autor:

Os processos informais nos quais o novato deve negociar por si mesmo dentro de uma situação mais ou menos estruturada, pode também induzir a ansiedade pessoal. De fato uma pessoa pode ter problemas para descobrir indícios das exatas dimensões ou dos signos associados ao seu papel organizacional em diferentes circunstâncias.” (Maanen, 1996, p.49).

Assim quando não há regras claras do papel e função que este novo membro deve desempenhar faz com que possam surgir situações estressantes, o que pode ser aplicado também a situações novas dentro da empresa que o funcionário precisa se adaptar.

Diante do tema exposto agora se faz necessário analisar estes aspectos com relação ao HIJG, procurando decifrar alguns destes componentes presentes nesta instituição.

3.3 COMPONENTES DA CULTURA ORGANIZACIONAL DO HIJG

Assim como a sociedade tem uma herança cultural as organizações possuem também padrões distintos, sentimentos e crenças coletivas. Conforme Beniamino (1992) toda organização possui uma cultura própria, com seus próprios costumes e usos, a cultura do sistema reflete tanto as normas e os valores do sistema formal, quanto sua interpretação no sistema informal, ou seja, o aspecto cultural pode ser percebido tanto ao nível dos documentos, projetos e programas que a instituição realiza, como também a maneira como as pessoas desenvolvem, vivem isto no dia a dia de uma organização.

Além deste aspecto de valores, para se desvendar a cultura de uma organização é necessário descobrir o Sistema de Crenças e Valores que rege a organização. Alves (1997), coloca que o método de entrevista deve ser usado, tanto em relação aos funcionários, como os gerentes, líderes informais, diretores.

Para Alves (1997) quando se procura delinear a cultura existente em uma determinada empresa, os pontos que devem ser salientados são: os Artefatos Visíveis, O Sistema de Crenças e Valores, Os Sistemas de Comunicação, O Sistema de Símbolos, O Ambiente Empresarial, o Sistema Gerencial-Administrativo, o Processo Decisório, Endoculturação e Treinamento, Competição e Cooperação.

Assim na intenção de delineamento do aspecto cultural do HIJG, identificam-se estes aspectos na realidade específica do hospital. Com relação aos Artefatos Visíveis estes

forneem o complemento para se identificar informaões a cerca da cultura, pois conforme Alves (1997) eles reproduzem com freqüência o sistema de valores predominantes na organizaão.

Neste sentido é necessáio perceber as crenças e valores para se identificar a cultura de uma organizaão, pois conforme Costa (1999), em todas as definiões sobre cultura, os valores aparecem como elementos fundamentais no desvendar desta.

Chiavenato (1992) também coloca que a cultura organizacional está ligada ao sistema de crenças e valores e a forma aceita de interaão e de relacionamento que caracteriza cada organizaão.

Para Katz e Kann (1978 apud Costa 1999) os componentes principais de uma organizaão são compostos por valores, papeis e normas. Os valores e normas são integradores, pois são compartilhados por todos ou pela grande maioria dos funcionários. Os valores correspondem às justificaões e aspiraões mais generalizadas, sob as quais as normas se acham enraizadas. As normas por sua vez prescrevem e sancionam o comportamento dos membros no desempenho de seus papeis. Enquanto os valores e normas são integradores conforme citado anteriormente, os papeis são elementos discriminadores, pois diferenciam o individuo a partir de cargo e funões a ele atribuído.

Conforme foi enfocado no item anterior apreender a cultura de uma organizaão é algo que vai mais além dos artefatos visíveis, ou seja, é preciso não somente perceber como as pessoas se comportam, a estrutura do ambiente, mas também perceber os artefatos invisíveis que Fleury (1996) enfoca que são os valores que governam estes comportamentos.

Este item procurará focar aspectos percebidos no dia a dia do hospital e também retratar percepões obtidas através de documentos como relatórios, dados da pesquisa, projetos, enfim dados observáveis ou documentais que tragam indícios sobre o caráter cultural do HIJG, embora não pretenda abranger a totalidade dos aspectos que este item apresenta dado a subjetividade e amplitude do tema.

Dentro dos vários enfoques sobre a cultura nas organizaões vistos anteriormente o que será utilizado como referência para a análise sobre o HIJG é fornecido por Fleury (1996). Esta autora como vimos anteriormente aponta caminhos possíveis para desvendar a cultura de uma organizaão que abordam os seguintes temas: **o histórico da organizaão, o processo de socializaão de novos membros, a política de Recursos Humanos, o processo de comunicaão, a organizaão do processo de trabalho e as técnicas de investigaão.** Assim sendo, buscar-se-á um resgate desses aspectos com relaão ao HIJG.

Com relação ao histórico da organização o Hospital surgiu no cenário político e econômico numa época de grande ampliação da rede de saúde pública, a construção em 1963 do Hospital Edith Gama Ramos destinado exclusivamente à infância de 0-12 anos incompletos, visando uma infância sadia.

As atividades iniciaram em 1964 após a aquisição de equipamentos, preparo técnico pessoal. Deste o início o Hospital constituiu-se em campo assistencial no atendimento à população infantil e campo didático, enquanto oportunidade de prática aos acadêmicos do curso de medicina. Os pacientes atendidos eram da grande Florianópolis, mas posteriormente passa para todo o Estado de Santa Catarina (SC). Quando em 1965 é instituída a Fundação Médico Hospitalar Catarinense, o até então HI passa a integrar como um de seus organismos. O objetivo desta instituição estava voltado à integração dos serviços hospitalares existentes em SC. Em 1977 iniciou-se a construção do novo Hospital com o término em 1978. Esta construção recebeu impulsos do governo de Konder Reis. Recebe a denominação de Hospital Infantil Joana de Gusmão em homenagem a paulista D. Joana de Gusmão que após a morte do marido passa a peregrinar como romeira e teve papel relevante na ilha de Florianópolis pela construção em 1763 da capela do menino deus, fundando também o colégio das meninas. O Hospital infantil Joana de Gusmão (HIJG) passa a se constituir em instituição de ensino e prestação de serviços à infância de 0 a 15 anos incompletos.

Hoje se percebe a diminuição da rede de saúde com a não manutenção e não ampliação dos recursos em saúde, que conforme relatado no histórico recebia grande impulso financeiro do governo. Este processo de desvalorização da saúde pública culmina também com a desvalorização do profissional da saúde.

Analisando sob este aspecto e através de um projeto de valorização dos funcionários do HIJG (1999) elaborado pela Sub Gerência de Marketing percebe-se que o funcionário público coloca-se como alguém que perdeu o seu status, seus direitos, seu reconhecimento diante da sociedade, conforme expressado pelo responsável por este projeto Carlos César Vieira: “Após anos de dedicação quando estes funcionários do povo pensam que serão reconhecidos, percebem que na verdade estão perdendo direitos adquiridos e com isso vêm seu poder aquisitivo e sua qualidade de vida se deteriorar” (projeto de valorização, 1999, p.08).

No entanto como este projeto não foi implementado na íntegra, senti necessidade de buscar as causas reais de insatisfação dos servidores do HIJG. Para isto realizei junto ao departamento de Recursos Humanos um levantamento dos principais problemas trazidos ao

setor pelos funcionários. Além dos problemas de relacionamentos entre chefia e colegas, consta a questão das perdas que o funcionário público sofreu nestes últimos anos.

Com relação a isto percebe-se que os ajustes neoliberais que desvinculam as verbas que são do SUS para outros segmentos da sociedade trazem conseqüências que são percebidas e sentidas pelos funcionários do Hospital.

Estas conseqüências são perdas se traduzem tanto em termos salariais, como também em relação ao plano de saúde, pois o atual plano Unimed/ Ipesc traz mais restrições contratuais e desconta mais, além do plano, ou seja, constata-se a privatização de um plano de saúde. Além disto há também o desconto para a aposentadoria (conforme levantamento de dados junto ao Recursos Humanos). A falta de funcionários consta também como um agravante do quadro que se encontra hoje os trabalhadores da saúde, e devido a esta falta de funcionários há o cumprimento extenso da jornada de trabalho, além da própria duplicidade de empregos para manter a renda familiar. Assim os funcionários trazem queixas de cansaço e estresse.

Nesta mesma linha de falta de profissionais, é percebida pelo setor de Recursos Humanos a escassez de materiais necessários ao trabalho, desde material administrativo como papéis, máquinas... Como também material para procedimentos médicos. No que tange as perdas efetivas para o funcionário da saúde do HIJG consta: o salário considerado achatado devido a desvalorização da moeda que é uma conseqüência de políticas econômicas que privilegiam o mercado e os donos do capital, o plano de saúde considerado hoje mais restrito e com maiores taxas, as questões de aposentadoria, que com a Constituição Federal de 1988 incorporou novo tempo e assim prorrogou aposentadorias, a taxa de quinquênio, mudança na porcentagem de triênio pago que anteriormente era de 6% e atualmente é de 3%.

Assim nota-se que os funcionários trazem certas expectativas que se remete a um tempo onde os salários eram mais elevados. O que hoje pode ser constatado é que o nível de qualificação técnica exigida é maior, isto pode ser comprovado pela característica dos novos postos de trabalho e neste sentido a Secretaria de Saúde disponibiliza um curso de Técnico de enfermagem aos auxiliares de enfermagem que desejam se qualificar. Assim os trabalhadores são mais exigidos em relação à qualificação do que alguns anos atrás.

Neste sentido o clima organizacional conforme Chiavenato (1992, p.50) "influencia a motivação, o desempenho humano e a satisfação no trabalho". Ainda conforme Chiavenato (1992) o clima organizacional depende das condições econômicas da empresa, da estrutura organizacional, da cultura organizacional, da remuneração, das oportunidades, etc.

Nesta tentativa de se perceber o histórico da organização, no contato com a Gerência de Assuntos Comunitários e Preventivos que atende à familiares de pacientes do HIJG e também coordena programas de apoio e orientação ao servidor fez-se um resgate de alguns aspectos. Segundo a médica responsável por esta área o que houve efetivamente de perda para os funcionários foi a nível salarial, pois os salários não acompanharam a inflação.

Hoje o projeto de humanização do HIJG está pautado em quatro áreas: **a primeira** refere a necessidade de salários adequados, neste intuito proporciona-se aos servidores ganhos indiretos através de programas do SES onde este pode obter corte de cabelo gratuito e também através da participação em feiras de saúde, onde o funcionários recebem diárias.

O segundo foco do projeto de humanização é o treinamento e aperfeiçoamento dos funcionários através de cursos de capacitação. **A terceira área** refere-se a adequação da área física é também uma necessidade procurando realizar reformas onde a abordagem interdisciplinar ocorra procurando a harmonia entre móveis adequados, cores. Neste sentido o alojamento para pais e acompanhantes está sendo revisto com melhores acomodações. E **por último**, mas não menos importante tem-se o programa de recreação e lúdicos, onde as crianças e adolescentes internados podem desfrutar atividades de datas festivas. Estas atividades são realizadas tanto pelo setor de pedagogia como também com a participação de escolas da comunidade. Além disto a Gerência de Assuntos Comunitários e Preventivos realiza um trabalho de aproximação entre com as comunidades e principalmente no desenvolvimento de programas preventivos.

No que se refere aos funcionários realiza-se festas em comemoração a datas como festas juninas, natal, dia das mães com homenagem através de entrega de rosas às mães funcionárias, atividade realizada pela SGAPOS.

Ainda neste sentido de resgate histórico era necessário perceber o principal diferencial entre anteriormente e a realidade atual, a Gerência de Assuntos Comunitários e Preventivos salienta que este se refere ao aumento da clientela, que hoje consta de 95 % de pacientes do SUS oriundos 30% da grande Florianópolis, 35% da grande Florianópolis e os outros 35% de outros municípios do Estado. No entanto o HIJG está constantemente se renovando para atender a demanda crescente. Isto pode ser notado através deste Projeto de Humanização Hospitalar que conta com reconhecimento nacional e também das famílias e pacientes internados, a área do voluntariado que participa decorando o HIJG em datas festivas, através também do preparo psicológico dado aos pacientes através de Assistentes Sociais, Psicólogos, e também no que se refere ao apoio religioso, onde existe uma normativa

que define o livre acesso, os horários, regras para que o paciente possa suprir-se também nesta área.

Neste intuito de aperfeiçoamento o HIJG está em andamento com dois projetos; o Correio Amigo, que procurará resgatar o correio eletrônico e o correio habitual através de correspondência com os familiares e os pacientes internados. E o Projeto de Humanização com acadêmicos de medicina no trabalho com teatro de fantoches. A valorização dos funcionários é ponto chave segundo a Gerente de Assuntos Comunitários e Preventivos: “É impossível confortar os outros se não nos sentirmos confortados”. E no trabalho com os pacientes os funcionários demonstram abdicção, dedicação e total empenho, pois estes possuem uma insatisfação pessoal e não com o HIJG, pois percebem o empenho das gerências em garantir condições dignas de trabalho, apesar do atual quadro da saúde pública hoje, onde não há sequer a manutenção deste sistema.

No que tange ao **processo de socialização de novos membros**, esta estratégia de socialização corresponde a forma de inserção de novos membros à equipe de trabalho. No contexto do HIJG o processo de integração de novos membros ocorre através da Gerência de Enfermagem, Recursos Humanos e da Higienização. Procurarei enfatizar apenas dois destes processos, nos setores de enfermagem e portaria, visto que os processos se repetem variando somente em alguns aspectos específicos do setor envolvido. Na Gerência de Enfermagem conforme contato com a enfermeira responsável⁹, os novos membros que são enviados pela SES (Secretaria Estadual de Saúde) passam inicialmente por uma entrevista com a enfermeira responsável. Nesta entrevista procura-se obter dados com relação a experiências profissionais, preferências de setores de trabalho, etc. a seguir o candidato realiza um teste escrito, visando identificar o nível de conhecimento na área.

Após estas etapas é realizado um treinamento teórico com seis horas diárias durante uma semana. O passo seguinte é colocar o novo membro em rodízio nas unidades do hospital durante um mês, nesta etapa é fundamental perceber a desenvoltura do novo membro, onde o mesmo observa a rotina das unidades e realiza alguns procedimentos. A partir de então o novo membro é colocado numa unidade em regime de escala. Ele possui três meses de adaptação até ser efetivado, no entanto dificilmente deixa-se transcorrer todo o período devido a ordens contratuais.

Na inserção de novos membros é feito análise do conhecimento teórico e prático e também do relacionamento interpessoal. Percebe-se também que a inserção de um novo

⁹ Entrevista em agosto de 2001 no HIJG, para obter dados com relação ao processo de inserção de novos funcionários do setor de enfermagem ao Hospital com Beatriz Rickziegel.

membro implica que este tenha conhecimento amplo do local onde trabalha, pois conhece a rotina de todas as unidades, mesmo daquelas em que não vai efetivar o seu trabalho. O treinamento teórico também coloca o novo membro a par das rotinas do hospital, e a seguir determinadas regras e princípios que são colocados.

No Setor de Higienização, conforme responsável pelo setor¹⁰, o processo de integração de novos membros ocorre através de uma explicação da rotina do processo de trabalho no Hospital. O próximo passo é um treinamento de 40 horas nas unidades do HIJG, após este treinamento o novo membro realiza um curso com o setor de controle de infecção hospitalar, onde recebe instruções de como manusear equipamentos e materiais. A responsável pelo setor enfatiza que apesar de juridicamente os funcionários terceirizados não terem os mesmos direitos que os efetivos, na relação entre estes não há discriminação.

Com relação à **Política de Recursos Humanos** conforme especificado no Capítulo 1 tem como base o apoio e orientação ao servidor, neste apoio estão contidas ações de prevenção aos riscos e agravos advindos do ambiente de trabalho, assim como também a prevenção de doenças. No que diz respeito a orientação existem ações ligadas a promoção como educação em saúde, hábitos saudáveis, orientações específicas e apoio psicológico. As políticas internas balizam comportamentos e decisões, constituindo assim as diretrizes básicas que guiam estas ações. Dutra (1996) enfatiza que na maioria das vezes estas ações de recursos humanos apresentam defasagem entre o real e o formal, ou seja, os princípios e diretrizes não condizem com as práticas administrativas, embora no interior do Recursos Humanos do Hospital não se perceba grande diferenciação entre os projetos e programas e a atuação dos profissionais.

O **processo de comunicação** no HIJG se apresenta de variadas formas através de cartazes afixado em murais, painel eletrônico do refeitório, sistema de viva voz, etc. os funcionários assumem o trabalho como algo de valor afetivo, isto pode ser percebido quando passamos nos setores por ocasião do dia das mães para entregarmos rosas às mães trabalhadoras do HIJG, as funcionárias que não eram mães sentiam-se ofendidas e expressavam isto dizendo que se consideravam mães afinal “cuidavam das crianças internadas”. Assumiam assim o papel de mães no seu imaginário, e isto conferiam ao trabalho uma carga valorativa, no sentido de sentirem-se úteis nos seus papéis.

Neste sentido também a **organização do processo de trabalho** traz intrínsecas relações que deixam claro o envolvimento emocional com o processo. Fleury (1996) aponta

¹⁰ Entrevista com Carmen Lucia da Cunha, chefe de Limpeza do setor de Higienização, em agosto de 2001, com objetivo de obter informações com relação ao processo de inserção de novos membros neste setor.

ser a organização do processo de trabalho uma importante categoria metodológica para desvendar aspectos relativos a formação da identidade da organização e também fornece o referencial para decifrar o simbólico nas relações de poder. O trabalho traz o sentimento de sentir-se útil, de ter dignidade.

O processo de trabalho no HIJG com relação ao paciente acontece de duas formas, uma é através da Emergência quando o paciente é atendido pelo médico e dependendo do caso fica sob observação, ou é liberado após a indicação das medidas necessárias ao tratamento. O outro processo acontece através do Ambulatório, os pacientes são encaminhados pelos postos de saúde que realizam as marcações para médicos especializados, podendo o paciente ser submetido a tratamento cirúrgico ou medicamentoso, quando o tratamento é cirúrgico o paciente fica internado ou aguarda numa fila de espera para a realização da cirurgia.

Importante também destacar que no interior do HIJG há definição clara do processo de trabalho, conforme entrevista com a Assistente Social Dirce Martinelo ¹¹ em outubro de 2001, pois os trabalhadores têm clara a definição de que são contribuintes para a saúde das crianças e em qualquer tarefa desenvolvida esta definição esta implícita, conforme pode-se perceber nas entrevistas e através da assistente social da SGAPOS. O processo de trabalho no HIJG é coletivo, pois a organização e planejamento das ações acontecem no coletivo mesmo quando o trabalho é executado individualmente, antes houve uma *organização coletiva a cerca dele. O sistema de gestão é técnico, fragmentado em áreas: médica, assistência, administrativo e apoio.* No processo de trabalho dos trabalhadores do HIJG, há uma internalização no consciente de cada um de que não se pode cometer erros, pois o erro muitas vezes pode levar a morte. Isto acontece tanto no tratamento com o paciente como na área de alimentação, tratamento da roupa, dos materiais, pois os processos têm uma seqüência, uma lógica e um objetivo comuns: a recuperação do paciente internado. Todos se sentem responsáveis e participes deste processo de cura do paciente e do seu bem estar, sejam eles enfermeiros, médicos, auxiliar de limpeza ou outro profissional. Assim há um partilhamento no processo de trabalho e uma cumplicidade que perpassa o ambiente do Hospital. Há a convivência do paciente com vários níveis e papéis e ele por sua vez compara o atendimento destes profissionais, no entanto estes profissionais estão distantes da realidade de um com o outro.

¹¹ Entrevista em outubro de 2001, no HIJG, com o objetivo de compreender o processo de trabalho dos funcionários do Hospital.

Conforme foi focado no item anterior aprender a cultura de uma organização é algo que vai mais além dos artefatos visíveis, ou seja, é preciso não somente perceber como as pessoas se comportam, a estrutura do ambiente, mas também perceber os artefatos invisíveis que Fleury (1996) enfoca que são os valores que governam estes comportamentos.

Neste intuito de decifrar a estrutura de valores que rege os funcionários do HIJG é importante considerar a afirmação de Dutra (1996) ao afirmar que a estrutura de valores não corresponde a um sistema de valores coerentes e monolíticos que corresponde somente aos interesses de um grupo dominante, na verdade constitui-se de elementos variados, de heranças de períodos diferentes na história. Ao impor determinados interesses a classe dominante precisa conhecer os valores, as ideologias próprias daqueles que quer submeter. Nesta lógica percebe-se que os funcionários culpabilizam o governo pelo déficit que vive hoje a saúde pública muito mais numa atitude de conformismo do que de desejo de alavancar a mudança. Com relação a organização interna na qual uns são contratados, outros concursados e os terceirizados existe uma cultura presente nestes grupos onde o contratado se considera mais interessado no processo de trabalho e conseqüentemente mais produtivo por conta de que o seu lugar não está totalmente garantido e por isso busca se especializar, se atualizar em cursos. Por sua vez os funcionários concursados se consideram como pertencentes ao Hospital como algo que valoriza. Os funcionários terceirizados sentem-se excluídos acham que trabalham muito, mas que não estão seguros, pensam na possibilidade de se efetivarem no Hospital. O contexto sócio econômico hoje destes funcionários é extremamente difícil, um exemplo disto é que num projeto de apoio ao servidor executado no HIJG, onde houve distribuição de cestas básicas cerca de 90% dos beneficiados eram terceirizados. Estes vivem num processo de carência que se manifesta inclusive pela capacidade de satisfazer suas necessidades básicas no que se refere à alimentação.

Neste processo de desvendar a cultura de uma organização Fleury (1985) como vimos anteriormente coloca a importância das técnicas de investigação a serem utilizadas. Assim existem os estudos do tipo diagnóstico de clima e cultura organizacional, que usam técnica de levantamento de opiniões com questionários e se apóiam em dados quantitativos. Outra linha, no entanto privilegia o enfoque qualitativo, configurando-se em levantamento de dados secundários da própria organização como relatórios, manuais, etc e dados primários que consistem em entrevistas (estruturadas ou não estruturadas e a observação).

Assim o próximo capítulo abordará a questão da participação e valores e crenças dos funcionários a partir do processo de pesquisa realizado no HIJG.

4 A PARTICIPAÇÃO

4.1 METODOLOGIA DA PESQUISA

Como já foi mencionado anteriormente o tema desta pesquisa é a questão da participação dos funcionários nos projetos sociais desenvolvidos pelo Hospital, pois durante o período de estágio percebi a importância de estar verificando o que leva os funcionários a participarem ou não, de determinados projetos. Neste sentido inclui-se a importância de *colocar-se a questão da cultura, os valores e crenças que influenciam nas suas decisões de estar atuante*, a percepção destes funcionários em relação aos projetos desenvolvidos em um determinado período, como participaram, os motivos da não participação. Enfim dados que possibilitasse uma maior compreensão sobre a questão da participação dos funcionários nos projetos. (Vide questionário da pesquisa - Anexo 3).

Neste item serão abordados os procedimentos metodológicos da pesquisa, onde o que procurou focar foi as percepções dos funcionários do HIJG sobre os valores e crenças componentes da cultura organizacional, bem como a questão da participação nos projetos sociais desenvolvidos no período de 2000/2 a 2001/1. Os projetos abordados foram o Projeto Preventivo de Câncer Ginecológico, o Projeto de Lazer, o Projeto de Capacitação e o Projeto Funcionário Destaque (Vide Relatórios –Anexos 4, 5, 6 e 7 respectivamente). Dentro deste período de 2000/2 a 2001/1 foram executados outros projetos sociais, no entanto não foram todos abordados devido ao fato de alguns ainda estarem em andamento como o de atividade física. Assim foram eleitos quatro projetos para servirem de base para as análises.

A pesquisa foi realizada no HIJG no período de agosto de 2001 a novembro de 2001, os participantes foram selecionados aleatoriamente de acordo com o tipo de contrato, ou seja, se concursados, celetistas (contratos conforme a C.L.T.) ou terceirizados e ainda os que possuem duplo emprego. Dentre este grupo foram selecionados 5 funcionários de cada grupo. Tal atividade foi desenvolvida no próprio ambiente de trabalho, sendo selecionados de acordo

com o tipo de contrato e com a disposição do funcionário que estava no momento no setor e que atendia a este requisito. Os setores abordados foram a Sub Gerencia de Marketing, a Portaria, a Lavanderia, Higienização, Enfermagem, Área Médica, Recursos Humanos, Centro de Materiais e Esterilização, Pedagogia e Direção.

A técnica utilizada foi a observação direta extensiva conforme Lakatos e Marconi (1986) trata-se de documentação direta onde o pesquisador usa um formulário com um roteiro de perguntas que são preenchidas por ele com as respostas do pesquisado. A amostragem foi a probabilística, ou seja, todos os funcionários tinham a mesma possibilidade de serem escolhidos dentro do grupo característico.

Quanto aos critérios científicos usados no método de Entrevista adotado:

-Confiabilidade: no método utilizado, ou seja, o método qualitativo conforme Richardson (1985), existe uma relação de proximidade entre entrevistador e entrevistado o que garante informações detalhadas da fala, dos gestos...

-Validez: este item indica a capacidade do instrumento produzir medições adequadas e precisas para se chegar a conclusões concretas, assim como a possibilidade de aplicar estas descobertas a grupos semelhantes. No método qualitativo dado a proximidade de entrevistador e entrevistado é mais fácil detectar casos extremos e permite compreender melhor os fatos estudados. No entanto Richardson (1985) ressalta a importância de não se usar de subjetividade nas conclusões.

A análise da pesquisa ocorreu com a tabulação dos dados e a verificação da frequência com que determinadas informações foram apresentadas, para a partir de então iniciar-se a compreensão destas aliadas ao universo teórico anteriormente adquirido.

As informações obtidas na pesquisa foram: primárias, através da técnica descrita anteriormente e as secundárias que são informações complementares recuperadas através de formulários, relatórios dos projetos e entrevistas com o responsável pelo projeto, quando as informações contidas nos projetos estavam incompletas. Na fase de coleta de dados secundários os relatórios dos projetos não estavam sistematizados, por isto houve a necessidade de se elaborar os referidos relatório, nesta fase foram feitos contatos com a sub – Gerência de Marketing (Carlos César Vieira), SGAPOS (Assistente Social Dirce Martinello), e (Nutrição), Ivan Lazaro Costa.

4.2 A PARTICIPAÇÃO

O termo participação ao mesmo tempo em que apresenta uma positividade no sentido de democracia de estar atuante em uma determinada decisão ou fato, apresenta também um sentido negativo que Nascimento (1986) relaciona ao autoritarismo presente em muitas práticas ditas participativas.

Para Demo (1996) participação é conquista, pois envolve um processo no sentido de se estar sempre fazendo. Neste sentido a participação não pode ser entendida enquanto concessão ou dádiva pois é um processo de autopromoção¹². Esta autopromoção contrapõe-se a efeitos residualistas, compensatórios e emergenciais. Conforme este autor:

É através destes efeitos que reservamos migalhas para os pobres ou ofertas empobrecidas. Ao pobre uma educação pobre, enquanto que para a população rica estão disponíveis universidades gratuitas e de alto nível... a lógica da concentração sobrepõe-se a lógica da distribuição. (DEMO, 1996, p.69)

Neste sentido este autor (id 1996) assinala que enquanto conquista a participação é uma das dimensões básicas que fundamentam o conceito de cidadania. Não há só direitos, mas deveres. Isto nos coloca a questão de que quando há um direito também há o dever de estar cooperando no processo para ter o acesso a este direito, ou seja, é imprescindível conquistar a participação para que esse direito se efetive. Quando a sociedade não assume determinado direito como conquista sua e não participa fazendo este direito valer, há uma postura assistencialista que percebe este direito como favor. Conforme Demo (1996, p.24): “Educação comunitária e participativa significa, entre outras coisas, que de um lado, o Estado se compromete a sustentar a necessária rede de atendimento e, de outro que a sociedade a assume como conquista sua”.

Na medida que a sociedade percebe este processo de conquista de direitos onde o Estado é um instrumento da sociedade civil e os serviços públicos são um direito desta população, ela passa a exigir uma melhor qualidade nos serviços prestados, ou seja, não são um mero favor e por isto não se deve aceitar uma postura assistencialista. A sociedade e a pessoa humana são detentoras de direitos e deveres.

¹² Autopromoção: característica de uma política social centrada nos próprios interessados, que passa a auto gerir a satisfação de suas necessidades, com vistas a superar a postura assistencialista de carência e ajuda.

Contudo Demo (1996) afirma que processos participativos acentuam a cidadania organizada e não a individual. Pois a organização traduz um aspecto importante da competência democrática que é a coerência participativa com estratégia de mobilização e influência. Já a cidadania individual não tem relevância como estratégia de transformação social.

Assim participação para Demo (1996) é exercício democrático, é através dela que exercemos nossos direitos políticos, civis e sociais. No entanto boa parte da população não tem noção clara disto, pelo que se pode notar através dos processos eleitorais onde é encarado muito mais que um dever do que um direito, pois não se continua o processo do exercício democrático, exigindo que as pessoas eleitas cumpram o seu papel de representar interesses do coletivo. Além da pouca visibilidade que se tem dos direitos sociais como direitos, pois muitas vezes estes vêm na ótica do favor o que obscurece o seu significado e aliena o sujeito, impedindo assim uma participação efetiva.

Na visão de Nascimento (1986), a questão da participação contém duas tipologias. **A primeira** refere-se ao modelo no qual os resultados já estão definidos a priori, já se sabe de antemão a quais resultados se desejam e usam de práticas manipulatórias para atingi-los, sendo que estas práticas são na maioria das vezes inconsciente.

Neste modelo as oposições, os imprevistos são eliminados e não discutidos como parte do processo participativo. Assim o processo instaurado não passa de uma forma de legitimar os resultados aos quais se deseja alcançar.

A segunda tipologia consiste em um modelo onde os resultados não são determinados antes do processo, mas no seu decurso pela interação dos atores envolvidos. Os proponentes desenham alternativas possíveis, mas não tomam a decisão. A natureza do processo participativo impede os proponente de determinar previamente os resultados a serem obtidos, cada um participa, levando seus desejos, interesses, sonhos, saberes.

Os dois modelos existentes segundo a visão de Nascimento (1986), diferem quanto às regras, ao lugar da decisão, à função dos proponentes, à distribuição de poderes, no entanto o autor ressalta que a principal diferença é o binômio, certeza \ incerteza, enquanto um nasce no terreno da certeza prévia, onde os resultados, já estão determinados antes do processo, o outro, no entanto, atuando no terreno da incerteza, têm os resultados como determinados durante o processo. Enquanto o primeiro modelo remete ao autoritarismo, o segundo ao regime democrático.

Analisando o modelo autoritário as opiniões, as falas da população alvo não interferem no processo, principalmente se essas são contrárias ao inicialmente proposto.

Ainda conforme Nascimento (1986) o autoritarismo não reside na desigualdade de poder entre os participantes do processo, mas sim o fato de que o poder se assenta em pessoas e não em regras. Ao contrário no modelo democrático, ninguém tem assegurado a sua decisão pelo mérito de sua posição, a luta constante do processo determinará os resultados. No entanto este modelo democrático não significa incerteza absoluta, pois os resultados podem ser previsíveis. Porém não são determinados a priori. O poder não está em pessoas, mas em regras estabelecidas e aceitas pelos atores do processo.

É necessário salientar que estes dois modelos correspondem a modelos ideais e que na prática pode ocorrer uma aproximação de um ou outro, sem, contudo, nenhum deles ocorrer na sua integralidade. Nascimento (1986) salienta que o importante não é a classificação do processo, mas como transformá-lo, aproximando-o do modelo democrático.

Para Baptista (1987) o tema participação tem sido ambíguo e equivocado quando ao seu sentido devido aos posicionamentos ideológicos-práticos que o tem permeado.

Na visão desta autora, estes equívocos são originados pelo fato da participação ser uma categoria complexa e transitiva que possui um sentido etimológico, é um processo físico ou mental de tomar parte em algo (Silva apud Baptista 1987). É um processo que só adquire sentido quando explicita o objeto sobre o qual a ação se faz; é o predicado que lhe vai dar a dimensão e o âmbito (participação social, participação em programas, participação comunitária, etc).

A participação ainda segundo Baptista (1987), expressa nestes âmbitos é um ato que exprime uma relação, e os atos humanos sociais são respostas às questões que se colocam aos indivíduos, grupos, classes... Deste modo a participação tem uma intencionalidade, uma objetivação, ou seja, possui um sentido, uma teleologia.

Nesta perspectiva esta teleologia está vinculada as diversas formas de ver o mundo, às ideologias e utopias que lhe fornecem conteúdo de valor, de sentimentos, de idéias e procedimentos. Conforme Baptista (1987) estas diversidades de ideologias que conferem à participação um caráter complexo.

Tomando por base Lima (1979), percebe-se que muitas vezes dicotomiza-se a participação em dois tipos: a passiva e a ativa. A passiva refere-se ao acesso a bens, serviços e recursos presentes na sociedade como saúde, trabalho, etc. E a ativa refere-se a participação nas decisões a nível das organizações, empresas, sistemas de atuação política, econômica e social do País. Então a falta de participação passiva ou ativa passa a ser concebida como marginalidade, ou seja, aquele indivíduo que não se integra a nenhum grupo, conforme Stonequist:

O homem marginal é o indivíduo que por meio da migração, casamento, educação ou outras influências, deixa um grupo social ou uma cultura sem realizar satisfatório ajustamento a outro grupo, acha-se à margem de cada um deles, sem estar integrado em nenhum. (STONEQUIST 1973 apud LIMA 1979, p.27)

No entanto Lima (1979) afirma que é preciso abandonar esta dicotomia para criar uma categoria mais abrangente, que é a participação social difusa, cujos indicadores seriam os atos cotidianos. Esta autora assinala que existem dois enfoques básicos sobre a participação social: o enfoque funcionalista e o enfoque histórico estrutural.

-Enfoque Funcionalista: neste enfoque a concepção da sociedade baseia-se no consenso e na estrutura dos elementos que a formam, não se considera relações contraditórias entre indivíduos, grupos ou classes sociais.

-Enfoque Histórico Estrutural; este privilegia a noção de estrutura econômica, política e ideológica nas formações sociais concretas, procurando no período histórico as causas que leva a marginalidade e ou a participação.

Entretanto Cardoso (apud LIMA, 1979), coloca que a participação não pode ser vista enquanto oposto ao estado de marginalidade, não se pode analisar a participação como decorrente de sua integração ou não à sociedade, visto que é o processo de desenvolvimento que condiciona e limita as manifestações sociais, culturais e políticas.

Tomando por base este enfoque histórico estrutural nota-se que outros autores também remetem a esta questão como Demo (1996) ao afirmar que não está em nossos hábitos participar é um processo milenar de recebermos dos outros e que grande parte da história da humanidade esteve movida a isto. E esta relação de não participação está ligada a uma sociedade autoritária que convive com regimes autoritários. No entanto este mesmo autor (idem 1996) coloca exemplos positivos de participação levando-se em conta o período histórico como no caso da democracia europeia que foi conquistada num processo histórico secular, até o entendimento de que a sobrevivência participativa é preferível ao acirramento das desigualdades.

Analisando o Serviço Social frente à participação, Baptista (1987) faz uma trajetória de resgate de como as ideologias incidem sobre as propostas de participação do Serviço Social, na busca de explicações cada vez mais aproximadas de seus significados e de suas formas de manifestação no discurso e na prática dos assistentes sociais. Esta via de análise permite identificar as diferentes abordagens em seus momentos sócios – históricos, perceber também em quais limites e possibilidades as propostas se situam e assim detectar quais as formas mais autênticas e inautênticas de manifestação.

Para o autor o Serviço Social desde o princípio de sua prática esteve preocupado em levar as pessoas com as quais trabalha a fazer parte do processo desencadeado, não só como princípio de valor, mas como estratégia de ação.

Em face disto a proposta central dos primeiros assistentes sociais era a expansão da doutrina social da igreja em um movimento doutrinário que visava a transformação da sociedade no sentido de sua recristianização frente ao avanço do comunismo. Esta proposta colocava a necessidade de haver um trabalho que levasse as pessoas a uma participação na doutrina.

Entretanto com a profissionalização do Serviço Social esta proposta básica sofre uma inflexão, e passa a ser o atendimento às necessidades básicas o enfoque principal. Neste novo contexto a participação se relaciona com a concepção de resgate do elemento ético da liberdade individual. A participação se refere ao comportamento individual de procura e livre escolha de um projeto pessoal. A ação do profissional se volta para medidas de autodeterminação e autodesenvolvimento do indivíduo. A existência de tensões na sociedade que se traduziam na desigualdade de bens e serviços, levava os profissionais a um limite de sua prática profissional permeada pelo limite das instituições.

Assim a participação se opera na relação assistente social/ usuário seguindo os princípios de liberdade e autodeterminação do liberalismo burguês, se situando entre os limites impostos pela instituição.

Com a expansão da ideologia desenvolvimentista a questão da participação ganha importância e espaço tanto nas discussões dentro da profissão como fora do seu âmbito, extrapolando os marcos do individualismo do pensamento liberal. Na década de 50 com as discussões em fóruns internacionais sobre desenvolvimento/subdesenvolvimento, e com a interferência direta de agências internacionais. É que o tema participação passa a ser tratamento privilegiado das discussões no Serviço Social.

O foco central das ações desencadeadas pelo Assistente Social segundo Souza (1984) são a observância das exigências de funcionamento da instituição e a criação de condições de eficácia frente a população cliente. Quando um problema é detectado ele diz respeito sempre aos bloqueios de funcionamento e eficácia das organizações provocadas pela população, e quase nunca aos bloqueios de participação da população.

Dessa forma o problema da organização centra-se no problema do funcionamento e eficácia, enquanto o problema da população alvo passa a ser o problema da participação social. Souza (1984) salienta que se o compromisso do profissional reside na população alvo, então o seu foco enquanto problemática deve ser os bloqueios de participação provocados

pelas organizações e instituições. A prática profissional traz contradições no sentido de muitas vezes o objetivo institucional e do profissional estarem desvinculados da problemática real dos sujeitos envolvidos no processo.

Identificam-se como questões chaves para romper com estes entraves no processo participação, o que Souza (1984, p.98) enfoca: “O reconhecimento dessas condições implica que todo o contexto e dinâmica social sejam conhecidos, uma vez que é nesta realidade que se encontra a clientela”.

Em face disto os objetivos da participação social se realizam através do processo de conscientização¹³, organização¹⁴ e capacitação¹⁵ da população no sentido de fazer dos referidos serviços e organizações meios de expressão das lutas e reivindicações que desencadeiam o processo de participação.

Analisando a orientação a população pressupõe-se que esta esteja ciente das normas de funcionamento das organizações, pois é neste campo que se situam as ações da instituição. Neste sentido Souza (1984, p.105) afirma: “O reconhecimento de que a organização existe em função da operacionalização ou realização de determinadas idéias, valores e normas, é fundamental para a ação profissional”.

Na visão de Souza (1984) o Serviço Social é uma atividade técnico-científica que tem como objeto de ação os problemas de participação da população decorrentes das relações que esta mantém com a organização e serviços, visando a partir dessa relação desencadear um processo de participação que o desenvolvimento social requer destes sujeitos.

Frente a isto o objetivo deste profissional é desencadear um processo de ação/reflexão a partir dos problemas de participação da população, provocados pelas exigências de funcionamento das organizações e eficácia das mesmas. A população neste processo deve estar consciente e capacitada a enfrentar estes desafios, levando-se em conta as exigências que esta população possui, visto que os serviços estão a ela destinados.

Nesta ótica Souza (1984) coloca que a problemática da participação se manifesta na medida que a organização se dispõe a atender os problemas imediatos destes sujeitos e isto implica a observância de normas e valores da organização. Esta visão, no entanto se torna imediatista quando o profissional de serviço social não investiga as necessidades reais de

¹³ Conscientização: processo em que a população, a partir de sua realidade existencial, passa a ampliar sua percepção, a estabelecer correlações de causa e efeito sobre esta realidade, a formular juízos críticos e a tomar atitudes em face dela.

¹⁴ Organização: processo em que as ações grupais desenvolvidas pela população passam a ser assumidas como elemento de força social para se contraporem aos seus problemas existenciais.

¹⁵ Capacitação: processo em que a população passa a assumir gradativamente o seu próprio processo de conscientização e organização e se torna capaz de estender a sua experiência ao todo social, tende a encontrar novos modos de agir que respondam mais diretamente aos seus problemas.

participação da população, ampliando assim a capacidade de participação deste segmento. Assim torna-se imprescindível levar em conta o saber da população a cerca de sua problemática, e não somente conduzi-la a uma postura de aceitação do estabelecido. Desta forma percebe-se uma relação de complementaridade entre organização e população, onde o objetivo da organização é o funcionamento eficaz do sistema social e o da população é participar das definições, decisões de modo a garantir condições de sobrevivência e de cidadania em face de seus direitos e não na ótica do favor.

Na relação entre pessoas e a organização existe uma intensa interação com base na reciprocidade que Chiavenato assinala:

As pessoas procuram uma organização porque esperam que sua participação nela poderá satisfazer algumas de suas necessidades pessoais. Para obter essas satisfações as pessoas estão dispostas a incorrer em certos custos....por outro lado a organização procura pessoas na expectativa de que elas trabalhem e desempenhem suas tarefas.(CHIAVENATO, 1992 , p.57).

Nesta perspectiva a participação é um processo compartilhado entre organização e seus funcionários e a organização deve conforme Chiavenato (1992) incentivar os funcionários à participação através de três aspectos fundamentais que são o **envolvimento emocional**, **a motivação para contribuir** e **a aceitação de responsabilidades**.

No que concerne a administração participativa as pessoas obtém reais possibilidades de participar, com liberdade de questionar, sugerir, modificar, sem, no entanto que isto signifique falta de hierarquia. Chiavenato (1992), coloca que a administração participativa é perfeitamente compatível com a hierarquia e não anula os centros de poder de uma organização, mas que oportuniza as pessoas à contribuir , estimula à participação nos processos.

Dessa forma a participação impõe uma clara definição de metas e objetivos da organização, um trabalho de equipe onde prevaleça o sentimento de pertencimento ao grupo e a informação para que as pessoas possam estar cientes do que acontece e qual a parcela de contribuição que podem oferecer e a partir disto possuir um sentimento de responsabilidade frente ao seu cargo, grupo e empresa.

Assim em face da importância da participação nas organizações segue uma análise sobre esta questão no HIJG com base nas entrevistas, relatórios entre outras fontes.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente há a análise dos dados funcionais dos entrevistados, que correspondem a primeira parte do questionário abrangendo grau de escolaridade e data de ingresso no Hospital.

Com relação ao **Grau de Escolaridade**: esta distribuição está baseada nas 4 categorias de funcionários pesquisados, ou seja, os concursados, terceirizados, celetistas e com duplo emprego.

Tabela 1-Grau de escolaridade dos pesquisados

ESCOLARIDADE	ENTREVISTADOS	PERCENTUAL
1º Grau Incompleto	02	10%
1º Grau completo	04	20%
2º Grau Incompleto	03	15%
2º Grau Completo	10	50%
3º Grau Completo	01	5%
Total	20	100%

Fonte: questionários.

Com base nestes dados verifica-se que a maior porcentagem dos funcionários pesquisados (50%) possui segundo grau completo, o que demonstra uma certa qualificação dos servidores.

Isto aponta para um acesso com mais facilidade aos meios de comunicação na forma escrita e aos canais de informação utilizados nos projetos como folders, cartazes, impressos em geral.

No que se refere a **Data de Ingresso** esta corresponde a data em que o funcionário foi efetivado no quadro funcional do Hospital, onde pode-se verificar o tempo de serviço dos funcionários entrevistados da instituição.

Tabela 2- Data de ingresso no HIJG

PERÍODO/ANO	ENTREVISTADOS	PERCENTUAL
80 – 88	06	30%
90 – 98	10	50%
2000 – 2001	04	20%
Total	20	100%

Fonte: questionários.

Como se observa o tempo de serviço dos funcionários no HIJG há uma incidência maior de funcionários com mais de 12 anos de serviço. Conforme dados dos questionários este percentual se faz mais presente entre os funcionários concursados, no entanto existem 2 funcionários celetistas nesta faixa de tempo de serviço o que demonstra uma estabilidade independente do tipo de contrato.

Considerando a análise dos **Valores Organizacionais**, a primeira questão a ser analisada é com relação ao que o funcionário possui como crença de que seja importante no HIJG. Este item procura focar a percepção do funcionário em relação ao hospital tanto em relação a estrutura física como das relações. A segunda era relativa a percepção do funcionário sobre o seu papel no Hospital, como ele se vê. A terceira questão é em relação a valorização, ou seja o que o funcionário coloca como importante para a valorização de seu ambiente de trabalho e melhor qualidade de vida. E a quarta e última questão deste item enfoca as atividades de interesses dos funcionários visando dar subsídios para projetos posteriores ou dar continuidade aos já existentes.

Tabela 3-Valores dos funcionários

VALORES	ENTREVISTADOS	PERCENTUAL
Respeito ao Paciente	07	35%
Amizade	04	20%
Função	03	15%
Respeito	02	10%
Outros	04	20%
Total	20	100%

Fonte: questionários.

Como se observa no tocante aos **Valores dos Funcionários** na tabela 03, verifica-se que a maior porcentagem (35%) dos funcionários coloca o respeito ao paciente como prioridade no HIJG. Esta importância do paciente no contexto do HIJG pode ser traduzida

numa frase de um funcionário onde aparece não somente a questão cura, mas também se refere ao paciente estar se sentindo bem neste ambiente, conforme denota-se a seguir:

“O atendimento aos pacientes... o bem estar das crianças”. (Funcionário R.J.J.)

Relacionando este item sobre o que é mais importante no HIJG ao fator que menos aparece, a questão da escassez de recursos sejam materiais ou humanos está presente no discurso de um funcionário. Conforme explicitado na fala a seguir:

“É difícil tudo tem um déficit de material, de assistência de estrutura, pessoal”.
(J.M.P)

Conforme Freire (1999), a cultura dos indivíduos na organização influencia a cultura organizacional e conseqüentemente a mudança organizacional. Neste enfoque evidencia-se que se entre a organização e os funcionários coexistir uma relação de lealdade e integração os funcionários procurarão o interesse da organização, pois estarão se sentindo como pertencendo aquele sistema. Neste sentido é importante salientar a opinião do diretor administrativo do HIJG Tomedy Beltrame¹⁶ ao enfatizar que a participação agrega os funcionários em torno de um objetivo e que amplia a visão de mundo destes funcionários.

Na tabela 03 constatamos que há uma predominância de valores de integração em relação ao grupo e ao Hospital o que Freire (1999) coloca como essencial para uma nova gestão de recursos humanos onde se deseja imprimir uma mudança na organização. No entanto conforme opinião do diretor administrativo do HIJG, os funcionários possuem resistência a mudança.

Assim faz-se necessário trabalhar com estes valores, no sentido de sua propagação e valorização.

¹⁶ Entrevista em agosto de 2002 no HIJG, com o objetivo de compreender qual a percepção da direção em relação a participação dos funcionários nos projetos que o Hospital desenvolve.

Tabela 4- Valorização do trabalho

VALORES	ENTREVISTADOS	PERCENTUAL
Realização	08	40%
Bom Relacionamento	06	30%
Responsabilidade	03	15%
Mal Aproveitada	02	10%
Sobrecarregada	01	5%
Total	20	100%

Fonte: questionários.

Analisando o item **Valorização do Trabalho**, focando a questão de como os funcionários percebem o seu trabalho no HIJG, verifica-se conforme tabela 04, que a realização no trabalho é um fator que predomina (40%) colocando inclusive a questão do seu trabalho/função ser importante para o processo de trabalho como um todo inclusive para a saúde das crianças, não importando qual a função que o funcionário exerce. Isto pode ser comprovado na fala a seguir de duas funcionárias da Higienização:

“Me sinto como uma doutora, faço com vontade, não importa o que você faz, faça bem feito, com amor”.(M.N.P.)

“O trabalho é importante para continuação da saúde das crianças, não é só varrer ou passar pano”. (L.S.P)

Os valores segundo Freitas (1991) são conceitos que fornecem um senso de direção comum e um guia para o comportamento do individuo ou do grupo. Simbolizam as crenças básicas de uma organização e a forma de atingir seus objetivos.

Para Marconi e Presotto (1985) os valores representam situações de prestígio, crenças e orientam o comportamento humano nas organizações.

Neste sentido constata-se que no Hospital os valores estão associados a questão da responsabilidade com a tarefa, assumindo o seu processo de trabalho e tendo clareza de que a atividade seja qual for tem uma importância para o processo de saúde / doença do paciente internado.

A partir do que procurava-se levantar sobre o que os funcionários percebiam como sendo necessário para melhorar a qualidade de vida e de trabalho e como o HIJG

poderia estar interferindo neste processo foi elaborada a tabela a seguir que apresenta os valores da qualidade de vida e de trabalho dos funcionários.

Tabela 5-Valores da qualidade de vida e de trabalho

INTERESSE DOS FUNC.	ENTREVISTADOS ^o	PERCENTUAL
Valorização do Funcionário com Cursos	09	45%
Concurso Público	04	20%
Acesso às Informações	03	15%
Disponibilidade dos Materiais Necessários ao Trabalho	03	15%
Incentivos/ creches/ tickets	01	5%
TOTAL	20	100%

Fonte: questionários.

Analisando o item **Qualidade de Vida e de Trabalho** com base na tabela 05 torna-se necessário enfatizar que a questão que subsidiou esta discussão foi com relação a como os funcionários sentiam como necessário para melhorar sua qualidade de vida e de trabalho e o que o HIJG poderia estar realizando. Como pode-se notar a maioria dos funcionários (45%), colocou a necessidade de haver cursos como os de capacitação para o trabalho que exercem e também cursos que trouxessem informações educativas com relação a saúde, bem como os cursos de valorização do funcionário. Em segundo lugar aparece a necessidade de concursos públicos o que foi constatado entre a maioria dos entrevistados que não eram efetivos. No que diz respeito a ter os materiais necessários a execução do seu trabalho este fator aparece aliado a emoção e ao sentimento de pertencer ao Hospital. Na fala a seguir quando perguntado sobre o que o HIJG poderia fazer visando uma melhor qualidade de vida e de trabalho do funcionário, este respondeu:

“Dando condições, (...) fico triste, precisa de material para trabalhar, se eu tivesse dinheiro eu comprava” (M.N.P.)

“O ideal é aumentar o número de funcionários que no momento é reduzido, além disso, os agravantes dos atestados de saúde...” (I.L.C.).

O item que mais aparece é com relação aos cursos (45%), estes estão associados a uma maior valorização do trabalho e dos funcionários. Conforme Alves (1997) os valores são

atitudes compartilhadas que as pessoas possuem do que é mais importante e acessível ao grupo a que pertencem. Eles atuam como padrões quanto a forma de sentir, agir, e como roteiros para a escolha de objetivos ou soluções alternativas a determinada questão. Assim o próprio funcionário aponta soluções e caminhos em face de determinada circunstância. Conforme falas a seguir:

“Mais valorização do trabalho através de cursos de capacitação”.(R.M.G.)

“Cursos de relacionamento, motivação, aprender a trabalhar com o stress”. (A.C.^a)

Tabela 6-Atividades de interesse

ATIVIDADES	ENTREVISTADOS	PERCENTUAL
Cursos de aperfeiçoamento	06	30%
Projetos de Prevenção/Saúde	04	20%
De integração	03	15%
Não respondeu	04	20%
Ginástica	02	10%
Acesso à informação	01	5%
Total	20	100%

Fonte: questionários.

Analisando a tabela 06 referente às atividades de interesse dos funcionários, estes revelam um maior interesse em cursos de aperfeiçoamento em relação ao trabalho. Esta tabela mostra uma tendência já observada na questão anterior de um comprometimento do funcionário em relação ao seu processo de trabalho, o que muitas vezes coloca outras áreas como de sua própria saúde em segundo plano. No entanto há a percepção de que atividades de relaxamento paralelas ao trabalho são benéficas conforme falas a seguir:

“Ginástica, relaxamento, o trabalho é estressante”(R.V.)

“Ginástica e gincana a gente se diverte muito”(M.N.P.)

Neste item é interessante nota-se que aparece em número bastante reduzido (5%) o acesso a informação como sendo uma necessidade do funcionário. Apesar do HIIG possuir uma estrutura bastante ampla, turnos de trabalhos variados o que acarreta dificuldades no acesso à informação o que leva o funcionário a um distanciamento da instituição, ou seja, ao que acontece na instituição em termos de eventos.. Conforme Freitas (1991) o processo de

comunicação cria uma cultura revelando atividades comunicativas de natureza formal ou informal e as pessoas interagem através desta troca de mensagens que refletem modelos com significados bons, maus, certos ou errados para a organização. Assim muitas vezes os comportamentos revelam distorções em relação ao que a organização deseja, pois houve um entrave neste processo de comunicação.

No que se refere a análise sobre a **Participação dos Funcionários nos Projetos**, este item enfoca este aspecto nos projetos sociais desenvolvidos pelo HIJG no período de 2000/2 a 2001/1. Os projetos que constam nesta relação como já mencionamos anteriormente são: o Projeto Preventivo de Câncer Ginecológico, o Projeto de Lazer, o Projeto de Capacitação e o Projeto Funcionário Destaque.

A análise sobre a participação nestes projetos está baseada em autores que abordam o tema, bem como em relatórios dos projetos, que precisaram ser elaborados, visto que as informações estavam dispersas em vários documentos e em alguns momentos houve a necessidade de se complementar estas informações com o responsável pelo projeto e assim elaborar um relatório onde estivessem contidas informações importantes acerca dos referidos projetos.

Em face da necessidade de estar compreendendo o porque da **Não participação**, esta questão procurou focar quais os empecilhos a uma participação nos projetos sociais desenvolvidos no HIJG. Dessa forma procurou-se detectar se houve algum tipo de falha na implementação do projeto ou se existe alguma outra causa, a fim de traçarmos indicativos para uma maior participação em projetos posteriores.

Tabela 7- Motivos da não participação
Projeto Preventivo de Câncer Ginecológico

MOTIVOS	ENTREVISTADOS	PERCENTUAL
Movimento no setor	09	45%
Não respondeu	05	25%
Falta de Informação	04	20%
Outros	02	10%
Total	20	100%

Fonte: questionários.

Com base na tabela 07 verifica-se que entre os motivos que os funcionários alegam para a **não participação, com relação ao projeto preventivo de câncer ginecológico**, 45% atribuíram a não participação ao intenso movimento no setor na hora da

palestra ou do horário reservado para as consultas. Entretanto ao averiguarmos o relatório deste projeto (vide anexo 2), verifica-se que os horários para as palestras foram estabelecidos de acordo com aquele em que era o mais viável, pois era o de menor movimento nos setores de trabalho. Com relação às consultas os horários foram estabelecidos em concordância prévia com o funcionário. O movimento intenso no setor aparece aliado a importância do seu trabalho conforme fala a seguir:

“Não participei porque estava de plantão, o trabalho é muito delicado não pode ficar esperando...” (R.V.).

Para podermos analisar esta questão é necessário procurar indicações no nível dos valores dos funcionários, ou seja, aquilo que estes consideram como importantes conforme visto anteriormente (Marconi e Presotto, 1996) os valores determinam comportamentos e atitudes. Assim remetendo a esta questão denota-se que os funcionários entrevistados no HIJG colocam como prioritário o paciente, isto fornece clareza ao seu processo de trabalho, enquanto ele coloca-se como o responsável pelo processo saúde doença do paciente. Por outro lado o fato de atuar na área da saúde, este funcionário sente-se como imune a questão doença que ele lida cotidianamente.

Consta também um índice bastante significativo de funcionários que não responderam a questão (25%), isto ocorreu nos casos em que o funcionário é do sexo masculino, pois o referido projeto era específico para a saúde da mulher.

A falta de informação também aparece como um motivo preponderante para a não participação (20%), no entanto conforme relatório deste projeto foram usados vários meios de informação como “mosquito”(pequeno aviso escrito), cartazes nos setores do hospital e também nos corredores afixados em murais. Isto denota que os meios formais de divulgação não trazem os resultados esperados, se aliado a estes não for feito um intenso movimento de motivação aos funcionários. Conforme Chiavenato (1992) a motivação está contida dentro das próprias pessoas, e pode ser influenciada por fontes externas ou pelo próprio trabalho na organização. Com relação ao seu trabalho, a participação das pessoas na empresa depende de como a empresa poderá ajudá-la a conquistar os seus objetivos pessoais, em face dos objetivos que a própria organização possui. Conforme este mesmo autor, a organização que consegue ser bem sucedida é aquela que consegue fazer com que estes dois objetivos andem em sintonia. Neste sentido percebe a importância das chefias dos setores serem

coparticipantes no processo de divulgação das informações e sensibilização para as atividades desenvolvidas nos projetos.

Tabela 8- Motivos da não participação
Projeto de Lazer

MOTIVOS	ENTREVISTADOS	PERCENTUAL
Participou	10	50%
Horário de trabalho	03	15%
Não gosta	02	10%
Outros	02	10%
Religioso	02	10%
Distância	01	5%
Total	20	100%

Fonte: questionários.

Com relação ao **projeto de lazer** a maioria dos funcionários entrevistados (50%) participou, conforme pode ser verificado na tabela 08. O motivo que alegam para a não participação reside no fato da atividade de lazer estar coincidindo com o horário de trabalho, como o Hospital funciona 24 horas sabe-se que sempre haverá alguém trabalhando.

Conforme informações do relatório deste projeto (vide anexo 5), os meios de divulgação do projeto foram tanto formais (mosquitinho, cartaz, folders) como também os informais através de divulgação nos setores, na fila do refeitório ou nos corredores do Hospital. Comparando estes dados com os índices de participação percebe-se a importância destes canais de comunicação na divulgação de projetos e/ou atividades que o Hospital desenvolve. Outro fator que contribui para uma participação refere-se ao fato desta atividade proporcionar uma quebra da rotina dos funcionários, pois percebe-se nas entrevistas que os funcionários consideram o trabalho estressante e solicitam atividades que amenizem este quadro. Conforme fala a seguir:

“(...) aprender a trabalhar com o estresse”. (A C. A).

O que se pode notar nesta fala é que o funcionário coloca que o trabalho no ambiente hospitalar é um fator de estresse em face disto e o que ele solicita são atividades que fornecem uma descontração, um meio deste funcionário se adaptar a este ambiente.

Tabela 9- Motivos da não participação
Projeto de Capacitação

MOTIVOS	ENTREVISTADOS	PERCENTUAL
Participou	11	55%
Falta de informação	05	25%
Não teve oportunidade	02	10%
Movimento no setor	02	10%
Total	20	100%

Fonte: questionários.

No que se refere ao **projeto de capacitação** conforme especificado na tabela 09 aparece a falta de informação como motivo preponderante para a não participação, os funcionários alegam não perceber os cartazes afixados nos corredores, no entanto conforme Relatório deste projeto além dos cartazes afixados nos murais do Hospital fora realizada também uma sensibilização dos funcionários em prol do projeto através de visitas nos setores pela estagiária de Serviço Social. (Vide Anexo 6). A questão de não ter oportunidade (10%) deve-se ao fato do funcionário não poder realizar os cursos propostos pelo Projeto de Capacitação, pois estes não estavam relacionados a sua área.

Tabela 10- Motivos da não participação
Projeto Funcionário Destaque

MOTIVOS	ENTREVISTADOS	PERCENTUAL
Participou	14	70%
Não estava	02	10%
Não vota	02	10%
Falta de informação	02	10%
Total	20	100%

Fonte: questionários.

O projeto funcionário destaque foi o que obteve o maior índice de participação (70%), ao analisarmos o relatório deste projeto (vide anexo VII), percebe-se que uma das normas para que o funcionário do setor fosse eleito era a obtenção de mais de 60% dos votos do setor, portanto a participação era um processo decisório para estar dentro dos critérios estabelecidos. Este movimento de mobilização dos funcionários em prol do projeto foi tido na avaliação do referido projeto como um ponto positivo do mesmo.

Assim também através das entrevistas verifica-se que este projeto gerou um intenso movimento de participação, pois as pessoas queriam que um dos seus colegas de setor ganhasse, conforme especificado na fala a seguir:

“Sim votei e fiz campanha queria que um dos nossos ganhasse” (A C.A)

Assim denota-se que o Projeto de Lazer além de abranger formas diferenciadas de divulgação das informações a cerca das atividades propostas como cartazes, folders, avisos, utilizava-se também de sensibilização dos funcionários em prol do projeto passando nos setores, avisando aos colegas nos corredores, etc. isto foi possível, pois o número de funcionários envolvidos neste processo de divulgação foi superior aos demais, visto que a participação era decisiva para a validação dos votos dos setores e os funcionários dos setores se empenhavam nesta tarefa.

A seguir há o enfoque na opinião dos funcionários sobre estes projetos.

Tabela 11-Percepção sobre os Projetos

OPINIÕES	ENTREVISTADOS	PERCENTUAL
Bons/Valorização do funcionário	06	30%
Maior divulgação	06	30%
Importantes	04	20%
Mais horários disponíveis	03	15%
Mais aproveitamento	01	5%
Total	20	100%

Fonte: questionários.

No que se refere a **Opinião sobre os Projetos**, esta questão teve como enfoque perceber a opinião dos funcionários quanto aos Projetos, tendo como objetivo perceber a visão dos funcionários sobre as atividades propostas, buscando compreender se estes projetos estão atendendo ao interesse dos funcionários e se estes percebem a sua importância.

Verifica-se que 30% dos funcionários opinaram que os Projetos deveriam ter uma *maior divulgação, pois não recebem informações a cerca dos projetos citados.*

Com base na Tabela 11 denota-se que 30% dos funcionários percebem os projetos como uma forma de serem valorizados. Isto expressa um reconhecimento dos funcionários em relação ao Hospital. Conforme indicam nas falas a seguir:

“Tudo que surgiu foi bom, há mais valorização do pessoal e o relacionamento é melhor” (M.P.B.).

“Foi ótimo porque a mulher não se preocupa com a saúde, esse ano se preocupou.”(A.C.)

Em contrapartida um índice pequeno (5%) de funcionários alega que apesar de fazer os Cursos e participarem das atividades desenvolvidas, não há um aproveitamento destes que se qualificam, ou seja, que não há uma mudança de função, setor, com vistas a uma posição melhor. Isto demonstra que no momento que participa das atividades o funcionário tem como objetivo não somente o fato de obter conhecimentos e habilidades para o trabalho, mas um reconhecimento desta posição em que se encontra conforme pode ser comprovado na fala a seguir:

“Teria que haver maior aproveitamento de quem se qualifica para haver uma maior produtividade”.(R.J.J.)

Ainda através das pesquisas procurou-se identificar a Participação nos Projetos mais especificamente no que se refere aos fatores que motivam o funcionário a estar participando de determinado Projeto e ou Atividade.

Tabela 12- Participação nos Projetos motivação

MOTIVAÇÃO PARA PARTICIPAR	ENTREVISTADOS	PERCENTUAL
Assunto de interesse	09	45%
Enriquecimento pessoal e profissional	05	25%
União.	02	10%
Horário adequado	02	10%
Outros	02	10%
Total	20	100%

Fonte: questionários

Neste item conforme a Tabela 12 apresenta que a **motivação** para que os funcionários participem dos projetos desenvolvidos no HIJG reside no fato do Projeto ser de assunto de interesse, seja de capacitação que atenda as necessidades do setor e melhore o seu desempenho no trabalho, como também em relação a sua saúde. Assim conforme Demo (1996) a participação leva a autopromoção que é a característica de uma política ou projeto centrado nos interesses da população alvo.

A participação também está ligada ao fato de estar unido a equipe de trabalho (10%) neste sentido a participação aparece como elemento de integração. Conforme Lima (1979), *integração social é entendida como a forma pela qual os indivíduos se inserem na sociedade através de seus setores institucionais*. Assim no contexto do HIJG a participação se revela em integração quando o funcionário percebe que ao participar de determinados projetos ou atividades se sente mais unido aos seus colegas.

Na perspectiva de estar percebendo como é para o funcionário estar ou não estar participando. A questão seguinte busca compreender o que os funcionários sentem em relação ao estar participando, quais os sentimentos e atitudes gerados pela participação assim como também quanto ao não estar participando.

Tabela 13-Sentimentos em relação à participação

SENTIMENTOS	ENTREVISTADOS	PERCENTUAL
Satisfação	08	45%
Aprendizado	08	40%
Útil	01	5%
Pertencente ao Hospital	01	5%
Não respondeu	01	5%
Total	20	100%

Fonte: questionários

A participação aparece relacionada à satisfação (45%), ao aprendizado (40%), evolução, melhora de condição, produz no funcionário um sentimento de pertencer ao Hospital (10%). Portanto a **participação** está intimamente ligada a sentimentos de bem estar pessoal, tanto em relação ao grupo como em relação à instituição.

Neste item um funcionário que corresponde a 5% dos entrevistado não respondeu, pois não sabia identificar o que é estar participando, pois alegou nunca ter pensado a respeito disto.

Na Tabela seguinte consta a questão da não participação e os sentimentos gerados.

Tabela 14- Sentimentos em relação à não participação

SENTIMENTOS	ENTREVISTADOS	PERCENTUAL
Frustrada	04	20%
Triste	04	20%
Limitada	03	15%
Angustiada	03	15%
Deslocada	02	10%
Excluída	02	10%
Não respondeu	02	10%
Total	20	100%

Fonte: questionários

Conforme especificado na Tabela 14 a não participação além de promover a exclusão da pessoa em relação ao grupo/instituição produz no funcionário sentimentos negativos como frustração (20%), angústia (15%) e limitação (15%). Assim o funcionário que não participa sente-se excluído, no entanto quando alguém não participa de alguma atividade está inevitavelmente participando de outra.

A seguir passam-se as conclusões e recomendações decorrentes destas análises.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

Neste trabalho procuramos investigar a participação sob o prisma da cultura, a partir da caracterização dos valores, crenças, presentes na cultura organizacional do HIJG.

Baptista (1987) coloca que a participação possui uma teleologia e esta é vinculada as diversas formas do individuo ver o mundo. Portanto a participação estando ligada as formas de vermos o mundo, ela não pode estar desvinculada da cultura, pois vemos o mundo de acordo com os nossos valores, crenças, (Freitas, 1991, Marconi e Presotto, 1985).

A Participação é um processo compartilhado entre uma organização e seus funcionários gerando uma relação de reciprocidade (CHIAVENATO, 1992). Neste sentido percebe-se porque quando não há participação surge um sentimento de rejeição e exclusão, conforme denotado nas análises das entrevistas. Participar apesar de não ser algo a que estamos acostumados conforme Demo (1996), devido aos processos autoritários que convivemos, aparece como algo imprescindível ao ser humano dentro de uma organização, pois lhe fornece as bases de pertencer ao grupo, a organização. Assim participar é tomar parte em algo (Silva, 1978 apud Baptista, 1987) e tomar parte é algo que nos faz sentir sujeitos da ação e não meros expectadores. Neste sentido um projeto deve expressar os interesses dos funcionários de uma organização.

Assim a realização de pesquisas para saber se determinado projeto vai de encontro aos interesses dos funcionários e a forma mais eficaz para a garantia de sua implementação, sua efetividade, ou seja, permite conhecermos o que o projeto acrescenta ao funcionário, seja na sua vida pessoal ou profissional.

A pesquisa realizada por este trabalho traz importantes contribuições para a compreensão da participação sob o aspecto cultural do Hospital, pois identificamos que um dos fatores para a não participação reside no fato do funcionário do Hospital colocar-se como alguém que está ali para ajudar e não ser ajudado em relação a sua saúde, pois este coloca o paciente como o que existe de mais importante no Hospital a própria razão de ser do HIJG. No que concerne a isto deve-se possibilitar espaços de informação/ educação e o bem estar

do funcionário, pois para poder haver o cuidado com o paciente é necessário antes haver o cuidado da pessoa que cuida dele.

Identificamos também que a falta de comunicação é outro fator que gera a não participação, consideramos que os meios informais de comunicação precisam ser constantemente acionados, bem como os canais formais, de comunicações e avisos nos setores. Constatamos que o funcionário se manifesta motivado quando ele percebe a necessidade de sua participação, o que através de cartazes e folders é difícil de expressar. Assim como sugestão coloca-se: A adoção de canais informais e formais de divulgação de projetos com amplo processo de divulgação das informações e sensibilização junto aos funcionários, através de reuniões, grupos nos setores e atividades afins. Isto nos parece fundamental para a ampliação da participação nos eventos e atividades promovidos pelo HIJG.

Levando-se em consideração que os funcionários ficam frustrados quando não há efetividade em relação aos cursos de capacitação que realizam, ou seja, não há um aproveitamento em termos de função ou outros incentivos. Coloca-se como sugestão ao HIJG incentivar e desenvolver projetos de capacitação ao trabalho com vistas a um melhor desempenho dos funcionários, dando seqüência a este processo com valorização dos que participam. No entanto sabe-se que em relação aos funcionários concursados isto já existe, ou seja, estes funcionários ganham um percentual de aumento salarial quando realizam cursos de especialização, não ocorrendo o mesmo com os contratados.

Considerando que os projetos relativos à saúde dos trabalhadores são importantes é necessário promover estes projetos em horários variados, e sensibilização das chefias dos setores sobre a importância dos temas. Além de uma conscientização sobre a importância do assunto com informação escrita e também através de reuniões nos setores.

Em face da estrutura do Hospital ser segmentada, pois possui uma extensa área física, setores variados e turnos de trabalhos diferenciados, que impossibilitam uma agregação maior dos funcionários com relação à instituição, conforme avaliação realizada pelo diretor administrativo de HIJG, que considera este fato como uma dificuldade do Hospital. Coloca-se como sugestão à criação de um processo de discussão onde o trabalhador possa estar opinando e desta maneira se perceba como sujeito do processo. Conforme Dejours (1994) este espaço é fundamental para que os sujeitos estejam ativos na negociação do trabalho.

No que se refere aos programas sociais desenvolvidos pelo HIJG mais especificamente os desenvolvidos pela SGAPOS, estes são extremamente importantes, pois possuem um caráter sócio educativo na medida que trazem esclarecimentos sobre

determinados assuntos (alimentação, saúde) possuem também um caráter preventivo abordando vários temas ligados à saúde da mulher, absenteísmo, vícios, doenças.

Os projetos sociais do HIJG possuem ainda um aspecto assistencial com fornecimento de cestas básicas. Este é um processo significativo na medida que as políticas públicas não conseguem suprir as necessidades básicas da população. Assim o profissional de Recursos Humanos atende as demandas relativas ao processo produtivo como treinamento, capacitação como também em relação à produção e reprodução da força de trabalho na atenção às suas necessidades básicas. A importância destes projetos é enfatizada pelos dados da pesquisa onde a maioria dos entrevistados manifesta a opinião de que esses projetos são importantes e valorizam o funcionário.

Como identificamos participar é tomar parte em algo, e levando em consideração a afirmação de Nascimento (1986) sobre o processo democrático da participação que envolve os atores de modo a estes manifestarem suas opiniões. Propomos a adoção de processos participativos onde os funcionários possam estar interagindo com proposições a cerca das atividades a serem desenvolvidas.

Na perspectiva de que participação é um processo compartilhado entre organização e funcionários Chiavenato (1992) elenca como aspectos importantes neste processo o envolvimento emocional, a motivação para contribuir e a aceitação das responsabilidades. Para facilitar a participação nos projetos colocamos propostas a partir destas categorias.

Como primeiro aspecto o envolvimento emocional poderia ser reforçado através da sensibilização sobre as atividades propostas através de contatos pessoais nos setores e com as chefias. No que concerne ao segundo aspecto, a motivação para contribuir ocorreria através de informações em vídeos, montagem de painéis com fotografias sobre determinados assuntos, procurando ao mesmo tempo em que motiva, repassar informações acerca do tema. E o terceiro aspecto que é a aceitação das responsabilidades poderá ser reforçado com a formação de equipes que estejam assessorando determinado projeto ou atividade com o intuito de sentirem coparticipantes e responsáveis nos processos instaurados.

Apontamos como dificuldade para uma maior participação a centralização das atividades propostas, pois estas coincidem com os horários de trabalho. Assim colocamos como estratégias que os projetos possam estar utilizando para repassar informações a adoção de reuniões rápidas, apresentação de vídeos e ou teatro durante as refeições, no intuito de setorizar as informações e disponibilizar ao funcionário um esclarecimento sobre determinado tema e ou atividade.

Identifica-se como dificuldade na avaliação dos projetos a falta de relatórios sistematizados a respeito das atividades desenvolvidas. As informações estão dispersas em vários documentos, o que demanda um tempo para a compilação dos dados que possibilite uma maior compreensão. Com base nisto recomenda-se a adoção de um modelo de relatório para os projetos posteriores, onde estejam alocadas as principais fases do projeto que está indicado no modelo (Vide Anexo 8). Isto se faz necessário não somente para a recuperação posterior de dados, mas também fornece subsídios para uma melhor elaboração na continuidade destes projetos, visto que alguns como, por exemplo, o Preventivo e o de Lazer são anuais.

A realização de novas pesquisas contribuirá para que o assunto seja mais conhecido e detalhado, com vistas a explorar novos focos quanto a enumerar aspectos que devam ser aprimorados.

Convém, entretanto salientar, que a decisão de elaborar um trabalho sobre um tema ainda não enfatizado traz novas concepções, e torna-se um desafio, sem, no entanto deixar de ser compensador pelas descobertas vislumbradas e possibilidades de intervenção nesta realidade.

A investigação de assuntos novos de temas como participação, cultura organizacional e comprometimento dos funcionários, deve ser incentivada principalmente em relação ao Serviço Social e sua intervenção na área de Recursos Humanos, visto a pouca produção teórica neste campo.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Sergio **Revigorando a cultura da empresa**: uma abordagem cultural da mudança nas organizações, na era da globalização. São Paulo: Makron Books, 1997.

BAPTISTA, Myrian Veras, artigo **A Participação como Valor e como Estratégia de Ação do Serviço Social**. In Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo:Cortez., pp 83-109, n25, ano VIII, , dezembro de1987

BENIAMINO, Sergio Leme. **Realinhamento da cultura organizacional: modismo ou uma necessidade**. In **Recursos Humanos: foco na modernidade**: textos selecionados, editor ABRH Rio. Rio de Janeiro: Qualitymark ED.1992.

BOGOMOLOF, Roseli. Informações sobre o setor de Serviço Social.Entrevista concedida a Marlene Moreira Machado em setembro de 2001 no HIJG.

BRASIL, Constituição (1988) **Constituição da Republica federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado,1988

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In CECILIO Luis Carlos de Oliveira. (ORG.) **Inventando a mudança na saúde** São Paulo: Hucitec,1997..

CHAUÍ,Marilena.**Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas.São Paulo:ED.Moderna,1980.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gerenciando pessoas**: o passo decisivo para a administração participativa. São Paulo: Makron Books, 1992.

COSTA, Geraldo Vieira da. **Cultura organizacional**: caracterização dos valores organizacionais significativos para a Universidade do Amazonas.Florianópolis: Insular, 1999. 168 p.(coleção teses)

COSTA, Jose Luiz Riani. A saúde do trabalhador do SUS. **Relatório final do PNUD/ Ministério da Saúde**,1994.

CRUBELLATE, João Marcelino e MENDES, Ariston Azevedo. **Cultura organizacional:Variável ou Metáfora?** Eis a Questão. REO,Maringá. Vol.1 n.1, p. 39-52.jun/julho2000.disponível no endereço <http://www.dad.uem.Br/rco/artigo3.html>. acesso em :24.04.2001.

CUCHE, Denys. **A noção de cultura nas ciências sociais**/ Denys Cucho tradução de Viviane Ribeiro. Bauru:EDUSC, 1999

CUNHA, Carmen Lucia da. Informações sobre a inserção de novos membros na área de serviços gerais. Entrevista oral concedida a Marlene Moreira Machado em agosto de 2001 no HIJG.

DEJOURS, Christophe, **Psicodinâmica do Trabalho**: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho, Christophe Dejours, Elisabeth Abdoucheli, Christian Jayet; coordenação Maria Irene Stocco Betiol; tradutores Maria Irene Stocco e tal. São Paulo: Atlas, 1994.

DEMO, Pedro. **Sociologia**: uma introdução crítica. 2º ed. São Paulo: Atlas, 1996.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Pequeno Dicionário da língua portuguesa**. 11ª ed. Ed. Civilização Brasileira S.ª Rio de Janeiro, 1999.

FLEURY, Maria Tereza Leme, FISCHER, Rosa Maria. (coord.) **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1996.

FREIRE, Lucia Maria de Barros. **A relação saúde – trabalho no contexto das relações sociopolíticas no trabalho e o Serviço Social**. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, ano XVI, n.49, P.67-97, nov.1995.

FREITAS, Maria Esther de. **Cultura organizacional**: formação, tipologia e impacto. São Paulo: Makron, MC Grawill, 1991.

FUNDACENTRO **Proposta de sistema de informações em Recursos Humanos**. HIJG, Mônica Durante da Costa, Eduardo Scoz, supervisão: Jose Marçal J.Filho. Fpolis, junho, 2001.

FUNDACENTRO . **Proposta de Programa de Atividade Física** para Servidores do Setor de Nutrição do HIJG, Karine Boklin,

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978. p.45-66.

GERÊNCIA TÉCNICO PSICO SOCIAL. Santa Catarina, Secretaria do Estado da Saúde, Hospital Infantil Joana de Gusmão **Plano de trabalho do Serviço Social**, 1996.

LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos/ Eva Maria Lakatos, Marina de Andrade Marconi 2 ed. São Paulo: Atlas, 1987.

LIMA, Sandra A. Barbosa . **A Participação social no cotidiano**, São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.

LUPI e ASSOCIADOS, Pesquisa sobre Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer em Unidade de Saúde, Ambientes de Trabalho e Unidades Escolares- HIJG, **Relatório dos funcionários**, Florianópolis, 2000.

MAANEN, John, DUTRA, Joel Souza, BERTERO, Carlos Osmar. In: FLEURY E Fischer (coord). **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo. Ed. Atlas, 1996.

MARCONI, Marina de Andrade e PRESOTTO, Zélia Maria neves. **Antropologia**: uma introdução. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1985.

MARTINELLO, Dirce Maria . Informações sobre a Sub Gerência de Apoio e Orientação ao Servidor (SGAPOS) Entrevista oral concedida a Marlene Moreira Machado em agosto e outubro de 2001, no HIJG.

MIOTTO, Regina Célia. **Os instrumentos do Serviço Social**, DSS, UFSC,1999.

NASCIMENTO, Elimar. **Participação**: entre o autoritário e o democrático. Revista Serviço Social e Sociedade, nº 20, ano VII, pp 05-15,1986, Ed. Cortez, SP.

NORONHA, Jose Carvalho de, LEVCOVUTZ, Eduardo. AIS- SUDS-SUS, **OS caminhos do direito à saúde**. Rio de Janeiro,1992.

NOGUEIRA, Marco Aurélio, artigo Brasil, ano 2000.A **Agenda Cristalizada**. Revista Inscrita. Conselho Federal de Serviço Social (CEFESS).ano III, nº VI, julho de 2000.

OLIVEIRA, Berenice Helena de. **Informações sobre o setor de pedagogia do HIJG**. Entrevista oral concedida em setembro de 2001 no HIJG a Marlene Moreira Machado.

PATTITUCCI, Karla. **Informações sobre o setor de psicologia do HIJG**. Entrevista oral concedida a Marlene Moreira Machado em outubro de 2001.

PEREIRA, Edinamir. **Informações sobre o Processo de Trabalho no ambulatório**. Entrevista oral concedida a Marlene Moreira Machado, em setembro de 2001, no HIJG.

PITTA, Ana . **Hospital dor e morte como ofício**. 3 ed. Ed. Hucitec, São Paulo, 1994.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. Colab. Jose Augusto de Souza. São Paulo: Atlas,1985.

RICKZIEGEL, Beatriz, **Informações sobre a inserção de novos profissionais área médica**. Entrevista oral concedida a Marlene Moreira Machado, em agosto de 2001 no HIJG.

SATO, Leny, Trabalho e saúde mental.Cadernos de Saúde do Trabalhador in **Manual de ação Sindical em Saúde do trabalhador e Meio Ambiente**. Nilton Freitas. INST (Instituto Nacional de Saúde no Trabalho)/CUT(Central Única dos Trabalhadores, maio de 2000.SP.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, **Programa de Promoção da Saúde do Trabalhador**, Florianópolis, SC,

SETOR DE PEDAGOGIA, **Relatório anual ano 2000** – Gerência de Assuntos Comunitários e Preventivos -HIJG- Secretaria da Saúde SC,2000.

SOUZA, Maria Luiza de. **Serviço social e instituição**: a questão da participação. São Paulo: Cortez,1984.

SUB GERÊNCIA DE MARKETING, **Projeto de valorização do funcionário**, responsável Carlos César Vieira, Florianópolis, HIJG, .

YASBEK, Maria Carmelita. Terceiro setor e despolitização. In **Revista Inscrita**. Conselho Federal de Serviço Social. (CEFESS), ano IV, n.VII, maio de 2001, pp.13-18.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

BAUDRILLARD, Jean. **À sombra das maiorias silenciosas**, O fim social e o surgimento das massas. Tradução de Suely Bastos, 2º ed. Editora Brasiliense, 1985.

BORDENAVE, Juan E. Diaz. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, 1986. 84 p. (Coleção Primeiros Passos).

BOWDITCH, James L., BUONO, Anthony F. **Elementos de comportamento organizacional**; tradução de José Henrique Lamendorf. São Paulo: Pioneira, 1992.

COSTA, Maria Dalva Horacio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais**. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez. Ano XXI, n 62, pp35-72, março. 2000.

FINKIELKRAUT, Alain. **A derrota do pensamento** ; tradução Mônica Campos de Almeida. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

FRITSCH, Rosangela. **Planejamento Instrumental para a Intervenção do Serviço Social?** Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, ano XVII, n52, pp127,145, 1996.

IAMAMOTO, Marilda Villela, **O Serviço Social na Contemporaneidade**, Dimensões Históricas, Teóricas e Ético Políticas, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE, **Recursos Humanos em Saúde no Mercosul**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995

SOUZA, Edela Lanzer Pereira de. **Clima e cultura organizacionais**: como se manifestam e como se manejam. São Paulo: Edgar Bluger; porto Alegre: Programa de Pós Graduação em Administração, PPGA - UFRGS, 1978.

THIOLLENT, Michel, **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete operária**. Ed. polis. 5 ed. São Paulo, 1987.

WEIL, Pierre . **A nova ética**, 3º ed. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Ventos, 1998.

----- **A neurose do paraíso perdido**; uma proposta para uma nova visao da existência; tradução de Áurea de Ilberger Simil Cordeiro. Rio de janeiro: Espaço e Tempo: CEPA, 1987.

ANEXOS

ANEXO 1 – PLANO DE TRABALHO

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
SUB-GERÊNCIA TÉCNICO PSICOSSOCIAL

PLANO DE TRABALHO
SERVIÇO SOCIAL

1996

ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

ENFOQUE:

Prestar apoio, assistência preventiva e curativa, orientação aos usuários atendidos pelo HIJG, garantindo seus direitos dentro da política de saúde e apoiadas nas diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA e da Lei Orgânica da Assistência Social.

- 1) Realizar diagnóstico sócio-econômico-cultural das famílias atendidas, para intervenção adequada.
- 2) Informar o diagnóstico à equipe de saúde do Hospital, a fim de favorecer uma visão ampla da realidade do usuário.
- 3) Realizar orientação a respeito do funcionamento e rotinas do Hospital, oportunizando o acesso aos serviços oferecidos pela Instituição¹.
- 4) Articular recursos e encaminhar o usuário aos recursos comunitários² disponíveis, a fim de garantir a continuidade do tratamento.
- 5) Realizar o serviço de "busca ativa" àqueles pacientes que abandonam o tratamento e que estão inseridos nos Programas onde atua o Assistente Social.
- 6) Participar em equipe multidisciplinar em projetos e serviços com propostas preventivas, educativas e de pesquisa.
- 7) Interagir como "elo" entre usuário e equipe de saúde, a fim de facilitar a compreensão a respeito do diagnóstico, prognóstico e tratamento.
- 8) Realizar parcerias com o voluntariado do Hospital, a fim de angariar recursos para prestação de serviços concretos aos usuários, bem como promover festividades voltadas para os hospitalizados.
- 9) Organizar e prestar treinamentos e cursos as voluntárias de saúde do HIJG
- 10) Orientar os usuários quanto aos direitos sociais, mobilizando-os ao exercício da cidadania.
- 11) Elaborar pareceres, relatórios, textos, avaliações relativas ao serviço realizado.
- 12) Participar de encontros, palestras, congressos e outros eventos.
- 13) Desenvolver pesquisa e ensino, através da supervisão de estágio.
- 14) Participar de reuniões técnicas da equipe de Serviço Social, com outros serviços do hospital e fora dele.
- 15) Assessorar a Direção Geral do HIJG nas questões relativas as políticas de saúde e projetos na área social.

16) *Atividade de*

¹ Serviços: alojamento, refeição, lactário, ambulatório, serviço de pedagogia, serviço de psicologia, serviço de fonoaudiologia e todos os outros disponíveis.

² Recursos comunitários: INAMPS, Policlínica, Secretarias de Saúde Municipais e Estadual, Prefeituras, Funerárias, Clínicas, Hospitais, etc.

Para viabilizar o tratamento do paciente o Serviço Social concede benefícios concretos como:

- alimentação, alojamento, medicamentos, transporte, passagens, roupas, doações diversas oriundas dos recursos do próprio hospital, do serviço público do município e Estado ou do voluntariado;
- orienta e encaminha o usuário para os recursos e serviços sociais a que tem direito;
- acompanha e realiza atendimento e orientação à família que apresenta problemas emocionais que estejam interferindo no processo de tratamento e recuperação da saúde do paciente.

- PESQUISA - O Serviço Social tem como objetivo participar de pesquisas na área da saúde, que servem como embasamento para sua prática e intervenção na realidade social, e para o planejamento do serviço. Sua proposta é:

- desenvolver em conjunto com outros profissionais pesquisas que venham esclarecer aspectos sociais / econômicos / emocionais / relação saúde e doença dos usuários;
- contribuir para o desenvolvimento teórico do Serviço Social através da participação em encontros científicos, estudos em grupo e assessoria de outros profissionais;
- organizar e manter documentação do atendimento realizado junto à clientela.

- ENSINO - Na área do ensino tem como meta contribuir diretamente na formação científica de estudantes de Serviço Social, através da supervisão de campo de estágio.

Promover cursos, treinamentos destinados ao pessoal da área visando a melhoria da capacitação profissional.

4 - ESTRUTURAÇÃO DO SETOR

O atendimento do setor se estrutura a partir das Unidades de Internação, Ambulatório, Serviço de Plantão e projetos.

- O Plantão atende toda a demanda espontânea e/ou encaminha por outros profissionais e instituições, onde são orientados e encaminhados aos recursos apropriados.

Funciona das 7:00 hs às 18:30 hs com 1 técnico e 1 auxiliar administrativo treinados e assessorados pelas Assistentes Sociais. É o local onde se presta auxílio e assistência com objetivo de viabilizar o tratamento, considerando o direito do paciente e acompanhante ao acesso dos bens e serviços.

Este serviço atende também a demanda encaminhada pela Emergência Externa dando vazão às providências necessárias para resolutividade dos casos de alta, na mobilização de recursos para transporte e outros auxílios.

- No Ambulatório o Serviço Social atende a demanda de usuários inseridos nos programas de Imuno Deficiência Adquirida (HIV), Grupo de Atendimento Multidisciplinar ao Mielodisplásico (GAMM), Oncologia e Alto Risco.

Cada programa inclui um (1) Assistente Social que atua em equipe Multidisciplinar numa perspectiva educativa, prestando apoio psico / social com vistas a diminuir ansiedades e garantir a continuidade do tratamento. As atividades nestes programas desenvolvem-se a nível individual e grupal em sala de espera.

São realizadas visitas domiciliares sempre que necessário e a busca ativa, aqueles que, por ventura, estejam disistindo do tratamento.

A busca ativa é realizada no sentido de assegurar o direito à continuidade do tratamento de criança enquanto cidadão.

No ambulatório funciona também o Hospital Dia em Imuno Deficiência Adquirida (HIV), cujo objetivo é realizar medicação no paciente, evitando internação prolongada. Este setor possui uma estrutura própria de funcionamento e requer ação conjunta da equipe multiprofissional: Médicos, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia.

O Serviço Social desenvolve sua ação realizando a entrevista inicial do paciente, com objetivo de interpretar para a equipe a problemática psico-social e acompanhar cada caso prestando apoio e concedendo benefícios sempre que necessário.

- Unidades de Internação - em função da complexidade da demanda de algumas unidades e do número de Assistentes Sociais disponíveis no hospital para realizar uma ação mais ampla, o Serviço Social priorizou as Unidades C, de Queimados, UTI, Oncologia e Berçário. Nestas enfermarias, desenvolve sua ação através da entrevista inicial com o acompanhante e família do paciente para levantamento da problemática social e subsequente acompanhamento dos casos. Este trabalho mobiliza a equipe multiprofissional, onde o Serviço Social interpreta os aspectos psicossociais e econômicos, que estejam interferindo no tratamento e encaminha o paciente a outros profissionais, quando necessário.

Realiza visitas conjuntas ao leito do paciente e discute cada caso interferindo individualmente ou em grupo com o usuário. Nestas intervenções são trabalhadas angústias e ansiedades da família, são realizados esclarecimentos a respeito do funcionamento do hospital, rotinas, procedimento específicos e direitos dos usuários. Providencia encaminhamentos aos recursos comunitários e concede benefícios diversos.

Nas unidades de clínica cirúrgica (B), Observação Interna, Isolamento, Adolescente (A) e Neurologia (E), a Assistente Social atua como apoio nas problemáticas psicossociais, emergenciais e nas providências de recursos que venham interferir na continuidade do tratamento do usuário,

- Projetos - o Serviço Social participa ainda de alguns projetos desenvolvidos pela Gerência, tais como: Projeto da Imuno Deficiência Adquirida (HIV), Projeto de Humanização e Projeto da Família Acompanhante.

O Projeto da Imuno Deficiência Adquirida (HIV) surgiu em função da demanda e complexidade social acarretada pela doença e da necessidade de tratamento e cuidados com o paciente. Os preconceitos, o estigma, as interferências na relação familiar, requerem atuação multiprofissional que é realizado através do atendimento ambulatorial - Hospital Dia, e nas unidades de internação, com ações próprias do Serviço Social já mencionadas neste trabalho.

O Projeto de humanização foi criado com a perspectiva de oferecer maior bem-estar ao usuário através da recreação, programações culturais, festivas e orientações educativas, amenizando assim angústias e medos causados pela internação e afastamento do lar.

O Serviço Social em conjunto com outros profissionais e voluntariado, se envolve na organização para concretização destas atividades.

O Projeto da "Família Acompanhante" tem por finalidade normatizar a presença do acompanhante, oportunizando sua participação mais ativa no processo de hospitalização, através da discussão dos direitos, deveres e da rotina hospitalar. O Serviço Social em conjunto com outros profissionais organiza e realiza as intervenções grupais junto ao usuário participante do projeto.

MIRDNEY JENSSEN
Sub-Gerência Técnico Psicossocial

2 - ORGANOGRAMA DA INSTITUIÇÃO

No Organograma oficial do hospital, o Serviço Social integra-se a Sub-Gerência Técnico Psicossocial, que por sua vez está submetida a Gerência Técnica. A partir de 1995, com a mudança da Direção, ocorreram modificações no organograma, colocando o Serviço Social submetido a Gerência de Serviços Preventivos e Comunitários, conforme segue em anexo.

Integram atualmente o Setor de Serviço Social 6 Assistentes Sociais, 1 Auxiliar Administrativo e 1 Técnico Administrativo, conforme relação:

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| - Cláudia Figueiredo | - Assistente Social |
| - Dirce Martinello | - Assistente Social |
| - Joice Vieira Nascimento | - Assistente Social |
| - Janete Boaventura dos Santos | - Técnico Administrativo |
| - Maria Gorete de Lima | - Auxiliar Administrativo |
| - Maria Augusta Danielski | - Assistente Social |
| - Mirdney Jensen | - Assistente Social |
| - Roseli Fátima de Jesus | - Assistente Social |

3 - POLÍTICAS E DIRETRIZES DO SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social no Hospital Infantil Joana de Gusmão segue as diretrizes e políticas da Instituição tendo como mola mestra o Ensino, a Pesquisa e a Assistência.

Possui como objetivo intervir na relação entre Comunidade, Instituição e Estado, respeitando os interesses e direitos dos usuários apoiando-se na questão saúde/doença.

A ação profissional se concretiza no planejamento e execução de políticas sociais específicas, através dos programas e projetos dirigidos à população atendida, norteados pelos princípios do código de Ética do Serviço Social:

- Democratização de informações e acesso aos programas disponíveis no espaço institucional;
- Devolução de informações colhidas em pesquisas para que os usuários possam usá-la para o fortalecimento de seus interesses;
- Contribuir com a agilização dos serviços prestados aos usuários;
- Respeito aos direitos do usuário assegurando o acesso aos serviços relativos aos programas e políticas sociais e sua gestão democrática;
- Defesa dos direitos humanos e da justiça social.

Por se tratar de um hospital voltado exclusivamente ao atendimento infantil, o Serviço Social tem por princípio zelar pelas normas e direitos da criança e adolescente de acordo com o seu Estatuto.

Assim, as atribuições do Serviço Social se concretizam a nível de:

- **ASSISTÊNCIA** - destina-se ao usuário através de ações educativas, assistenciais e de apoio emocional, através do atendimento no Serviço de Plantão, nas Unidades de Internação, No Ambulatório e em Projetos Especiais da Instituição.

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
SUB-GERÊNCIA TÉCNICO PSICOSSOCIAL

1 - CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Hospital Infantil Joana de Gusmão possui uma área física de 22.000 m² com as seguintes Unidades e Serviços: Emergência, Unidade de Observação, U.T.I., Unidade para doenças infecto-contagiosas, Clínicas de Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia, Ortopedia, doenças respiratórias distribuídas nas Unidades A, B, C e E. Possui ainda Berçário, Oncologia, Queimados, Centro Cirúrgico, Ambulatório e Unidade para internação de caráter privativo; Serviço de Farmácia, Radiologia, Laboratório, Serviço de Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Pedagogia, Serviço Social, Administrativo e de apoio. Conta ainda com Hospital Dia em Imuno Deficiência Adquirida.

Possui como missão "Ser um Centro de Referência Estadual na assistência integral à saúde da criança de 0 a 15 anos, através do desenvolvimento de programas nas áreas curativa, preventiva e social, bem como ser um Centro de Referência na formação e capacitação de recursos humanos especializados na assistência à criança em diferentes níveis de atuação".

O Hospital Infantil Joana de Gusmão é uma instituição que, além da assistência infantil, se propõe a trabalhar em pesquisa e ensino, visando tornar-se um "Centro de Referência Sul Brasileiro na assistência à infância e ser um Centro de Ensino e pesquisa pediátrica de referência nacional".

Apóia-se em alguns princípios básicos como:

- O respeito aos direitos humanos, com ênfase aos direitos da criança estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente;
- Atendimento ao cliente como uma unidade bio-psico-social;
- O reconhecimento profissional através de programas de valorização profissional;
- A manutenção de ética na conduta pessoal e profissional;
- A habilitação e capacitação na área técnica e humana;
- Envolvimento e compromisso com a Instituição.

Como hospital de referência no Estado atende a clientela vinda da grande Florianópolis, do interior de todo o Estado e fora dele, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde que garante assistência gratuita à saúde de qualquer cidadão brasileiro. Atende a clientela que possui algum convênio ou que queira se utilizar de tratamento privado.

Possui atualmente 151 leitos ativados para internações, 14 leitos para UTI, 25 consultórios ativados no ambulatório com diversas especialidades.

O quadro funcional é composto de 900 funcionários entre os quais Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Atendentes, Nutricionistas, Assistentes Sociais, Psicólogos, Pedagogos, Odontólogo, Fonoaudiólogo, Arquitetos etc.

SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE ASSUNTOS AMBULATORIAIS
PORTARIA SES/DIAA Nº 001/93

CRIA E NORMATIZA O PROGRAMA DE
SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO
DE SANTA CATARINA

O Secretário de Estado da Saúde no uso das suas atribuições e considerando:

- A competência do SUS com relação à Saúde do trabalhador definida nos novos textos legais institucionais federal e estadual em seus artigos 200, item II e 153;
- O artigo 194, parágrafo único, item II da Constituição Federal que prescreve a unidade, formalidade e equivalência dos serviços às populações urbanas e rurais;
- A resolução CIPLAN no 08/89 notadamente nos itens 1, 2, 3 e 4;
- E considerando ainda a necessidade da normatização dos procedimentos de atendimento do trabalhador visando integração entre as ações preventivas e assistenciais

Resolve:

1. Revogar as portarias SES nº 044/89 de 06/12/89, 045/89 de 05/12/89 e 046/89 de 06/12/89 referente à formação de grupos de trabalho, constituição de programa e de Comissão Especial de estudos de Saúde do Trabalhador;
2. Constituir Programa de Saúde do Trabalhador (PROSAT), subordinado à Diretoria de Assuntos Ambulatoriais (DIAA), nos termos desta Portaria.
3. Definir a implantação de um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador Estadual (CRST), localizado em Florianópolis e uma rede de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador Regionais, com distribuição a ser definida pelo Programa;
4. Os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador Regionais e Estaduais (CRST'S) compõem o nível secundário da rede do Sistema Único de Saúde Estadual (SUS), conforme definido em legislação específica;
5. O quadro de pessoal e recursos materiais necessários ao funcionamento dos CRST'S serão providos pelo SUS e por outros órgãos governamentais responsáveis pela saúde do trabalhador, em seus diferentes aspectos;
6. Quanto à estrutura do Programa de Saúde do Trabalhador:
 - 6.1. A Coordenação Executiva Estadual do PROSAT será composta de um representante da Diretoria de Assuntos Ambulatoriais, da Diretoria de Vigilância Epidemiológica e da Diretoria de Vigilância Sanitária, sendo o coordenador geral escolhido entre os mesmos;
 - 6.2. A Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador, instituída pela Portaria SES/DIAA nº 02/92, caberá o acompanhamento do funcionamento e avaliação periódica do PROSAT, em caráter deliberativo e permanente;
 - 6.3. A articulação técnica com outras instituições governamentais será desenvolvida pela Coordenação Técnica Colegiada Interinstitucional composta pela Coordenação Executiva do PROSAT e 01 (hum) representante de cada uma das seguintes instituições: Delegacia Regional do Trabalho (DRT); Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); da Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador;
 - 6.4. O CRST comporá a instância do SUS, com a participação da DRT e do INSS, e terá uma equipe mínima composta por sanitarista, médico do trabalho, engenheiro e/ou técnico de segurança, enfermeiro do trabalho e assistente social, contando com o apoio de profissionais nas áreas de otorrinolaringologia, fonoaudiologia, dermatologia, psicologia, ortopedia ou fisioterapia e outros profissionais disponíveis na rede do SUS;
 - 6.5. O Núcleo de Saúde do Trabalhador (NST) comporá a rede municipal do SUS, devendo ter uma equipe mínima composta por médico do trabalho e técnico de Segurança do Trabalho e/ou outro profissional da área. Os médicos que unites exerciam a Coordenação de Acidente de Trabalho (AT) nas localidades, deverão preferencialmente fazer parte dos núcleos de saúde do trabalhador (NST).

PARÁGRAFO ÚNICO: Caberá a cada município definir a necessidade ou não de criação de Subnúcleos de Saúde do Trabalhador com base em suas características demográficas, econômicas e produtivas.

7. Ao Programa de Saúde do Trabalhador a Nível Estadual compete:
 - 7.1. Programar, coordenar e avaliar as ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador;
 - 7.2. Elaborar normas técnicas fixando diretrizes e estabelecendo padrões de qualidade para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do trabalhador;
 - 7.3. Promover a articulação interinstitucional, visando a integração das atividades desenvolvidas pelos diferentes organismos, governamentais ou não, envolvidos com a saúde do trabalhador;
 - 7.4. Implantar um sistema de registro de informações e fluxograma das ações relativas à saúde do trabalhador na rede de serviços do SUS, de forma articulada com outros organismos governamentais, empresas e entidades sindicais;
 - 7.5. Integrar as ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica ao sistema de registro de informações visando a análise epidemiológica dos dados obtidos a partir de notificações de doenças ocupacionais, acidentes de trabalho, instrumentalizando as ações de vigilância sanitária;
 - 7.6. Diagnosticar, através de pesquisa operacional os problemas relacionados com a saúde do trabalhador, identificando a incidência e prevalência por microregião e propondo medidas de prevenção;
 - 7.7. Promover, organizar e participar de ações educativas relacionadas a saúde do trabalhador dirigidas a:
 - . formação, capacitação e reciclagem de recursos humanos da rede do SUS;
 - . capacitação de sindicalistas e componentes das CIPAS;
 - . conscientização do empresariado;
 - . orientação dos trabalhadores quanto aos riscos do processo de trabalho e do impacto que as tecnologias provocam a saúde;
 - 7.8. Promover e/ou participar em estudos, pesquisas e avaliações de riscos e agravos à Saúde do Trabalhador existentes no processo de trabalho e do impacto que as tecnologias provocam a saúde;
 - 7.9. Formalizar, através de convênios, a integração das ações de Vigilância Sanitária do SUS com a de outros organismos governamentais responsáveis por ações de fiscalização na área de saúde do trabalhador otimizando a utilização de recursos humanos e materiais;
 - 7.10. Formalizar, através de convênios, a articulação entre a Vigilância Epidemiológica do SUS, outros organismos governamentais, empresas e entidades sindicais, visando a integração e organização do fluxo, registro de dados e análise epidemiológica relativos a notificações de doenças e acidentes de trabalho
 - 7.11. Promover ação conjunta com os sindicatos de trabalhadores na fiscalização de locais e condições de trabalho que representem exposição a risco eminente e comprovado para a vida e/ou saúde do trabalhador, adotando medidas cabíveis, inclusive interdição de máquinas, setores, serviços e/ou todo o ambiente de trabalho;
 - 7.12. Participar das atividades de controle e avaliação das ações referentes as condições de trabalho, de sua normatização e fiscalização que das condições de organização do processo de trabalho, produção, extração, armazenagem, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, produtos, máquinas e equipamentos que representam riscos a saúde do trabalhador
 - 7.13. Informar ao trabalhador e sua respectiva entidade sindical e as empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, do espaço profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos, de demissão, respeitados os preceitos de ética profissional, formalizando convites as entidades sindicais das categorias envolvidas para participação em todas as ações de fiscalização e vistoria de locais de trabalho;
 - 7.14. Supervisionar as ações de Saúde do Trabalhador a nível regional e municipal;
 - 7.15. Definir os locais e assessorar a implantação dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST) a nível estadual e regional, inclusive, participando dos mesmos com

- a dotação de recursos humanos e materiais;
 - 7.16. Desenvolver outras atividades relacionadas com o controle das doenças profissionais e do trabalho, agentes do trabalho e outras de interesse da área de saúde do trabalhador;
 - 7.17. Avaliar a necessidade e adequação ou não de compra de serviços de rede privada de saúde, enquanto ação complementar à capacidade instalada da rede pública;
 - 7.18. Elaborar e firmar convênios com instituições e organismos governamentais ou não, definindo especificamente atribuições e competências de cada uma das mesmas no desenvolvimento das ações do Programa de Saúde do Trabalhador.
8. Ao Centro de Referência de Saúde do Trabalhador compete:
- 8.1. Desenvolver atividades de Vigilância Epidemiológica, de forma articulada com o INSS, mediante convênio, a partir da tabulação e análise dos dados obtidos das Comunicações de Acidente de Trabalho (CAT) e de investigações epidemiológicas de situações de risco a saúde do trabalhador;
 - 8.2. Desenvolver atividades de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de locais de trabalho, de forma articulada com a DRT e FUNDAÇÃO, mediante convênio, relacionadas à ocorrência de acidentes de trabalho fatais ou graves, a partir de denúncias sindicais, a partir de critérios epidemiológicos, e com o objetivo de investigar relações de causalidade entre processos morbidos e condições ambientais de trabalho, garantindo o convite formal a participação nas mesmas, da respectiva entidade sindical;
 - 8.3. Supervisionar e complementar, quando necessário, a assistência médico-odontológica prestada a trabalhadores acidentados;
 - 8.4. Investigar a relação entre processo morbido e condições de trabalho em trabalhadores com suspeita de doença ocupacional ou de trabalho, encaminhados pela rede de saúde, pelos serviços médicos das empresas, pelos sindicatos dos trabalhadores; em trabalho res identificados em perícias de locais de trabalho como estando submetidos a condições inadequadas de trabalho ou por critérios epidemiológicos de risco;
 - 8.5. Desenvolver atividades educacionais na área de saúde do trabalhador com a finalidade de:
 - . capacitar o quadro de pessoal na rede do SUS, em todos os seus níveis;
 - . capacitar dirigentes sindicais e cipiastas;
 - . informar trabalhadores quanto a riscos, direitos e mecanismos de prevenção;
 - . conscientizar o empresariado;
 - . e proporcionar campos de estágio para cursos relativos a área de saúde do trabalhador, seja a nível técnico, de graduação ou pós graduação;
 - 8.6. Desenvolver atividades de pesquisa necessárias ao conhecimento da realidade de saúde do trabalhador em sua região de abrangência, de forma articulada com instituições de Ensino Superior da região;
 - 8.7. Supervisionar as atividades do Programa de Saúde do Trabalhador em sua área de abrangência, dando encaminhamento adequado ao que lhe for referenciado pela rede municipal;
 - 8.8. Ao CRST Estadual, localizado junto ao Hospital Universitário da UFSC, cabe, além de cumprir as funções de centro de Referência da Região de Grande Florianópolis, a de ser Centro de Referência Estadual para os casos mais complexos e, especificamente, para os casos de intoxicação relacionados ao processo de trabalho;
 - 8.9. O agendamento de pacientes para o CRST será feito a partir da rede básica e conveniada do SUS; dos Sindicatos de Trabalhadores; dos Serviços Médicos das Empresas; de necessidades identificadas em vistorias de locais de trabalho; e de critérios epidemiológicos.
9. À Rede Municipal e conveniada do SUS compete:
- 9.1. Prever a existência de um Núcleo de Saúde do Trabalhador em sua estrutura, responsável pela coordenação das atividades do Programa de Saúde do Trabalhador a nível municipal cumprindo, dentro de suas capacidades, as funções de vigilância sanitária e epidemiológica, assistência e supervisão do acidente de trabalho, identificação e tratamento de

ênça profissional e do trabalho, de educação e pesquisa na área de saúde do trabalhador.

2. Preenchimento da documentação referente ao acidente de trabalho e respectiva documentação aos órgãos competentes;

3. Informar o trabalhador sobre seus direitos em relação ao acidente do trabalho e assistência profissional e do trabalho.

Florianópolis,

JOÃO BRIZZO FILHO

Secretário de Estado da Saúde
IOMP 4133/936

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSUNTOS AMBULATORIAIS
PORTARIA SES/DIAA Nº 002/93

Estabelece e normatiza o fluxo de atendimento ao acidentado do trabalho e portador de doença profissional e do trabalho nos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS - SC e das outras providências.

Considerando que a Constituição Federal no seu art. 200, item I, estabelece que as ações de saúde do trabalhador são de competência do Sistema Único de Saúde - SUS - SC;

Considerando que a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação na sua Resolução CIPLAN 8 de 20-12-89, publicada no D.O.U. de 2-1-90, estabelece que a assistência médica ao acidentado do trabalho e ao portador de doença profissional e do trabalho, será executada de forma integrada com os setores responsáveis pela Vigilância Epidemiológica e Sanitária, objetivando a implementação de ações preventivas e de inspeção das condições de trabalho por parte destes setores;

Considerando que a mesma resolução em seu item 3 IV, atribui à Secretaria Estadual de Saúde a competência de manter integração permanente com os setores do INSS, visando estabelecer procedimento em consonância com os trâmites legais existentes e introduzindo mecanismos que se façam necessários para aprimoramento das ações pertinentes à citada resolução;

Considerando o que dispõe a Portaria SES/DIAA Nº 001/93 de 14/5/93, que cria, define a estrutura e competências do Programa de Saúde do Trabalhador do SUS-SC;

Considerando o que dispõe o Decreto Federal nº 77 de 07-12-91 que aprova o regulamento dos benefícios da Previdência Social, resolve:

Artigo 1 - Ficam transferidas as atribuições anteriormente Coordenador de Competência em Acidentes de Trabalho constantes na O.S. nº 1 de 11-08-78, publicada no BS/DG - INPS nº 1 de 20-10-78 para o âmbito dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador e Núcleos de Saúde do Trabalhador municipais.

Parágrafo Único - caberá aos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador e Núcleos de Saúde do Trabalhador, a criação dos instrumentos e a delegação de responsabilidades na área de sua abrangência para assegurar o planejamento, execução e avaliação das atividades realizadas pelo ex-INAMPS.

Artigo 2 - Fica estabelecido o fluxo de atendimento ao acidentado de trabalho e portador de doença profissional e do trabalho na rede de serviços do SUS-SC, conforme anexo que faz parte integrante desta Portaria.

Artigo 3 - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a disposição em contrário.

ANEXO

A empresa deverá notificar o acidentado do trabalho, doença profissional ou do trabalho a Previdência Social, preenchendo a Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência.

1- Em caso de morte, a comunicação será imediata a autoridade competente.

2- Cópia fiel da notificação deverá ser entregue ao acidentado ou a seus dependentes, bem como ao sindicato a que corresponde a categoria.

2- Ao procurar o serviço de saúde regionalizado ou municipalizado, o trabalhador deverá apresentar-se com a CAT devidamente preenchida e no prazo legal estabelecido.

3- Na falta de notificação por parte da empresa, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo nestes casos o prazo previsto no item 1.

4- O serviço de saúde responsável pelo atendimento tomará as medidas cabíveis, para assegurar os direitos previdenciários e a assistência médica, farmacêutica e odontológica gratuita ao trabalhador acidentado.

4.1- O serviço de saúde preencherá o verso da CAT, anotará a evolução, as condutas, os procedimentos médicos e farmacêuticos na Ficha Clínica do Prontuário Médico - fará o controle do comparecimento do trabalhador, no Cartão de Consulta do Acidentado - CCA ou outro instrumento de registro e comunicará a alta de tratamento que não ultrapassar 15 dias.

4.2- Os eventos morbidos responsáveis por afastamento superiores a 15 dias e aqueles que resultem em sequelas indeneáveis, serão encaminhados a perícia médica do INSS pelo preenchimento do formulário - Requisição de Exame Médico-Pericial - REMP - sem prejuízo no plano terapêutico. No caso do trabalhador rural o encaminhamento deverá ser feito no primeiro dia.

4.2.1 - Estão excluídos desta avaliação os casos internados ou impedidos de se locomoverem, os quais serão submetidos a exame médico pericial em domicílio ou hospitalar.

4.3 - A CAT devidamente preenchida será encaminhada a agência do INSS ou na falta desta a agência do correio, a qual o serviço de saúde esteja vinculado, para caracterização administrativa e técnica do evento como acidente do trabalho para fins de percepção dos benefícios previdenciários, com recomendação de não ultrapassar 10 dias contados a partir de seu recebimento.

4.4- Ocorrendo agravamento ou seqüela do evento morbido que resulte em reabertura do benefício, caberá ao médico de atendimento preencher a REMP e encaminhá-la à perícia médica do INSS para estabelecer o nexo de causa e efeito.

4.5- Quando a nível de serviço de saúde não houver disponibilidade do recurso necessário à assistência médica, farmacêutica e odontológica o mesmo encaminhara o segurado ao NST para as providências devidas.

4.6- Em casos de necessidade de órteses e próteses o segurado deverá ser encaminhado ao NST que acionará o SUS e INSS para as devidas providências.

5- Os serviços de atendimentos médico ao trabalhador acidentado ou portador de doença profissional ou do trabalho, sejam públicos, filantrópicos ou privados independentemente da sua vinculação com o SUS, deverão encaminhar aos Centros de Referência ou Núcleos de Saúde do Trabalhador, cópia do prontuário médico.

6- O INSS após caracterização ou não do acidente ou doença do trabalho, deverá encaminhar ao Centro de Referência ou Núcleo, de Saúde do Trabalhador a 2ª via da CAT já numerada.

Florianópolis,

JOÃO BRIZZO FILHO

Secretário de Estado da Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entre si firmam a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual da Saúde e a Empresa TAP-ATACADO DE ALIM. E BEBIDAS LTDA OBJETIVO: Prorrogar o prazo por 4 (meses) com início em 01.05.93 o Contrato para prestação de Serviços de Fornecimento nº 01/93

VALOR: CR\$ 555.777.472,32
Todas as demais cláusulas contratuais permanecem íntegras e inalteradas.

E assim por estarem acordos as partes assinam o presente instrumento em tres vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada

Luís José Ferreira
Diretor Administrativo/SES. IOMP 4132/936

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entre si firmam a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual da Saúde e a Empresa TAP-ATACADO DE ALIM. E BEBIDAS LTDA OBJETIVO: Prorrogar o prazo por 4 (meses) com início em 01.05.93 o Contrato para prestação de Serviços de Fornecimento nº 01/93

VALOR: CR\$ 898.076.246,80
Todas as demais cláusulas contratuais permanecem íntegras e inalteradas.
E assim por estarem acordos as partes assinam o presente instrumento em tres vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada

Luís José Ferreira
Diretor Administrativo/SES

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entre si firmam a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual da Saúde e a Empresa INDI-IND. DIST. PROD. BOVINOS LTDA OBJETIVO: Prorrogar o prazo por 4 (meses) com início em 01.05.93 o Contrato para prestação de Serviços de Fornecimento nº 03/93

VALOR: CR\$ 12.882.787.216,20
Todas as demais cláusulas contratuais permanecem íntegras e inalteradas.
E assim por estarem acordos as partes assinam o presente instrumento em tres vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada

Luís José Ferreira
Diretor Administrativo/SES.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entre si firmam a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual da Saúde e a Empresa PETXAPIA DO CRUZO DE FRY N. JACQUES-PE OBJETIVO: Prorrogar o prazo por 4 (meses) com início em 01.05.93, o Contrato para prestação de Serviços de Fornecimento nº 03/93

VALOR: CR\$ 1.812.648.000,00
Todas as demais cláusulas contratuais permanecem íntegras e inalteradas.
E assim por estarem acordos as partes assinam o presente instrumento em tres vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada

Luís José Ferreira
Diretor Administrativo/SES.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entre si firmam a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual da Saúde e a Empresa TAP-ATACADO DE ALIM. E BEBIDAS LTDA. OBJETIVO: Prorrogar o prazo por 4 (meses) com início em 01.05.93, o Contrato para prestação de Serviços de Fornecimento nº 02/93

VALOR: CR\$ 898.076.246,80
Todas as demais cláusulas contratuais permanecem íntegras e inalteradas.
E assim por estarem acordos as partes assinam o presente instrumento em tres vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada

Luís José Ferreira
Diretor Administrativo/SES.

ANEXO 3- QUESTIONÁRIO IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Função:

Data de ingresso no HIJG:

Tipo de Contrato:

Possui outro vínculo empregatício:

Nível de escolaridade:

Setor:

1-Você participou do projeto preventivo de câncer ginecológico? Como? Se não, por que?

2-Você participou de algum projeto de lazer neste ano? Como? Se não, por quê?

3-Você participou do projeto de capacitação? Como? Se não, por que?

4-Você participou do projeto do funcionário destaque? Como, se não, por que?

5- Qual a sua opinião sobre os projetos especificados acima?

6- O que te motiva a participar dos projetos que o HI desenvolve?

7- Como você se sente participando (ou não participando) das atividades propostas pelo hospital?

8-O que é importante para você no HIJG?

9-Dentro da sua função, como você se vê no HIJG?

10-O que você acha que o HI poderia fazer visando a melhor qualidade de vida e de trabalho dos funcionários? Como isto poderia ser feito?

11-Que tipo de atividade o HI poderia desenvolver que seria de seu interesse?

ANEXO 4 - RELATÓRIO DO PROJETO PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO UTERINO E MAMAS

1-ANTECEDENTES

O projeto Preventivo de Câncer Ginecológico foi uma iniciativa da SGAPOS (Sub Gerência de Apoio e Orientação ao Servidor) em virtude da necessidade das funcionárias em fazerem estes exames anualmente, mas não dispõem de condições, seja de tempo, conscientização, ou por desconhecerem a viabilização das consultas para os exames, conforme pesquisa realizada entre as funcionárias (04/2001). Este projeto é executado anualmente, sendo que as parcerias para a efetivação das consultas não é permanente.

Para a implementação deste projeto no ano de 2001, as estagiárias de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina viabilizaram as parcerias com a RFFC (Rede Feminina de Combate ao Câncer) e o Posto de Saúde do bairro Saco dos Limões, sob a supervisão da assistente social do HIJG(Hospital infantil Joana de Gusmão) Dirce Maria Martinello.

2-IMPLEMENTAÇÃO

O Projeto Preventivo de Câncer de Colo Uterino e Mamas é executado anualmente pelo Recursos Humanos do HIJG e conta com parcerias das Subunidades de Saúde do SUS (Sistema Único de saúde). Estas parcerias não são definitivas, ou seja, a cada ano busca-se uma parceria para a sua execução. Assim no período de fevereiro de 2001, foram feitos diversos contatos com as Subunidades de Saúde do município, como a policlínica de referência regional, o CEPON (Centro de pesquisas Oncológicas), maternidade Carmela Dutra, Posto de Saúde da Agrônômica, até o estabelecimento de parceria com o Posto de Saúde do bairro Saco dos Limões

Como citado anteriormente a execução do projeto no ano de 2001, foi feita através das estagiárias de Serviço Social, sob a supervisão da assistente social da instituição Dirce Martinello.

A fase inicial do projeto foi de investigação das necessidades das funcionárias e o interesse em realizar o exame no HIJG, ou através deste. Esta investigação foi realizada através de questionário dirigido as funcionárias. Houve um percentual de 471 questionários respondidos, sendo que 270 mulheres manifestaram interesse em obter mais informações com relação à prevenção de câncer ginecológico (útero e mamas), e 160 desejavam realizar o exame através do HIJG. O objetivo inicial era a realização dos exames preventivos dentro do Hospital, viabilizando material técnico e humano necessários aos exames, pois o ritmo do Hospital é intenso e a viabilização dos exames no interior do hospital, agilizaria as consultas. Contudo os recursos existentes na rede de saúde pública do município

não puderam ser acionados em tempo hábil para a execução do Projeto, devido a burocratização da rede de saúde, pois fomos informadas que o CEPON dispõe de um consultório móvel que realiza exames ginecológicos, próstata e consultas em lugares onde haja um número considerável de pessoas, como no caso do hospital por exemplo. No entanto as atividades relacionadas a este serviço já estavam todas agendadas e eles não puderam dispor o serviço ao HIJG para realização dos exames ginecológicos às funcionárias. Estas informações foram obtidas por telefone e fax com o funcionário Rodrigo do CEPON.

3-ETAPAS DE IMPLANTAÇÃO

Primeiramente foram feitas pesquisas com as funcionárias para saber a necessidade destas em relação à sua saúde. A seguir foi feita a análise dos dados coletados e a partir destes dados constatou-se que havia a necessidade de se viabilizar os exames preventivos de forma que a maioria das mulheres interessadas (161) pudessem realizar estes exames no horário de trabalho. Esta necessidade surge devido a dupla jornada de trabalho enfrentada pela maioria das mulheres, ou até pela própria condição de mãe, esposa, dona de casa, ... que muitas vezes inviabiliza a mulher a um cuidado maior com sua saúde. Através desta pesquisa também se constatou que num total de 270 mulheres desejavam obter mais informações com relação à prevenção de câncer de colo uterino e mamas.

Após as pesquisas realizou-se contato para viabilizar-se os recursos necessários como pessoal técnico, transporte, aparelhos, etc..para a realização das consultas para o exame preventivo. Entretanto apesar dos recursos existirem foi inviável a realização dos exames no HIJG, conforme proposta inicial. Assim após vários contatos com subunidades do SUS, firmamos parceria com o posto de Saúde do bairro Saco dos limões, através de estagiárias de enfermagem do próprio posto.

No que se refere a necessidade de repassar informações que promovesse uma maior conscientização com relação à saúde da mulher, contatou-se com o Cepon para se viabilizar material informativo /educativo com relação a prevenção de câncer de colo uterino e mamas e também a realização de uma palestra a cerca deste assunto. A parceria para a realização da palestra ocorreu através da Rede Feminina de Combate ao Câncer (RFCC).

O processo de avaliação ocorreu através de formulários, que foram distribuídos após a realização das consultas assim com também após a realização das palestras.

A última etapa do processo correspondeu a retirada dos exames no posto de saúde e entregar para as funcionárias do HIJG. Este processo foi executado pelas estagiárias de Serviço Social.

4-DIVULGAÇÃO

Com o objetivo de atender o maior número possível das funcionárias do HIJG, usou-se todos os instrumentos de comunicação possíveis. O “mosquito” que consistiu em um breve recado sobre as

atividades a serem executados na ocasião, ou seja, este aviso foi colocado no cartão ponto das funcionárias, também se utilizou de cartazes e folders afixados nos murais dos corredores do Hospital, e avisos no painel eletrônico do refeitório com a cooperação da Sub-gerência de Marketing e por fim o uso de cartazes em forma de triângulo nas mesas do refeitório. Como meio não formal de divulgação de informações passou-se nos setores ora fazendo os convites para palestras ou para distribuir materiais educativos sobre prevenção. o intuito era estabelecer uma relação de aproximação com as funcionárias, visando obter uma participação destas nos eventos.

5-AVALIAÇÃO

A avaliação do projeto foi feita no decorrer do processo, seja através de pesquisa para saber o que as funcionárias tinham interesse em relação a sua saúde como também após os eventos como consultas ou palestras usou-se um formulário contendo questões a cerca do atendimento, conteúdo e horário das atividades desenvolvidas, contendo também um item para sugestões.

Pelos formulários analisados quanto ao atendimento no posto de saúde para as consultas para o exame preventivo houve a valorização da atenção dispensada pelo profissional que realizou o exame, bem como o fato de no momento da consulta haver a possibilidade de esclarecer dúvidas.

No que se refere as palestras as funcionárias manifestaram a importância do evento em esclarecer dúvidas e a iniciativa do Serviço Social em promover a palestra, entretanto, percebeu-se que cerca de 30% do público presente não aprovou o horário, que foi às 10:00h da manhã, embora este tenha sido o mais viável em função da rotina do Hospital.

Em relação ao número de funcionárias que participaram das consultas no posto de saúde do bairro Saco dos Limões consideramos que foi pouco significativo (36) se analisarmos o número de funcionárias que inicialmente se dispuseram a realizar este exame (161).

No que concerne a participação na palestra o número de funcionárias foi muito aquém do que esperávamos alcançar, visto que inicialmente 270 mulheres manifestaram o interesse em obter mais informações e as que participaram da palestra foram no total de 23 funcionárias.

O Projeto Preventivo de Câncer de Colo Uterino e Mamas possibilitou as funcionárias do HIJG a viabilização de consultas para a realização do exame preventivo com transporte do Hospital, com horários pré-agendados pelas estagiárias de Serviço Social, procurando sempre uma confluência de interesses entre o disponibilizado pelo posto de saúde e o sugerido pelas funcionárias. Sendo também que estas consultas foram realizadas no horário de trabalho, todos estes fatores permitiram às funcionárias do HIJG a oportunidade de uma disponibilidade e um maior cuidado com a sua saúde no que se refere a prevenção.

ANEXO 5 - RELATÓRIO DO PROJETO FUNCIONÁRIO DESTAQUE

1-ANTECEDENTES

O Projeto funcionário Destaque, surgiu por iniciativa da direção do HI,e foi coordenado pela Sub Gerência de Marketing cujo o responsável é o funcionário Carlos César Vieira – Duda.

O coordenador do projeto inicialmente pesquisou os métodos de operacionalização junto a entidades que trabalham com projetos semelhantes.

Entre os objetivos propostos pelo projeto estavam a valorização e reconhecimento do funcionário, despertar a motivação e participação do funcionário na sua relação de convivência com os colegas de trabalho.

Para a implantação deste projeto foi eleita uma comissão para coordenar o projeto através de votação dos funcionários.

3-ETAPAS DE IMPLANTAÇÃO

Primeiramente ocorreu a eleição do funcionário destaque dos setores, onde cada setor elegia um representante, quando o número de funcionários no setor era reduzido havia a junção de um ou mais setores. Cada representante eleito do setor, ganhava um certificado onde uma cópia era anexada na sua ficha funcional.

Para que o representante do setor concorresse a eleição do funcionário destaque do HI era necessário ter obtido mais de 60% dos votos do setor. A partir de então era elaborada uma cédula de votação com todos estes representantes que obtiveram votação expressiva, onde os votantes assinalavam com um (x) no candidato escolhido.

Os critérios para a definição do funcionário destaque foram assiduidade, pontualidade, produção e avaliação da ficha funcional. Todos os funcionários poderiam votar e serem votados, exceto os membros da comissão organizadora. No início das atividades do projeto se entendia que os funcionários da Back (empresa terceirizada que presta serviço ao HIJG) não deveriam participar, por se entender que estes não são funcionários do HI, e por terem uma rotatividade muito grande no hospital. Entretanto após algumas avaliações foi permitida a participação destes.

Após as eleições o funcionário eleito não correspondia aos critérios inicialmente propostos pela comissão no início do processo, isto levou a destituição deste candidato e imediatamente colocado o segundo mais votado como o funcionário destaque. Esta resolução levou a elaboração de um abaixo assinado onde em torno de 600 funcionários manifestaram-se contrários a esta decisão.

4-DIVULGAÇÃO

A comissão organizadora elaborou um documento explicando o projeto e colocando a importância da participação de todos os funcionários.

A comissão também se encarregou de passar nos setores procurando motivar os funcionários à participarem.

5- AVALIAÇÃO

A avaliação do projeto foi feita durante o processo pela comissão organizadora que se reunia semanalmente para discutir os rumos do processo. Conforme registros sobre o projeto este foi considerado positivo no que se refere a mobilização dos funcionários em prol do projeto. Os funcionários se empenharam em campanhas para conseguir votos para o seu candidato.

ANEXO 6 - RELATÓRIO DO PROJETO DE LAZER

1-ANTECEDENTES

O Projeto de lazer abrange várias atividades como bailes, festas juninas, gincanas, comemorações natalinas, etc.

Estas atividades são de responsabilidade da Sub Gerência de Marketing, que está na coordenação destas atividades.

Este projeto surge com o objetivo de trazer lazer, entretenimento e possibilitar a confraternização dos funcionários.

Algumas dessas atividades estavam paradas, mas há 2 anos atrás foram retomadas pois entende o coordenador destas atividades que estas são extremamente importantes, pois beneficiam os funcionários no sentido de possibilitar um divertimento a pessoas que vivem num ritmo muito intenso de trabalho o que causa muita vezes stress.

2-IMPLANTAÇÃO

Algumas festas são tradicionais, ou seja, que se repetem todo ano, como festas juninas, e as comemorações de final de ano. Apesar disto não há um fundo de verbas disponível para a realização destas festas.

Assim a cada atividade planejada há a necessidade de se buscar recursos.

3-ETAPAS DE IMPLANTAÇÃO

Primeiramente são formadas comissões compostas de funcionários que são formados a convite da Sub Gerência de Marketing. Esta comissão organiza, planeja, arrecada recursos e faz o processo de divulgação.

A partir da organização das atividades a serem desenvolvidas, a comissão busca recursos junto à direção, fornecedores e parceria com a associação e unimed.

Após estabelecidas as parcerias e ter-se conseguido os recursos necessários a comissão direciona as atividades a serem desenvolvidas durante a festa, comemoração ou baile.

5- DIVULGAÇÃO

Para a divulgação das atividades a serem desenvolvidas no projeto de lazer a sub gerência de marketing usa o painel eletrônico do refeitório, o mosquitinho, que consiste num aviso escrito sobre as

atividades, uso de cartazes afixados em murais nos corredores do H.I e também a comunicação entre os colegas de trabalho seja na fila do refeitório ou nos corredores do hospital.

6- AVALIAÇÃO

Em função da categoria saúde ser sedimentada, ou seja, o poder aquisitivo das pessoas que trabalham no hospital é diferenciado, também o público presente nas festas é eclético, mas a maior participação segundo o responsável pela Sub Gerência de marketing é do segmento de menor poder aquisitivo.

A expectativa quando a participação é muitas vezes superada, sobretudo quando é fora do ambiente de trabalho, ou seja, quando as atividades de lazer promovidas se encontram fora das dependências do hospital.

A necessidade que a Sub Gerência percebe é de que haja um fundo de investimento a ser aplicado nestas atividades, assim não haveria necessidade de ficar na dependência de conseguir fundo ou não para a realização das atividades de lazer. Também atividades que promovessem o acesso à cultura aos funcionários, pois muitos não têm acesso a atividades ligadas a cultura como teatro, cinema...

No que se refere ao entrosamento dos funcionários a Sub Gerência salienta que quando as atividades não permitem acompanhantes há menor número de participantes, mas o entrosamento é maior do que quando se permite acompanhante.

ANEXO 7- RELATÓRIO DO PROJETO DE CAPACITAÇÃO

1 ANTECEDENTES

Este projeto estava previsto no planejamento estratégico do HIJG, e foi executado pela estagiária de Serviço Social Ângela Chede com a supervisão e acompanhamento da assistente social da instituição Dirce Martinello.

Este projeto foi implantado devido a necessidade de acompanhar os trabalhadores tanto na prevenção quanto na recuperação de sua saúde (riscos e medidas preventivas em relação ao processo de trabalho e também aos existentes na sociedade em geral intensificados muitas vezes pela tensão no trabalho).

O objetivo era possibilitar ao servidor na área da saúde o aumento de sua auto-estima. O aperfeiçoamento da capacidade técnica e melhoria relações humanas a fim de elevar a qualidade operacional e melhorar o atendimento à população.

Os contatos ocorreram com as seguintes instituições: SINE (Sistema Nacional de Emprego), UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), Sindicato dos Trabalhadores, todavia não foi possível efetivar parcerias com estas instituições. Com relação ao SINE não foi possível manter parceria para a execução dos cursos de capacitação, pois foi dada prioridade aos projetos que já estavam na instituição, já havia cursos implantados e para haver a implementação de novos cursos não havia verbas disponíveis. No que se refere a UFSC os cursos de capacitação são internos, ou seja, só abrangem os servidores da Universidade Federal. No sindicato dos trabalhadores a procura foi no intuito de conseguir verbas para a efetivação dos cursos, mas não houve retorno da solicitação.

2 IMPLEMENTAÇÃO

Inicialmente houve a investigação através de observação das condições físicas e emocionais dos trabalhadores.

Elaboração de um questionário para identificar aspectos positivos ou a serem melhorados referentes a capacidade técnica e das relações humanas dos servidores.

A parceria foi efetivada com o HU (Hospital Universitário), através do setor de recursos humanos deste hospital e da SGAPOS do HIJG. A parceria ocorre através de cursos que o HU realiza, estes cursos são estendidos à participação dos funcionários do HIJG.

Através deste contato também se viabilizou a realização de um seminário de Recursos Humanos realizado em novembro com a presença de alguns hospitais.

3 ETAPAS DE IMPLEMENTAÇÃO

A primeira etapa consistiu em saber o interesse dos funcionários do HIJG a respeito dos cursos de capacitação oferecidos. Esta avaliação foi feita através de um questionário que foi preenchido pela chefia dos setores e estas consultavam também o setor envolvido. Nesta avaliação também se procurou conhecer o interesse em relação a cursos novos a serem oferecidos. Paralelo a isto ocorria os contatos para a efetivação das parcerias necessárias a realização dos cursos.

A seguir ocorreu a análise destes questionários onde se levantou os principais aspectos levantados pelos setores entre estes estão a necessidade de cursos de relações humanas, capacitação em enfermagem, qualificação de pessoal em informática, apoio psicológico, dinâmica de grupos, ginástica laboral, “treinamento na qualidade 5s”, utilização adequadas de produtos químicos.

Elaborou-se um documento para firmar parceria com o HU.

O Hospital Universitário envia por fax a programação dos cursos em andamento.

Passou-se nos setores para fazer a divulgação dos cursos oferecidos pelo HU bem como datas e horários.

Os funcionários interessados faziam a inscrição através da SGAPOS. Havia também o contato com os setores onde se acreditava que o curso seria mais útil.

Em 19/06/01- realização de palestra sobre alimentação adequada e equilibrada para melhorar a qualidade de vida.

4 DIVULGAÇÃO

A divulgação ocorreu através de folders, cartazes e formulários anexados nos setores e corredores do HIJG, também através do contato pessoal da estagiária de serviço social que passou nos setores fazendo a divulgação de cursos novos.

5 AVALIAÇÃO

um aspecto positivo do Projeto é com relação ao estabelecimento de parcerias com o HU, onde houve a ampliação das atividades inicialmente propostas, além dos cursos oferecidos, houve também o planejamento de um seminário de Recursos Humanos coordenado por estes hospitais.

Os funcionários avaliaram a atual situação onde há dificuldade para participação dos cursos oferecidos pois não há liberação dos funcionários para se ausentar dos setores por parte das chefias.

Um outro aspecto citado pelos funcionários que impossibilita também uma maior participação refere-se ao fato de que as atividades propostas são fora do HIJG e devido ao fluxo dos trabalhos em alguns momentos sair do setor durante o horário de trabalho torna-se inviável.

ANEXO 8 - MODELO DE RELATÓRIO PARA PROJETOS



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
Subgerência de Marketing

1-APRESENTAÇÃO

2-IMPLEMENTAÇÃO

3-FASES DE IMPLEMENTAÇÃO

4-PROCESSO DE DIVULGAÇÃO

5-AVALIAÇÃO

6-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hospital Infantil Joana de Gusmão

ANEXO 9 - ORGANOGRAMA

